

O que é portabilidade de carências?

É garantia, assegurada pela RN 186/O9 alterada pela RN 252/11 (ANS), de mudança de Operadora ou até mesmo a mudança de produto dentro de uma mesma Operadora, sem o cumprimento de novos prazos de carência ou de cobertura parcial temporária.

Quando a medida passa a valer?

A partir de 28 de julho de 2011.

A norma de portabilidade se aplica a todos os tipos de planos?

Não, aos planos individuais/familiares e coletivo por adesão contratados a partir de janeiro de 1999 ou adaptados à Lei 9656/98.

Quem tem direito?

Quem é cliente, há pelo menos dois anos na primeira portabilidade e nas posteriores mínimo de 1 ano, em planos de saúde nas contratações individual/familiar ou coletivo por adesão, com contrato assinado depois de 1999 e que esteja em dia com as mensalidades.

É possível trocar de plano a qualquer momento?

Não. A mudança pode ser requerida somente no período compreendido entre o primeiro dia do mês de aniversário do contrato e até o último dia útil do terceiro mês subsequente.

A portabilidade é possível se o beneficiário ainda não tiver cumprido todos os prazos de carência?

Não. O beneficiário deverá cumprir todos os prazos de carência e permanecer no plano de origem por pelo menos dois ou três anos, caso esteja em cobertura parcial temporária. Somente após esse período, será possível mudar de plano levando consigo as carências cumpridas.

O beneficiário poderá mudar de qualquer plano para outro?

A portabilidade só é permitida entre planos equivalentes (faixa de valor igual ou inferior ao plano de origem). A ANS irá publicar uma regulamentação sobre a tabela da equivalência.

A portabilidade é possível para um plano de uma faixa superior?

Não. Caso o beneficiário opte por trocar de operadora, precisará cumprir todos os prazos de carência novamente. Se a opção for permanecer na mesma operadora, esta

não poderá dar cobertura parcial temporária às doenças e lesões preexistentes, mas poderá exigir o cumprimento dos períodos de carência previstos na Lei n.º 9656, de 1998.

REGRAS DE PERMANÊNCIA

O que é prazo de permanência?

É o período ininterrupto em que o beneficiário deve manter o contrato de plano de origem em vigor para se tornar elegível para portabilidade de carências.

Quais são os prazos de permanência na operadora de origem para que o beneficiário possa fazer a portabilidade?

- Primeira portabilidade: 2 anos
- Primeira portabilidade (se cumpriu cobertura parcial temporária decorrente de doença ou lesão preexistente): 3 anos
- A partir da segunda portabilidade: 1 ano

Como saber se o beneficiário deverá comprovar prazo de permanência de dois anos?

Se na Declaração de Saúde da Operadora de origem não houver indicação de doença ou lesão preexistente, o prazo de permanência é de dois anos.

Como saber se o beneficiário deverá comprovar prazo de permanência de três anos?

Se na Declaração de Saúde da Operadora de origem houver indicação de doença ou lesão preexistente e o beneficiário tiver optado pela Cobertura Parcial Temporária, o prazo de permanência é de três anos.

DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA

Como o beneficiário deverá comprovar o prazo de permanência?

Para comprovação do prazo de permanência o beneficiário deve apresentar:

- a) Cópia da proposta de adesão (inclusive Declaração de Saúde);
- b) Contrato assinado;
- c) Comprovante de pagamento do período; ou
- d) Declaração emitida pela Operadora de origem.

Que documentos o beneficiário que pretender exercer a portabilidade de carências deverá entregar à Operadora de destino?

- Cópia dos comprovantes de pagamento dos três últimos boletos vencidos ou Declaração da pessoa jurídica contratante comprovando o adimplemento do beneficiário;
- Comprovante do prazo de permanência; e
- Relatório de compatibilidade de Planos extraído do site da ANS para os planos "Ativos"; ou boleto com o valor da mensalidade do titular ou, na falta deste, do dependente de mais idade, para os planos "Ativos com comercialização suspensa" ou adaptados.

Caso o beneficiário não possua a documentação prevista para requerer a portabilidade, o que deve fazer?

O beneficiário deve solicitar à Operadora de origem cópia dos documentos (proposta de adesão, contrato assinado, ficha financeira, declaração de saúde) ou declaração contendo as informações necessárias à portabilidade, tais como: número de registro da Operadora e número de registro do produto contratado pelo beneficiário, informações sobre os três últimos pagamentos e valor da mensalidade do titular ou na falta deste, do dependente de mais idade.

CRITÉRIOS DE EQUIVALÊNCIA

Que critérios definirão os planos equivalentes?

Serão usados diversos critérios, tais como: segmentação assistencial (ambulatorial, hospitalar, com odontologia, sem odontologia), tipo de contratação e faixa de preços. A ANS disponibilizará um aplicativo para que o beneficiário possa consultar os planos compatíveis para fins de portabilidade e extrair um relatório contendo o plano enquadrado, na data da consulta.

Que informações o beneficiário deve ter para consultar os planos compatíveis no aplicativo disponibilizado no sítio da ANS?

- O número de registro do produto na ANS, caso tenha sido contratado após 01/01/1999;
- O código do Sistema de Cadastro de Planos Antigos – SCPA, caso tenha sido contratado antes de 01/01/1999 e adaptado;
- A sua idade e o valor da contraprestação pecuniária, caso tenha sido contratado antes de 01/01/1999 e adaptado ou o status do registro do produto esteja em situação "ativo com comercialização suspensa".

Qual o prazo de validade do relatório de compatibilidade extraído do site da ANS?

O relatório terá validade até as 24 horas do dia posterior à sua emissão, devendo ser aceito pela operadora do plano de destino se apresentado dentro deste prazo.

Caso o beneficiário não consiga identificar o plano de origem em Consulta ao Guia ANS de Planos de Saúde, o que deverá fazer?

O beneficiário deverá protocolizar solicitação na ANS no mesmo período em que será disponibilizada a opção para a portabilidade (§2º do art. 3º da RN 252/11).

Caso o plano de origem não conste nas bases de dados do aplicativo da ANS, o beneficiário terá os seguintes prazos para exercer o direito à portabilidade:

120 dias: Para o beneficiário que protocolou na ANS a solicitação referente a não identificação do plano de origem no Guia ANS de Planos de Saúde no primeiro mês posterior à data de aniversário;

60 dias: Para o beneficiário que protocolou na ANS a solicitação referente a não identificação do plano de origem no Guia ANS de Planos de Saúde no segundo ou no terceiro mês posterior à data de aniversário;

Em um plano de contratação familiar poderá haver a portabilidade de apenas um dos beneficiários? Como fica a titularidade?

Sim. Na hipótese de contratação familiar em que o direito à portabilidade de carências não seja exercido por todos os membros do grupo, o contrato será mantido, extinguindo-se o vínculo apenas daqueles que exerceram o referido direito.

COMERCIALIZAÇÃO E PROPOSTAS

Haverá uma tabela de vendas específica para os casos de portabilidade?

Não. As mensalidades dos produtos na operadora de destino serão aquelas vigentes na tabela de vendas do Plano Individual/Familiar ou Coletivo por Adesão.

Poderá ser cobrada taxa de inscrição?

Não. De acordo com o art. 4º da RN 186/2009, não poderá haver cobranças adicionais.

Como se dará a contratação do plano com portabilidade de carências?

O proponente preencherá a Proposta de Adesão, a exemplo do que acontece na venda de Plano Individual/Familiar. Entretanto, além dos documentos de praxe, o proponente deverá assinar o Termo Aditivo de Portabilidade de Carência e a Declaração de Portabilidade de Carência (modelo 1) que fará parte integrante da Proposta de Adesão.

Qual o prazo que a operadora de destino tem para analisar a Proposta de Adesão e verificar se estão presentes todos os requisitos da portabilidade?

O prazo é de vinte dias, contados a partir da data de assinatura da Proposta de Adesão.

Se a portabilidade for aceita, como o proponente ficará sabendo?

O setor de cadastro encaminhará a Carta de Aceitação (modelo 2) informando a data de vigência do contrato.

Quando começa a vigorar o contrato da Operadora de destino?

No prazo máximo de 10 (dez) dias, contados a partir da aceitação.

O proponente terá direito a utilização do plano, durante o período de análise da Proposta de Adesão ou antes de decorridos os dez dias para início da vigência do contrato?

Não. No momento da assinatura da Proposta de Adesão, o beneficiário assinará a Declaração de Portabilidade, declarando estar ciente que o contrato passará a vigorar a partir da data de vigência indicada na Carta de Aceitação.

E se a operadora de destino não informar ao beneficiário sobre o resultado da análise da portabilidade no prazo de vinte dias?

A Proposta de Adesão é automaticamente aceita e o contrato passa a vigorar dez dias após.

Como o proponente ficará sabendo da recusa da Proposta de Adesão?

O setor de cadastro encaminhará uma carta (modelo 3), informando as razões da recusa, com Aviso de Recebimento - AR, a fim de comprovar o envio da informação ao proponente.

BENEFICIÁRIOS DA UNIMED PAULISTANA

Que documentos serão fornecidos ao beneficiário da Unimed Paulistana que requerer comprovação de vínculo para apresentar a outra operadora?

O setor de cadastro encaminhará a carta (modelo 4) com as informações cadastrais do beneficiário, número do produto na ANS e ficha financeira referente aos três últimos boletos pagos.

Qual o prazo que a Unimed Paulistana tem para encaminhar ao beneficiário a Declaração de comprovação de vínculo (modelo 4)?

A Unimed Paulistana deverá atendê-lo no prazo de dez dias, a contar da ciência do pedido.

O beneficiário pode requerer as informações constantes na Declaração de comprovação de vínculo (modelo 4) por telefone?

Sim. O Serviço de Atendimento ao Cliente – SAC de todas as Operadoras devem estar preparados para informar:

- A data de inclusão do beneficiário no plano de saúde;
- O número de registro da Operadora;
- O número de registro do produto contratado pelo beneficiário.

O beneficiário da Unimed Paulistana que for aceito por outra Operadora deverá cancelar o contrato?

Sim. Tão logo receba a confirmação da operadora de destino de que sua proposta foi aceita, o beneficiário deve encaminhar solicitação por escrito à Unimed Paulistana para cancelamento do plano.

Na hipótese do beneficiário Unimed Paulistana ser aceito por outra operadora e não solicitar o cancelamento do contrato por escrito, o contrato permanece em vigor?

Não. O início da vigência do contrato do plano de destino torna extinto o vínculo do beneficiário com o plano de origem.

Como a Unimed Paulistana tomará conhecimento da aceitação do beneficiário por outra Operadora?

A Operadora de destino deve notificar a data do início da vigência do novo contrato e, ao receber o comunicado (documento) informando a aceitação do beneficiário e a vigência do contrato, a Unimed Paulistana poderá cancelar o plano do beneficiário. O termo final do contrato deve coincidir com a vigência do contrato da operadora de destino, assegurando que o beneficiário não ficará sem cobertura.

Se o beneficiário de outra operadora for aceito pela Unimed Paulistana, esta também deve notificar a operadora de origem?

Sim, encaminhando cópia da carta de aceitação (modelo 2) à operadora de origem e cópia da proposta de adesão assinada pelo beneficiário.

Quais os requisitos para que um plano seja considerado compatível para fins de portabilidade?

O Plano deve possuir a mesma segmentação (ambulatorial, hospitalar com obstetrícia), área de abrangência (grupo de municípios ou nacional), tipo de contratação (individual/familiar e coletivo por adesão) e faixa de preço.

Para os contratos adaptados (planos contratados antes de 1999 e que foram adaptados as coberturas da Lei 9.656/98), como se dá a contagem do plano de permanência?

O prazo de permanência para planos adaptados é contado a partir da data da adaptação.

Na hipótese da portabilidade ser exercida apenas pelo titular de um contrato familiar, o mesmo é excluído do cadastro da Operadora de origem?

Não. Apenas o seu vínculo de beneficiário é extinto, mantendo-se na condição de responsável financeiro, isto porque, nos casos em que apenas o casal está inscrito, a saída do titular não modifica o tipo de contratação, ou seja, mesmo que com apenas um beneficiário a contratação permanece Familiar.

O beneficiário internado pode pleitear a portabilidade?

Sim, entretanto, a internação suspende o prazo para vigência do plano de destino, permanecendo o beneficiário vinculado à operadora de origem até completar a contagem do referido prazo.

Como a Unimed Paulistana ficará sabendo que o beneficiário da outra Operadora está internado?

Ao receber a carta de aceitação encaminhada pela Unimed Paulistana, a operadora de origem tem o prazo de cinco dias, a contar do recebimento da notificação; ou do conhecimento da internação, caso esta seja posterior ao recebimento da notificação, para informar à Unimed Paulistana.

O beneficiário que requerer a portabilidade deve deixar de pagar a contraprestação pecuniária?

Não. Até que o vínculo contratual com a Operadora de origem seja extinto, ou seja, até que comece a vigorar o plano de destino, o beneficiário deverá pagar regularmente a contraprestação pecuniária.

Se após o pagamento da mensalidade, o beneficiário receber a Carta de Aceitação da Portabilidade serão realizados acertos, para devolução das diferenças pagas a maior?

Sim. O beneficiário deve quitar a mensalidade e tão logo receba a confirmação da vigência do seu plano na operadora de destino, deve procurar a Unimed Paulistana para devolução das diferenças pagas a maior, pois a última mensalidade do plano de origem deve ser proporcional ao número de dias de cobertura do serviço.

Na hipótese de exclusão de apenas um dos beneficiários, o grupo familiar que permanecer no contrato poderá ter sua mensalidade recalculada?

Não. Os beneficiários que permanecerem no contrato não devem sofrer alterações, sendo admitida apenas a exclusão de eventuais descontos, desde que expressamente previstos em contrato.

O relatório de plano compatível que será extraído do site da ANS é válido para todos os planos?

Não, apenas para o produto do plano de origem que estiver Ativo.

Como serão comparados os planos de origem que estiverem com status "Ativo com comercialização suspensa"?

Deve-se verificar o valor da mensalidade constante no boleto pago pelo beneficiário no plano de origem que será enquadrado em uma faixa de preço, de acordo com a faixa etária do beneficiário, e essa faixa de preço será comparada com a faixa de preço do plano de destino.

Para fins de comparação com a faixa de preço do plano de destino, será observada a mensalidade do beneficiário que está pleiteando a portabilidade?

Não, para fins de comparação será considerada somente a faixa de preço do titular do contrato, ou na falta deste, a faixa de preço do beneficiário dependente de mais idade.

Se o titular de um produto da Unimed Paulistana com status "Ativo com comercialização suspensa" solicitar a inclusão de um dependente, aplicando-se a portabilidade, podemos atendê-lo?

Não. As regras de inclusão de dependentes são aquelas previstas no contrato, ou seja, a isenção de carência depende da ocasião em que o beneficiário é inscrito, por exemplo: recém-nascido no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados do nascimento. Nesse caso, não se aplica a regra de portabilidade, pois é requisito indispensável para a portabilidade que o plano de destino esteja em situação "Ativo". O beneficiário que está pleiteando a portabilidade terá seu plano enquadrado em um dos produtos Ativos da Unimed Paulistana, devendo assinar proposta de adesão e observar as mensalidades atualmente comercializadas.

A portabilidade pode ser praticada para qualquer produto da Unimed Paulistana?

Não, somente para os planos ativos, não sendo praticada para produtos "Ativos com comercialização suspensa" ou adaptados.