



GUIA COMPLETO SOBRE COBERTURA DE PLANO DE SAÚDE

**CONHEÇA OS SEUS
DIREITOS**

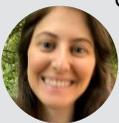
ÍNDICE



Tratamento experimental / Rol da ANS	3
Doença preexistente	4
Reajuste	5
Home care	6
Cirurgia bariátrica	7
Remoção de excesso de pele (pós-bariátrica)	8
Prótese de silicone (acidente ou câncer)	9
Quimioterapia domiciliar	10
Documentos necessários	11
Video ao vivo	12
Consulta gratuita	13
Autor e Equipe	14
Outros conteúdos gratuitos	15

TRATAMENTO EXPERIMENTAL / ROL DA ANS

“Estou com problemas de imunidade. Fiz vários tratamentos e nada adiantou, tomei remédios, glutamina. Comecei a ter problemas de imunidade e queda de cabelo. O médico pediu para fazer vários exames para descobrir o que era e fazer o tratamento certo. Fui no Sírio Libanês que fazia parte da rede credenciada, mas o plano não cobriu por não estarem no rol da ANS. Falei com o Dr. Fabrizio e entramos com uma ação contra o plano de saúde. Consegui a liminar no mesmo dia e fiz todos os exames que estavam agendados.”



Juliana Tadeu

Acesse a decisão do Juiz

O plano de saúde pode não cobrir um tratamento dizendo que ele é experimental ou não está no rol da ANS?

Não.

Se há pedido médico prescrevendo o tratamento, indicando que ele é eficaz, a cobertura é obrigatória. Esta decisão cabe apenas ao médico em prescrever e ao paciente em aceitar.

Tratamento experimental não é uma poção ou cura mágica. É aquele tratamento que é aprovado nos Estados Unidos, com maior taxa de cura ou menores efeitos colaterais ao paciente.

A medicina avança muito mais rápido do que a ANS e a lei não deu poder a ela para decidir quais tratamentos são obrigatórios ou não. A lei dos planos de saúde, lei 9.656/98, estabelece como obrigatórios os tratamentos que são prescritos pelo médico.

De tantas vezes que este tipo de caso foi julgado pelo Tribunal de Justiça de São Paulo, até se criou a Súmula 102:

“Súmula 102: **Havendo expressa indicação médica, é abusiva a negativa de cobertura de custeio de tratamento sob o argumento da sua natureza experimental ou por não estar previsto no rol de procedimentos da ANS**”.



Leia mais sobre [tratamentos experimentais](#) e [rol da ANS](#).

DOENÇA PREEXISTENTE

"Quando eu tive um problema, vários advogados me disseram que eu só tinha 40% de chances de vitória!! No escritório Salem Advogados, o Dr. Fabrizio, um dos mais competentes e gentis profissionais que já conheci, olhou para o meu caso com profissionalismo e humanidade e me disse que era um caso ganho, e foi o que realmente aconteceu!! Ganhei a causa!! "



Andréia Amorim

Acesse a decisão do Juiz

Em casos de doença preexistente, o plano de saúde pode colocar uma carência de 2 anos para a cobertura da mesma. Depois deste período, a cobertura é obrigatória e integral.

É importante lembrar que o plano é obrigado a vender o serviço, não podendo negar a venda por existir a doença, podendo no máximo colocar a carência de 2 anos.

Doença preexistente é aquela que o paciente sabia possuir antes da contratação do plano de saúde. Se a doença já existia, mas nenhum exame foi realizado e o paciente não conhecia o diagnóstico, ela não é considerada preexistente.

Por conta disto, foi estabelecido que o plano de saúde precisa fazer um exame médico admissional no momento da contratação para descobrir quais doenças o paciente tinha.

Se não fizer este exame, não pode alegar que a doença é preexistente e deve cobrir todo tratamento.

De tantas vezes que este tipo de caso foi julgado pelo Tribunal de Justiça de São Paulo, até se criou a Súmula 105:

"Súmula 105: Não prevalece a negativa de cobertura às doenças e às lesões preexistentes se, à época da contratação de plano de saúde, não se exigiu prévio exame médico admissional".

Leia mais sobre [doença preexistente](#).



REAJUSTE

Súmula 91

“Ainda que a avença tenha sido firmada antes da sua vigência, é descabido, nos termos do disposto no art. 15, § 3º, do Estatuto do Idoso, o reajuste da mensalidade de plano de saúde por mudança de faixa etária”.

Aqui iremos falar apenas dos dois tipos de reajuste que são considerados abusivos pela Justiça e que podem ser revertidos.

O **reajuste anual ou por aniversário** é feito a cada 12 meses da assinatura do contrato, para manter o equilíbrio do contrato frente a inflação específica da área médica (aumento de preços de materiais médicos, medicamentos etc).

A ANS estabelece uma tabela de reajustes anuais para os planos individuais ou familiares, que deve ser seguido obrigatoriamente pelos planos de saúde. Se o reajuste anual for maior que a tabela da ANS, pode ser revertido.

Para os planos empresariais ou coletivos, não se segue o índice da ANS. Em geral, reajustes anuais de até 30% não são possíveis de reverter no Tribunal (muito embora, em nossa opinião, sejam estes valores muito altos...).

O **reajuste por idade** é aplicado pela mudança de faixa etária. Em tese, a faixa mais jovem utiliza, em média, menos o plano de saúde do que faixas mais avançadas de idade, o que justifica o aumento de preço. É permitido e deve seguir diversos critérios estabelecidos pela ANS.

Os únicos que realmente são considerados **abusivos são reajuste por mudança de faixa etária aplicados para maiores de 60 anos de idade, mesmo para contratos antigos**. Vários casos de reajuste por mudança de faixa etária de mais de 100% para pessoas com 58 e 59 anos de idade não foram considerados abusivos pelo Tribunal.

Leia mais sobre [reajuste](#).



HOME CARE

"Recomendo muito o trabalho sério e competente do escritório Salem, o melhor escritório que já trabalhei. Super atenciosos, conhecedores do tema e de uma agilidade ímpar. Muito satisfeito por ser representado pelo Dr. Fabrizio. Muito obrigado. Grande abraço!"



Andrey Paiva

Acesse a decisão do Juiz

O plano de saúde deve cobrir Home Care?

Sim, se houver prescrição médica para internação domiciliar, relatando que é mais benéfico para o paciente para, por exemplo, evitar infecções hospitalares.

O que fazer?

1. Primeiro passo é sempre procurar seu médico. É preciso ter um laudo indicando o Home Care e também tudo que será usado: aparelhos, medicamentos, enfermeiro, dosagens, quantos dias e horas por semana, muito bem detalhado.
2. Depois, separe os **documentos necessários** para conseguir a liminar no mesmo dia.
3. Procure a ouvidoria de seu plano de saúde ou a ANS (telefone). As reclamações na ANS podem levar até 2 ou 3 meses para serem resolvidas.
4. Se nada disto resolver ou for uma emergência, procure um **advogado especialista em plano de saúde**. Uma liminar, decisão de um juiz, obriga o plano de saúde a cobrir o tratamento no mesmo dia se você tiver os documentos necessários.



Leia mais sobre [Home Care](#).

CIRURGIA BARIÁTRICA

“Não poderia estar mais satisfeita com a empresa e em especial o Dr. Giovanni, que tirou todas as minhas dúvidas e esclarecendo tudo. Conseguimos resolver as coisas por telefone e email, o que foi excelente. Além de possibilitar a realizar a minha cirurgia! Obrigada Salem Advogados, obrigada Giovanni! Recomendo para todos”

Marina Campofiorito



Acesse a decisão do Juiz

A cirurgia bariátrica não é considerada estética. Havendo indicação médica para realizá-la, a cobertura é obrigatória.

Alguns planos de saúde exigem que seja feito um regime ou que se aguarde um período de 2 anos. Esta exigência é abusiva e pode ser feita somente pelo seu médico. Se o médico prescrever a cirurgia para hoje, ela deve ser coberta imediatamente.

O que fazer?

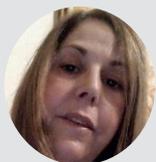
1. Primeiro passo é sempre procurar seu médico. É preciso ter um laudo indicando a cirurgia bariátrica.
2. Depois, separe os **documentos necessários** para conseguir a liminar no mesmo dia.
3. Procure a ouvidoria de seu plano de saúde ou a ANS (telefone). As reclamações na ANS podem levar até 2 ou 3 meses para serem resolvidas.
4. Se nada disto resolver ou você não quiser aguardar, procure um **advogado especialista em plano de saúde**. Uma liminar, decisão de um juiz, obriga o plano de saúde a cobrir o tratamento no mesmo dia se você tiver os documentos necessários.

Leia mais sobre [cirurgia bariátrica](#).



REMOÇÃO DE EXCESSO DE PELE (PÓS-BARIÁTRICA)

“Recomendo de olhos fechados o pessoal do escritório Salem Advogados! Estava com uma cirurgia bariátrica marcada e o plano de saúde disse que não iria cobrir, mas o Dr. Fabrizio me ajudou e conseguiu a liberação. Estava com medo, mas no fim deu tudo certo! Além de ótimos advogados são muito atenciosos e gentis, estou muito contente com o resultado”.



Maria Luiza F.

Acesse a decisão do Juiz

A cirurgia plástica de remoção de excesso de pele pós-bariátrica não é considerada estética, desde que haja um pedido médico.

O paciente tem direito à cobertura de abdominoplastia (remover excesso de pele na barriga), mamoplastia (diminuição do tamanho dos seios) e remoção de pele dos braços e pernas.

O que fazer?

1. Primeiro passo é sempre procurar seu médico. É preciso ter um laudo indicando as cirurgias de remoção de pele.
2. Depois, separe os [documentos necessários](#) para conseguir a liminar no mesmo dia.
3. Procure a ouvidoria de seu plano de saúde ou a ANS (telefone). As reclamações na ANS podem levar até 2 ou 3 meses para serem resolvidas.
4. Se nada disto resolver ou você não quiser aguardar, procure um [advogado especialista em plano de saúde](#). Uma liminar, decisão de um juiz, obriga o plano de saúde a cobrir o tratamento no mesmo dia se você tiver os documentos necessários.

Leia mais em [lista de cirurgias plástica cobertas pelo plano de saúde](#).



PRÓTESE DE SILICONE (ACIDENTE E CÂNCER)

Em alguns casos a prótese de silicone é utilizada de forma reparadora e não de forma estética. Por exemplo, em caso de acidente de carro onde a mulher tem seus seios esmagados ou em casos de câncer de mama em que se fez mastectomia (remoção do seio), colocar silicone não é um procedimento estético.

Havendo pedido médico, a cobertura é obrigatória.

O que fazer?

1. Primeiro passo é sempre procurar seu médico. É preciso ter um laudo indicando a cirurgia reparadora com utilização de prótese de silicone. É importante ter os laudos que comprovem o acidente ou o câncer.
2. Depois, separe os **documentos necessários** para conseguir a **liminar no mesmo dia**.



3. Procure a ouvidoria de seu plano de saúde ou a ANS (telefone). As reclamações na ANS podem levar até 2 ou 3 meses para serem resolvidas.
4. Se nada disto resolver ou você não quiser aguardar, procure um **advogado especialista em plano de saúde**. Uma liminar, decisão de um juiz, obriga o plano de saúde a cobrir o tratamento no mesmo dia se você tiver os documentos necessários.

Leia mais em [lista de cirurgias plástica cobertas pelo plano de saúde](#).

QUIMIOTERAPIA DOMICILIAR

“Dr. Fabrizio devolveu minha dignidade perante uma assistência médica. Um câncer novamente agressivo e a assistência médica não queria atender. Graças a ele todas as cirurgias foram feitas, e quimios também. Profissional de primeira classe, primeira linha e muito humano. Pessoa muito, mas muito competente. Agradeço demais por tê-lo conhecido.”



Soraya Abdouch

Acesse a decisão do Juiz

O plano de saúde é obrigado a cobrir quimioterapia em casos de câncer, inclusive se o medicamento for de uso oral e domiciliar.

Não é razoável obrigar que um paciente com câncer, já com sua saúde e imunidade fragilizadas, vá a um hospital, entre em contato com diversas doenças e bactérias, para fazer a aplicação da quimioterapia, quando há um medicamento oncológico que pode ser tomado em casa.

Se houver pedido médico, a cobertura é obrigatória.¹

O que fazer?

1. Primeiro passo é sempre procurar seu médico. É preciso ter um laudo prescrevendo o medicamento quimioterápico de uso domiciliar. Se houver um relatório indicando os benefícios do uso domiciliar é melhor, mas não é um requisito.
2. Depois, separe os **[documentos necessários para conseguir a liminar no mesmo dia.](#)**
3. Procure a ouvidoria de seu plano de saúde ou a ANS (telefone). As reclamações na ANS podem levar até 2 ou 3 meses para serem resolvidas.
4. Se nada disto resolver ou você não quiser aguardar, procure um **[advogado especialista em plano de saúde.](#)** Uma liminar, decisão de um juiz, obriga o plano de saúde a cobrir o tratamento no mesmo dia se você tiver os documentos necessários.

Leia mais sobre [quimioterapia.](#)

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS

Esta é a lista de documentos necessários que você precisa ter em mãos para o seu advogado mostrar ao Juiz e conseguir a autorização do tratamento no mesmo dia.

- Pedido médico
- Documento pessoal (RG, Carteira de Motorista etc)
- Carteirinha do plano
- Principais exames que embasam o pedido médico



VIDEO AO VIVO

Você conhece seus direitos no que se refere ao seu plano de saúde? Já teve problemas com autorizações de tratamentos? Assista ao nosso vídeo e acabe com suas dúvidas!

Plano de Saúde e tratamentos com cobertura obrigatória



Quer saber se o seu tratamento tem cobertura obrigatória?

Clique [aqui!](#)

<https://conteudo.salemadvogados.com/descubra-se-tratamento-tem-cobertura>

(11) 3382-7157

Autor



Fabrizio Salem

ffs@salemadvogados.com

Advogado inscrito na OAB/SP

Sócio do escritório Salem Advogados na área de Saúde

Diretor-adjunto da Comissão de Direito Administrativo – OAB/SP

Membro do IBRADEMP (2012/2013)

Vice-Presidente da Associação Brasileira de Defesa dos Desapropriados

Master in Business Management – Fundação Getúlio Vargas – FGV/SP

Entrepreneurship Program – Babson College, Boston, Estados Unidos

Equipe

Prêmio ANCEC



“Em 2017 o escritório Salem Advogados foi reconhecido com o Prêmio Referência Nacional pela inovação no atendimento online e rápido”.

Quer ver mais conteúdos gratuitos?

<http://salemadvogados.com/plano-de-saude/materiais-plano-de-saude/>

(11) 3382-7157

Salem Advogados

Rua Doutor Renato Paes de Barros, 750 – 7º Andar, São Paulo/SP CEP: 04530-001