

Perguntas e Respostas sobre a Resolução 319

1) Em termos práticos, o que significa para o beneficiário ter esta declaração por escrito?

A negativa de cobertura por escrito é um documento físico que contém o posicionamento oficial da operadora. Com este documento o beneficiário tem maior transparência no relacionamento com a operadora e ampliado o seu direito à informação.

2) Por que a operadora não cede por escrito a declaração sem o beneficiário ter que solicitar?

O direito à informação está previsto tanto na Constituição Federal, quanto no Código de Defesa do Consumidor. No entanto, não está determinada a forma de oferecimento desta informação.

3) Por que a ANS decidiu regular isso agora?

Quando o consumidor entra em contato com a ANS sobre este assunto, ele é informado sobre os seus direitos e sobre as negativas de cobertura legítimas. Nos últimos anos, no entanto, segundo o Conselho Nacional de Justiça (CNJ), o número de demandas judiciais referentes à cobertura de planos de saúde tem crescido. Nestas demandas observou-se a ausência de prestação de informação aos beneficiários pelas operadoras.

4) Este documento serve como prova para demanda judicial?

Sim. Apesar de não ser o objetivo principal da norma, todo documento oficial pode ser utilizado como meio de prova.

5) O que é linguagem clara e adequada?

Para esta norma, a linguagem clara e adequada é aquela que qualquer cidadão, que não seja profissional de saúde, seja capaz de compreender. As operadoras utilizam argumentos técnicos para a fundamentação do seu parecer, no entanto, nem sempre os beneficiários têm conhecimento do significado destes termos técnicos.

6) Quando a operadora autorizar um material diferente do que foi solicitado pelo médico isso será configurado como negativa de cobertura?

De acordo com orientação do Conselho Federal de Medicina (CFM), o médico solicitante deve indicar três marcas de materiais para utilização no procedimento. A operadora deverá autorizar uma delas. Caso contrário será configurada a negativa de cobertura.

7) Como será feita a fiscalização?

Através de reclamações recebidas pelos beneficiários. A ANS irá verificar se houve a negativa de cobertura e de prestação da informação e julgar.

8) Como o beneficiário poderá provar que solicitou a negativa de cobertura por escrito?

No momento em que o beneficiário entrar em contato com a operadora, esta

deverá fornecer o número de protocolo gerado por seu serviço de atendimento ao consumidor.

9) Como será o processo se a negativa se der para o hospital e não para o paciente?

Ao ser informado pelo hospital que o seu procedimento foi negado, o beneficiário deverá entrar em contato com a sua operadora, solicitando o motivo da negativa de autorização.

10) E nos casos de negativa de cobertura para urgência e emergência?

É proibido a negativa de cobertura para urgência e emergência, respeitada a legislação em vigor.

11) Qual o prazo máximo para a operadora comunicar a negativa de cobertura?

Respeitados os prazos máximos de atendimento, a operadora deverá fornecer a informação em 48 horas contados da negativa.

Fonte: ANS