

Em referência à matéria publicada no Jornal o Globo desta terça-feira (14/05) - **“Planos de Saúde limitam reembolsos para reduzir custos”** (<https://oglobo.globo.com/economia/defesa-do-consumidor/noticia/2024/05/14/planos-de-saude-limitam-reembolsos-para-reduzir-custos-entenda-o-que-muda-nas-operadoras.ghtml>), a posição da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) sobre a dificuldade crescente nos pedidos de reembolso por parte das operadoras de saúde nos pareceu clara e objetiva.

A exigência de comprovação por meio do CNES e a cobrança de documentação não prevista nos contratos são práticas questionáveis. Segundo a ANS, não há justificativa para que as operadoras exijam, para efeitos de reembolso, que o estabelecimento de saúde esteja cadastrado no CNES.

Além disso, a agência ressalta que não cabe ao beneficiário verificar se o estabelecimento de saúde prestador dos serviços está registrado no CNES.

A nota da ANS destaca a importância de respeitar as condições contratuais e evitar impor ao consumidor responsabilidades que não lhe cabem.

Essas práticas das operadoras têm efeitos práticos e significativos no atendimento aos pacientes que pagam anos por seus convênios de saúde. Criar obstáculos para autorizar ou pagar tratamentos aos quais os pacientes têm direito gera desgaste emocional, financeiro e, em alguns casos, pode até comprometer a saúde dos beneficiários.

É crucial que as operadoras ajam de acordo com as normativas estabelecidas, garantindo o acesso justo e oportuno aos serviços de saúde contratados.

Instituto Ética Saúde

Fonte: [Instituto Ética Saúde](#), em 14.05.2024.