FAQ – Perguntas Frequentes dos Beneficiários sobre o Plano de Saúde (ADCAP)

1. A Postal Saúde pode acabar por uma intervenção da ANS?

Sim. Se a ANS constatar falhas graves de gestão, riscos à assistência ou desequilíbrio financeiro, pode decretar intervenção fiscal (RN 522/2022) ou técnica (RN 417/2016). Em casos extremos, pode ser determinada a liquidação extrajudicial da operadora, resultando em encerramento das atividades.

2. O que acontece com o beneficiário se a Postal Saúde for extinta?

A ANS pode viabilizar uma migração assistida para outra operadora, com regras específicas para manutenção de cobertura e carências. A ADCAP atuará para garantir que nenhum beneficiário fique desassistido, pressionando por soluções coletivas, transparentes e sem perda de direitos.

3. Tenho atendimento agendado suspenso por falta de pagamento da Postal Saúde. Posso solicitar reembolso?

Sim, é possível solicitar. No entanto, o reembolso será feito com base na regra de livre escolha, que prevê valores parciais, conforme tabela da operadora. Recomendamos que casos como este sejam comunicados imediatamente à Central de Atendimento e ouvidoria da Postal Saúde para que eles respondam em até cinco dias úteis sobre a garantia de atendimento. Se não responderem, o reembolso poderá ser pleiteado para ocorrer de forma integral. Nos casos de urgência e emergência, a ANS garante o reembolso integral, sendo que o caráter de urgência e/ou emergência deve ser atestado pelo médico que fizer o atendimento.

4. Como fica a elegibilidade à Postal Saúde de quem aderir ao PDV dos Correios?

Empregados desligados por PDV podem ter direito à manutenção no plano de saúde, desde que tenham contribuído com parte do custeio durante o vínculo. A RN 488/2022 da ANS garante o direito de permanência por um ano para cada ano de contribuição aos aposentados, desde que assumam integralmente o custeio. No caso dos que não estão na condição de aposentado, o desligamento ao PDV é entendido como desligamento a pedido e não há direito de manutenção ao plano.

5. Saí da Postal Saúde. Posso voltar?

Depende da forma de saída. Se houve desligamento voluntário, o retorno seria possível, mas estaria sujeito ao cumprimento de novas carências.

6. Nesse período de suspensão de atendimentos, posso deixar de pagar o plano e não o utilizar, mas continuar vinculado?

Não. A inadimplência implica em possível cancelamento, conforme regras do regulamento do plano e à constituição de dívidas A legislação não prevê suspensão temporária por iniciativa do beneficiário com garantia de retorno automático.

7. Posso aderir a algum plano da GEAP ou Assefaz?

A GEAP e Assefaz oferecem planos para servidores de estatais, mas a adesão depende de convênio formal entre a GEAP e o empregador/patrocinador, como os Correios. Hoje, a RN 137 não permitiria esse convênio com empresa pública, o que está sendo revisto pela ANS (Consulta Pública nº 157/2024). No entanto, se o empregado ou aposentado dos Correios tiver algum parente servidor público, ele pode aderir a alguns planos destas operadoras como auto patrocinado, ou seja, o participante é responsável pelo custeio e riscos.

10. Haverá perda de cobertura ou carência se eu mudar de plano?

Depende da modalidade. Para migrar de plano, o participante deve observar sua segmentação (ambulatorial, hospitalar e hospitalar com obstetrícia) e sua abrangência (nacional, regional, municipal, estadual ou grupo de municípios). Atenção: se a adesão for a um plano individual e/ou familiar, a Operadora de destino poderá solicitar o preenchimento de uma Declaração de Saúde de quem vai aderir ao novo plano, o que pode sujeitar o beneficiário ao cumprimento de uma “carência” de até dois anos para atendimentos relacionados a doenças e lesões preexistentes. Isso se chama cobertura parcial temporária - CPT.

11. O que é portabilidade de carências?

É o direito de mudar de plano de saúde, sem cumprir novos períodos de carência, desde que o plano de destino seja compatível e o beneficiário esteja adimplente com o plano atual cuja vigência seja de pelo menos dois anos.

12. O plano pode ser encerrado sem minha concordância?

Um plano coletivo empresarial pode ser encerrado pela empresa contratante pela perda de vínculo legal ou no caso de planos de mercado, pode haver o pedido de

rescisão unilateral, quando comunicada com no mínimo 60 (sessenta) dias de antecedência (RN 195).

13. A ADCAP pode oferecer plano de saúde aos seus associados?

A ADCAP, por meio de contrato, como entidade de classe, pode sim buscar alternativas no mercado para oferecer planos coletivos por adesão aos seus associados e seus familiares (dependentes diretos). A ADCAP Nacional já fez levantamentos anteriores com o objetivo de redução de custos, e disponibilizou informações aos associados. Atualmente, a ADCAP está estudando alternativas no sentido de oferecer opções aos associados.

15. Quem regula os planos de saúde?

A regulação é feita pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que estabelece regras para cobertura, reajustes, portabilidade, cancelamento, manutenção e qualidade da rede e conduta das operadoras.

16. O que fazer em caso de negativa de atendimento ou procedimento?

É importante solicitar a negativa por escrito, com justificativa; e buscar a Ouvidoria da Postal reanálise do caso. A Ouvidoria é o canal correto para a revisão de negativa da Operadora. Se a negativa aconteceu por falta de documentação ou justificativa médica, o ideal é procurar seu prestador/médico para que ele providencie o pedido.

17. Como a ADCAP está atuando diante das recentes mudanças nos planos?

A ADCAP tem enviado ofícios formais, realizado reuniões com a Mantenedora e a Postal Saúde, ajuizou ação judicial e tem também prestado esclarecimentos técnicos aos associados sobre riscos e direitos relacionados ao plano oferecido.

18. Como posso me informar sobre as próximas ações da ADCAP?

Fique atento aos comunicados oficiais no site da ADCAP, nas redes sociais e nos grupos de associados. Também é possível tirar dúvidas através do e-mail suasaude@adcap.org.br