

<p>Plano individual ou familiar</p>	<p>O contrato de plano individual ou familiar é aquele assinado entre uma operadora de planos de saúde e uma pessoa física para a assistência do titular e/ou do seu grupo familiar.</p>
<p>Plano coletivo</p>	<p>O contrato de plano coletivo é aquele assinado entre uma operadora de planos de saúde e uma pessoa jurídica que oferece à população delimitada e a ela vinculada, extensível ao seu grupo familiar. Os planos de saúde coletivos podem ser: a) coletivo empresarial, os beneficiários estão vinculados à pessoa jurídica contratante por relação empregatícia ou estatutária; ou b) coletivo por adesão, os beneficiários estão vinculados às pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou setorial.</p>
<p>Carência</p>	<p>Carência é o período em que o beneficiário não tem direito a cobertura após a contratação do plano. Quando a operadora exigir cumprimento de carência, este período deve estar obrigatoriamente escrito, de forma clara, no contrato. Após cumprida a carência, o beneficiário terá acesso a todos os procedimentos previstos em seu contrato e na legislação, exceto eventual cobertura parcial temporária por DLP.</p>
<p>Carência Plano Individual / Familiar</p>	<p>Os períodos de carência que podem ser aplicados são os seguintes I - prazo máximo de 300 (trezentos) dias para partos a termo; II - prazo máximo de 180 (cento e oitenta) dias para cobertura odontológica; III - prazo máximo de 180 (cento e oitenta) dias para cobertura ambulatorial; IV - prazo máximo de 180 (cento e oitenta) dias para cobertura hospitalar; e V - prazo máximo de 24 (vinte e quatro) horas para casos de urgência e emergência.</p>
<p>Carência Plano Empresarial</p>	<p>Os períodos de carência que podem ser aplicados são os seguintes I - prazo máximo de 300 (trezentos) dias para partos a termo; II - prazo máximo de 180 (cento e oitenta) dias para cobertura odontológica; III - prazo máximo de 180 (cento e oitenta) dias para cobertura ambulatorial; IV - prazo máximo de 180 (cento e oitenta) dias para cobertura hospitalar; e V - prazo máximo de 24 (vinte e quatro) horas para casos de urgência e emergência.</p>
<p>Carência Plano Coletivo por Adesão</p>	<p>Os períodos de carência que podem ser aplicados são os seguintes I - prazo máximo de 300 (trezentos) dias para partos a termo; II - prazo máximo de 180 (cento e oitenta) dias para cobertura odontológica; III - prazo máximo de 180 (cento e oitenta) dias para cobertura ambulatorial; IV - prazo máximo de 180 (cento e oitenta) dias para cobertura hospitalar; e V - prazo máximo de 24 (vinte e quatro) horas para casos de urgência e emergência.</p>

Doença ou Lesão Pré Existente	Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP) são aquelas que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano de saúde.
Segmentação Assistencial	Define a amplitude da cobertura assistencial do plano de saúde. A segmentação assistencial é categorizada em: referência, hospitalar com obstetrícia, hospitalar sem obstetrícia, ambulatorial, odontológica e suas combinações.
Padrão de Acomodação	Define o padrão de acomodação para o leito de internação nos planos hospitalares; pode ser coletiva ou individual.
Área Geográfica de Abrangência	Área em que a operadora de plano de saúde se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas. À exceção da nacional, é obrigatória a especificação nominal dos (s) estados (s) ou municípios (s) que compõem as áreas de abrangência estadual, grupo de estados, grupo de municípios ou municipal.
Cobertura e Procedimentos Garantidos	É o conjunto de procedimentos a que o beneficiário tem direito, previsto na legislação de saúde suplementar pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura mínima obrigatória, e no contrato firmado com a operadora, conforme a segmentação assistencial do plano contratado.
Exclusões de Coberturas	É o conjunto de procedimentos a que o beneficiário não tem direito, previsto na legislação de saúde suplementar, conforme a segmentação assistencial do plano contratado.
Mecanismos Financeiros de Regulação	São os mecanismos financeiros (franquia e / ou coparticipação), assistenciais (direcionamento e/ou perícia profissional) e/ou administrativos (autorização prévia) que a operadora utiliza para gerenciar a demanda e/ou utilização dos serviços de saúde.
Vigência	Define o período em que vigorará o contrato.
Rescisão / Suspensão	A rescisão põe fim definitivamente à vigência do contrato. A suspensão descontinua a vigência do contrato.
Reajuste	O reajuste por variação de custos é o aumento anual de mensalidade do plano de saúde em razão de alteração nos custos, ocasionada por fatores tais como inflação, uso de novas tecnologias e nível de utilização dos serviços. A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário.