

Perguntas e Respostas sobre Portabilidade de Carência em Planos de Saúde

Atos Normativos ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar

- Resolução Normativa 186, de 14 de janeiro de 2009 - ANS
- Instrução Normativa – IN 19 da Diretoria de Normas e Habilitação de Produtos ANS de 03 de abril de 2009

Disponíveis em: <<http://www.ans.gov.br/portal/site/legislacao/legislacao.asp>>

1) O que é a portabilidade?

É a possibilidade de o usuário mudar de operadora de plano de saúde, sem o cumprimento de novos períodos de carência ou cobertura parcial temporária.

2) Quando entra em vigor?

A partir de 15 de abril de 2009.

3) Quem pode pedir o benefício?

Beneficiários de planos individuais ou familiares, contratados após 1º de janeiro de 1999 ou adaptados à Lei 9656, de 1998.

4) Quem não pode exercer a portabilidade?

Beneficiários de planos coletivos empresariais ou por adesão; beneficiários que tenham planos contratados antes de 1º de janeiro de 1999 e que não tenham se adaptado à Lei 9656, de 1998; e beneficiários com planos contratados após 1º de janeiro de 1999 mas que não preencham os requisitos legais.

5) Quais são os requisitos legais para exercer a portabilidade?

A norma prevê a observância de requisitos simultâneos, isto é, que devem ser cumpridos ao mesmo tempo. Caso o beneficiário não atenda a um ou mais de um requisito, ele não poderá exercer a portabilidade.

São requisitos indispensáveis para a portabilidade:

- O beneficiário deve estar com o pagamento em dia junto à operadora de origem;
- O beneficiário deve ser cliente da operadora de origem há no mínimo 2 anos, conforme quadro abaixo:

Primeira Portabilidade	2 anos
Primeira Portabilidade (se cumpriu cobertura parcial temporária - CPT, decorrente de doença preexistente)	3 anos
Portabilidades subseqüentes à primeira	2 anos

- O plano de destino deve ser compatível com o plano de origem do beneficiário;
- ANS disponibilizará um sistema eletrônico em seu site www.ans.gov.br para consulta de comparabilidade entre planos. Os planos serão classificados por:
 - Abrangência geográfica (3 tipos);
 - Segmentação assistencial (3 tipos);
 - Tipo de contratação (9 tipos); e
 - Faixa de preço. A faixa de preço do plano para o qual o beneficiário deseja mudar tem que ser igual ou inferior à do plano de origem (5 faixas de preço).
- O plano de destino obrigatoriamente deve estar sendo comercializando pela operadora de saúde. Caso o plano preveja a situação “ativo com comercialização suspensa” ou “cancelado”, ele não poderá receber beneficiários;
- A não observação de todos os requisitos exclui o direito a portabilidade.

6) Qual o preço do novo plano?

O preço do novo plano é aquele que consta da tabela de venda da operadora de destino. A operadora de destino não pode modificar o preço do produto para beneficiários que exercem a portabilidade.

7) Quando o beneficiário deve solicitar a portabilidade?

No período entre o primeiro dia do mês de aniversário do contrato e o último dia útil do mês subseqüente.

8) E se o beneficiário optar por um plano não compatível ou com faixa de preço superior?

Pelas regras da portabilidade a operadora de saúde de destino não é obrigada a aceitar beneficiário que deseje mudar para um plano superior. Nesse caso, o beneficiário deve cumprir as carências novamente.

9) Como o beneficiário saberá se o plano em que ele se encontra é compatível com o que ele deseja contratar?

Para que o beneficiário possa se informar sobre os planos de saúde existentes no mercado, a ANS lançará um guia de produtos com as principais características de cada plano. Assim, o beneficiário poderá optar com segurança pelo produto mais vantajoso.

Entretanto, ao escolher uma nova operadora é importante que o consumidor não se baseie tão somente no preço. É necessário ter cautela e fazer uma criteriosa verificação da rede de atendimento para não cair em plano de menor preço mas com rede sem os prestadores de sua preferência.

10) Como fazer a comparação?

O serviço estará disponível na página da ANS na internet (www.ans.gov.br), a partir do dia 14 de abril. O beneficiário poderá comparar informações como abrangência geográfica (nacional, estadual ou municipal), segmentação assistencial (ambulatorial, hospitalar com ou sem obstetrícia, com ou sem odontologia, exclusivamente odontológica), tipo de contratação e faixa de preços, dentre outras variáveis.

11) A operadora de plano de saúde pode cobrar para efetuar a portabilidade?

Não, essa cobrança é indevida. Nem a operadora de origem nem a operadora de destino podem exigir pagamentos específicos pelo serviço. Em caso de cobrança, o beneficiário deve fazer denúncia à própria ANS.

12) Se o beneficiário tem um plano familiar, pode mudar de plano individualmente ou a família inteira tem que mudar?

A mudança de plano pode ser feita tanto pelo beneficiário individual quanto por toda a família, desde que cada indivíduo cumpra o seu prazo de permanência no plano (2 anos).

13) Quais os documentos necessários?

Comprovantes de pagamento dos três últimos boletos vencidos e, comprovante de que possui os prazos de permanência necessários para a mudança

- Cópia da proposta de adesão; ou
- Contrato assinado; ou
- Comprovante de pagamento dos últimos 2 ou 3 anos (conforme o caso); ou
- Declaração emitida pela operadora do plano de origem, fornecida em até 10 dias do pedido.

14) Qual o prazo de resposta após a entrega desses documentos?

A operadora de destino deve concluir a análise da proposta e enviar resposta conclusiva ao beneficiário no prazo máximo de 20 (vinte) dias, informando se ele atende aos requisitos da portabilidade ou não.

15) E se a operadora não responder?

Se não responder nesse prazo, presume-se que a operadora de destino aceitou a mudança, com portabilidade de carências requerida pelo beneficiário .

16) Nos casos em que o beneficiário não tem direito à portabilidade, como ficam os valores eventualmente adiantados pelo consumidor?

Os valores pagos devem ser integralmente restituídos ao beneficiário.

17) A partir de que data, passa a valer o contrato com a operadora de destino?

O contrato passa a valer 10 (dez) dias após a aceitação da operadora de destino. E a data de término do contrato com a operadora de origem deve coincidir com a data de início do contrato com a operadora de destino. A operadora de destino deve comunicar essa data de início tanto à operadora de origem como ao beneficiário.

Até que o plano de origem seja extinto, o beneficiário deve pagar regularmente a mensalidade, que será proporcional ao número de dias de cobertura do serviço.

18) Se o beneficiário for para outra operadora e depois desistir é possível voltar sem carência?

A operadora de origem não é obrigada a aceitar o retorno, exceto se já se passaram 2 ou mais anos da mudança. A norma estipula que a portabilidade só pode ser exercida no período do mês do aniversário do contrato e o mês seguinte e a portabilidade subsequente só pode ser feita após 2 anos.

19) Se a operadora se recusar a aceitar o beneficiário que cumpre os requisitos ou exigir o cumprimento de novas carências, como o beneficiário deve proceder?

O beneficiário deve fazer uma denúncia à ANS e a operadora de saúde poderá sofrer as sanções impostas pela ANS.

20) A operadora de destino pode dizer quais os planos compatíveis?

A responsabilidade pela classificação e compatibilização dos planos é exclusiva da ANS. Se uma operadora aceitar planos além dos estipulados pela ANS é de individual e total responsabilidade dessa OPS.

21) Além de não ter de cumprir novos prazos de carência, quais as outras vantagens da portabilidade ao beneficiário?

A portabilidade poderá baixar o preço dos planos de saúde, em função de uma esperada concorrência no setor. As empresas poderão oferecer vantagens adicionais, descontos e até mesmo ampliar a cobertura para cativar o cliente da concorrência.