CARÊNCIA EM PLANOS DE SAÚDE

Quando cogitamos contratar um plano de saúde existem diversas características que devemos levar em consideração antes de assinar o contrato, dentre elas estão preço, tipo de cobertura, abrangência, portabilidade do plano, reajustes, necessidades pessoais e, um dos mais importantes, a carência.

Mas o que vem a ser a carência? Esta é o período, determinado contratualmente, entre a solicitação de determinado serviço e sua disponibilidade para execução estando coberto pelo plano. Quando o cliente assina o contrato, esse aceita todos os períodos de carência descritos, portanto, atentar-se a esse item no ato da contratação de uma operadora de plano de saúde é primordial para um bom negócio.

Os períodos de carência não são arbitrariamente decididos pelas operadoras, mas sim regulamentados por uma agência estatal, a Agencia Nacional de Saúde Suplementar (ANS), esta tem incumbência de regulamentar os planos de saúde, assim como avalia-los e classifica-los.

É determinado que casos de urgência (sem risco imediato a via) e emergência (risco imediato a vida) devem ser atendidos em no máximo 24 após a contratação do plano de saúde; partos (exceto casos em que haja complicações ou nascimento prematura) devem ser atendido em no máximo 300 dias; lesões pré-existentes em até 24 meses e demais situações tem um limite de 180 dias. Vale ressaltar que esses são períodos máximos e os planos podem oferecer prazos bem menores, a variar somente do que foi contratado.

Ainda existem outras formas de carências, as carências para exames, dividindo-se em exames comuns e complexos. No primeiro caso, é englobado exames laboratoriais, emergenciais ou ainda que não utilizam de maquinários para sua execução, sendo de menor custo para a instituição na qual são realizados. Já os exames complexos possuem elevados custos e utilizam de maquinário, materiais e recursos humanos especializados para execução, a tomografia computadorizada é um exemplo prático dessa categoria. Os exames devem ser realizados em no máximo 30 e 90 dias respectivamente para cada categoria.

Nesse sentido, todas as carências dos serviços englobados pelo plano contratado devem estar presentes no contrato e cabe ao indivíduo averiguar se este atende suas necessidades, assim como se estão de acordo com o determinado pela ANS. Vale ressaltar que as diversas modalidades de planos carregam consigo não somente um valor diferente, mas vantagens. Se um indivíduo, ao pesquisar um plano de saúde, tem intenção de tratar uma doença pré-existente em que o plano básico apresenta uma carência de 6 meses e o “vip” apresenta uma carência de 1 mês - e este tem condições financeiras para arcar com o preço do plano vip – esse apresenta vantagens frente ao outro, por exemplo.

Caso o indivíduo se depare com uma carência acima do determinado, esse pode entrar em contato com a empresa em busca de explicações – pois podem haver concessões especiais – ou diretamente com a ANS a fim de abrir uma vistoria em que a empresa terá obrigação de corrigir-se.