

Como proceder em caso de negativa de cobertura por plano de saúde

Os planos de saúde são um importante instrumento de proteção à saúde dos brasileiros. No entanto, as negativas de cobertura por parte das operadoras de planos de saúde são uma das principais reclamações dos usuários. Essas negativas podem ocorrer por diversos motivos, como a falta de indicação médica, a ausência de previsão contratual ou a alegação de que o procedimento é experimental ou desnecessário.

Cobertura obrigatória

A Lei nº 9.656/98, conhecida como Lei dos Planos de Saúde, estabelece uma cobertura mínima obrigatória para todos os planos de saúde contratados a partir de 1º de janeiro de 1999. Essa cobertura inclui, entre outros, os seguintes procedimentos:

- Internações hospitalares, incluindo cirurgias, quimioterapia e radioterapia;
- Parto e pós-parto;
- Tratamentos de doenças e lesões preexistentes;
- Atendimento ambulatorial, incluindo consultas, exames e procedimentos;
- Transplantes de órgãos, tecidos e medula óssea;
- Fornecimento de medicamentos, próteses, órteses e outros materiais especiais.

Negativas de cobertura baseadas em cláusulas contratuais

As operadoras de planos de saúde podem estabelecer cláusulas contratuais que limitem a cobertura obrigatória. No entanto, essas cláusulas devem ser interpretadas de forma restritiva, e não podem contrariar a legislação vigente.

Por exemplo, é possível que uma operadora de planos de saúde exclua a cobertura de tratamentos de doenças preexistentes. No entanto, essa exclusão só é válida se for informada ao consumidor no momento da contratação do plano.

Negativas de cobertura baseadas em falta de indicação médica

As operadoras de planos de saúde podem negar a cobertura de procedimentos que não sejam indicados por um médico. No entanto, essa negativa só é válida se houver um conflito de opiniões entre o médico assistente e o auditor da operadora.



Em caso de conflito de opiniões, o consumidor deve solicitar uma segunda opinião médica. Se a segunda opinião confirmar a indicação do procedimento, a operadora de planos de saúde deve arcar com a cobertura.

Negativas de cobertura baseadas em alegação de procedimentos experimentais ou desnecessários



As operadoras de planos de saúde podem negar a cobertura de procedimentos que sejam considerados experimentais ou desnecessários. No entanto, essa negativa só é válida se houver um consenso científico sobre a ineficácia ou a falta de segurança do procedimento.

Em caso de dúvida, a operadora de planos de saúde deve arcar com a cobertura do procedimento, até que se tenha uma decisão definitiva sobre sua eficácia ou segurança.

Consequências das negativas de cobertura

As negativas de cobertura por planos de saúde podem causar diversos prejuízos aos usuários, como:

- agravamento da saúde do usuário;
- maiores custos para o usuário;
- danos morais.

Em caso de negativa de cobertura, o usuário pode recorrer à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) ou à Justiça.

Recurso à ANS

O usuário pode recorrer à ANS para solicitar a revisão da negativa de cobertura. O recurso deve ser apresentado no prazo de dez dias úteis, contados a partir da data da negativa.

A ANS analisará o recurso e poderá determinar que a operadora de planos de saúde arcar com a cobertura do procedimento.

Recurso à Justiça

O usuário também pode recorrer à Justiça para solicitar a cobertura do procedimento. O processo deve ser ajuizado no Juizado Especial Cível, no prazo de cinco anos, contados a partir da data da negativa.

O juiz poderá determinar que a operadora de planos de saúde arcar com a cobertura do procedimento, além de indenizar o usuário por danos morais.

Conclusão

As negativas de cobertura por planos de saúde são uma prática abusiva que pode causar diversos prejuízos aos usuários. É importante que os consumidores conheçam seus direitos e saibam como proceder em caso de negativa de cobertura.

Autores: Reginaldo Ferretti