

Portabilidade de Carências do seu plano de saúde.

Aliança

GRUPO QUALICORP



Seja bem-vindo!

Este manual foi elaborado com informações da cartilha Plano de Saúde Portabilidade de Carências da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e do Ministério da Saúde.

Aqui você poderá tirar suas dúvidas sobre a portabilidade, entender melhor como funciona esse benefício e ver o passo a passo para solicitá-lo, caso tenha direito no seu plano atual.

Boa leitura.

Aliança - Marca do Grupo Qualicorp.



O que é Portabilidade de Carências?

A Portabilidade de Carências é a possibilidade de contratação de um novo plano de saúde, na mesma Operadora ou em outra, sem a necessidade de cumprimento de novo período de carência e Cobertura Parcial Temporária (CPT).

Esse benefício se aplica aos planos regulamentados pela *Lei nº 9.656/98* ou àqueles adaptados a ela, sejam eles individuais, familiares ou coletivos por adesão.



Quais são os requisitos para mudar de plano sem cumprir novas carências para os serviços de saúde?*

- O plano atual deve ter sido contratado **após 1º de janeiro de 1999** ou adaptado à Lei dos Planos de Saúde (*Lei nº 9.656/98*).
- O contrato **deve estar ativo**, ou seja, o plano atual não pode estar cancelado.
- O beneficiário **deve estar em dia com o pagamento** das mensalidades.
- O beneficiário deve cumprir o **prazo mínimo** de permanência no plano:

1ª portabilidade

2 anos no plano de origem ou **3**, se tiver cumprido Cobertura Parcial Temporária (CPT) para uma Doença ou Lesão Preexistente.

2ª portabilidade

Se já tiver feito portabilidade para um plano antes, o prazo de permanência exigido é de pelo menos 1 ano, ou de 2, caso tenha feito portabilidade para o plano atual com coberturas não previstas no plano anterior.

- O plano de destino deve ter **preço compatível** com o seu plano atual (*veja a seguir sobre planos compatíveis*).

* Ver *Situações Específicas de Portabilidade*.

Cobertura Parcial Temporária (CPT)

é a suspensão da cobertura, por um período ininterrupto de até 24 meses, de procedimentos de alta complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos relacionados exclusivamente às Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP) declaradas pelo beneficiário ou pelo seu representante legal no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde.



Quando pode ser solicitada a Portabilidade de Carências?

- Após cumprido o prazo mínimo de permanência no plano, a portabilidade pode ser solicitada a **qualquer tempo**.
- Se o beneficiário estiver internado, a portabilidade só pode ser requerida após alta da internação.



Como saber quais são os planos compatíveis para portabilidade?

Para um plano ser considerado compatível, ele deve estar em faixa de preço igual ou menor que a do seu plano atual (as faixas de preço são definidas pela ANS).

Para consultar os planos compatíveis com o seu plano atual, acesse o [Guia ANS de Planos de Saúde](#) no portal da ANS.

A ferramenta faz, automaticamente, a comparação entre os planos de acordo com o valor da mensalidade.

Casos em que não é exigida a compatibilidade por faixa de preço:

- Quando o plano de origem tem formação de preço **pós-estabelecida** ou mista (plano que não possui valor de mensalidade fixo).
- Quando a portabilidade for realizada de um **plano empresarial** para **outro plano empresarial**.
- Nas portabilidades especiais e extraordinárias.
- Nas situações específicas de portabilidade por extinção do vínculo do beneficiário (*ver a seguir*).

Fique atento!

O plano de destino pode ter coberturas não previstas no plano atual. Nesse caso, você poderá cumprir carência para as novas coberturas limitada a:

- 300 dias para parto;
- 180 dias para as demais coberturas (internação, exames e consultas).



É possível fazer a portabilidade para um plano com tipo diferente de contratação?

Você pode mudar para um plano de saúde de tipo de contratação diferente do seu plano atual (por exemplo: de um plano individual para um coletivo e vice-versa). Mas, ao solicitar a portabilidade para um plano coletivo, é preciso observar se você está apto a fazer parte do contrato já em curso.

Veja as condições:

Planos coletivos por adesão:

Ter vínculo com a pessoa jurídica contratante do plano de saúde (associação de caráter profissional, classista ou setorial).

Planos coletivos empresariais:

Ter vínculo empregatício ou estatutário com a empresa contratante do plano de saúde.

Ser ou possuir vínculo com um empresário individual contratante do plano de saúde.



Quais são as regras de portabilidade para os planos coletivos empresariais?

Os beneficiários de planos de contratação na modalidade coletivo empresarial devem seguir todas as regras convencionais aplicadas às demais modalidades para solicitar a Portabilidade de Carências.

Com exceção apenas para os casos em que o beneficiário, que está vinculado a um plano coletivo empresarial, for exercer a portabilidade para outro plano coletivo empresarial. Nesse caso, não se aplica o requisito de compatibilidade por faixa de preço, e o beneficiário poderá realizar a portabilidade para outro plano coletivo empresarial, independentemente de seu preço.

Importante:

A portabilidade deve respeitar a movimentação cadastral prevista na relação entre Operadora e pessoa jurídica contratante e, portanto, a data de início de vigência do vínculo do beneficiário no plano de destino coletivo empresarial deverá observar a movimentação cadastral acordada contratualmente.

Embora a movimentação cadastral seja realizada pela pessoa jurídica contratante, a portabilidade de carências é um direito individual do funcionário. Ou seja: o beneficiário poderá comprovar seu direito à portabilidade diretamente na Operadora do plano de destino ou pela apresentação dos documentos necessários para seu contratante.



Situações específicas de portabilidade.

Há casos em que o beneficiário **fica dispensado** de cumprir alguns requisitos para efetuar a Portabilidade de Carências previstos nas regras gerais. Nessas situações, a portabilidade pode ser solicitada dentro de **60 dias** a partir do momento em que o beneficiário toma conhecimento do cancelamento do plano atual (plano de origem).

Confira abaixo os casos específicos e as regras:

Situações

- 1 O titular foi desligado da empresa (por demissão com ou sem justa causa, exoneração, aposentadoria, ou pediu demissão).
- 2 O plano coletivo foi cancelado pela Operadora ou pela pessoa jurídica contratante (empresa ou associação).
- 3 O beneficiário perdeu a condição de dependente no plano do titular.
- 4 O beneficiário titular do plano de saúde faleceu.



Situações específicas de portabilidade.

Como ficam as regras?

Vínculo: o beneficiário não precisa estar com o contrato ativo.

Permanência: o beneficiário não precisa ter cumprido o prazo de permanência mínima, mas, se estiver há menos de 300 dias no plano, estará sujeito aos períodos de carência do plano de destino (quando cabíveis), descontados do tempo em que permaneceu no plano de origem.

CPT: se estiver cumprindo CPT, o beneficiário só precisa cumprir o prazo remanescente.

Compatibilidade: não se aplica a regra de compatibilidade por faixa de preço. O beneficiário pode mudar para qualquer plano, independentemente do valor da mensalidade.

A quem se aplica: o titular e os dependentes têm direito à portabilidade.

Data de contratação: o plano atual (plano de origem) pode ter sido contratado antes de 1º/01/1999 e não ter sido adaptado à Lei 9.656/98.



Portabilidade Especial.

Quando uma Operadora de planos de saúde está em fase de encerramento das atividades (por cancelamento de registro ou liquidação extrajudicial), a ANS concede a todos os seus beneficiários o direito de exercer **a Portabilidade Especial de Carências** para um plano de outra Operadora.

Nesses casos, **não se aplica a regra de compatibilidade por faixa de preço e não é necessário ter cumprido prazo mínimo de permanência** no plano de origem.

A Portabilidade Especial também vale para aqueles beneficiários que tiveram o contrato cancelado (pela Operadora ou por iniciativa própria) até 60 dias antes da concessão da portabilidade pela ANS.



Que documentos são necessários para realizar a Portabilidade de Carências?

- 1 Comprovante de pagamento das três últimas mensalidades ou das três últimas faturas, se for plano na modalidade de pós-pagamento, ou declaração da Operadora do plano de origem* ou do contratante informando que o beneficiário está em dia com as mensalidades;
- 2 Comprovante de prazo de permanência: proposta de adesão assinada ou contrato assinado ou declaração da Operadora do plano de origem* ou do contratante do plano atual;
- 3 Relatório de compatibilidade** entre os planos de origem e destino ou número de protocolo, ambos emitidos pela Guia ANS de Planos de Saúde;
- 4 Se o plano de destino for coletivo, comprovante de que está apto para ingressar no plano. No caso de empresário individual, comprovante de atuação para contratação de plano empresarial.

* A declaração para fins de portabilidade deverá ser fornecida pela Operadora do plano de origem no prazo de 10 dias.

** O relatório de compatibilidade terá validade de 5 dias a partir da emissão do protocolo.



Prazo da Operadora.

A Operadora do plano de destino (novo plano) tem até **10 dias** para analisar o pedido de portabilidade. Caso a Operadora não responda ao pedido após esse prazo, a portabilidade será considerada válida.

Cancelamento do plano de origem.

Depois que você já estiver no novo plano, não se esqueça de solicitar o cancelamento do seu plano anterior diretamente à Operadora ou à Administradora responsável **no prazo de até cinco dias, a contar do início da vigência no plano de destino**. Guarde seu comprovante, pois a nova Operadora poderá solicitá-lo a qualquer momento.

Se você não solicitar o cancelamento nesse prazo, estará sujeito ao cumprimento de carências no novo plano por descumprimento das regras.



Como é feita a compatibilidade por faixa de preço de planos odontológicos para a portabilidade?

Para os planos exclusivamente odontológicos, considera-se na mesma faixa de preço o plano de destino cuja mensalidade seja menor ou igual à mensalidade do plano de origem, acrescida de 30% (trinta por cento).

Ou seja, o beneficiário pode fazer portabilidade para qualquer plano exclusivamente odontológico que seja até 30% mais caro que o seu plano atual.

O acréscimo de 30% à mensalidade do plano de origem refere-se apenas à regra para a verificação do valor limite para a compatibilidade de preço dos planos odontológicos pela Operadora de destino.

Não poderá haver discriminação de preços de planos em virtude da utilização da regra de portabilidade de carências.

Nesse caso, o Guia de Planos da ANS não faz o cálculo de compatibilidade de preço. As Operadoras são as responsáveis por fazê-lo, em posse das informações das mensalidades dos planos de origem e de destino, uma vez que os planos odontológicos não possuem Nota Técnica de Registro de Produto (NTRP).



Outras informações importantes.

- A Portabilidade de Carências é um direito garantido aos beneficiários de planos de saúde **individualmente**, não sendo necessário que todos os membros do contrato ou do grupo familiar exerçam a portabilidade simultaneamente.
- O valor de mensalidade para verificação da compatibilidade refere-se ao **valor pago pelo beneficiário** que está realizando a consulta e não ao valor total do grupo familiar.
- Os planos de Operadoras em fase de **cancelamento de registro** ou de **saída do mercado** já determinada pela ANS não podem receber beneficiários por Portabilidade de Carências.
- Não pode haver **cobrança adicional** ou específica ao beneficiário pelo exercício da portabilidade e não pode haver **discriminação de preços** de planos pela utilização da regra de Portabilidade de Carências.
- Na Portabilidade de Carências, é proibido o **preenchimento de novo formulário de Declaração de Saúde**, salvo nos casos em que o novo plano (plano de destino) tenha coberturas que não estavam previstas no plano de origem (ver Cobertura Parcial Temporária).
- A Portabilidade de Carências pode ser realizada por beneficiários durante ou após o término do **período de remissão*** previsto no contrato de origem.

**A remissão é um direito, garantido apenas quando previsto em contrato, de manutenção dos dependentes em um plano por tempo determinado após o falecimento do titular, sem pagamento de mensalidades.*

Dúvidas?

Fale conosco pelo

WhatsApp (11) 3004 7010

3004 7010 (Capitais e Regiões Metropolitanas)

0800 603 7007 (Demais Regiões)

ou inbox pelo **facebook.com/aliancaadm**

