

A partir de 15 de maio, operadoras de seguros e planos de saúde terão que cumprir novas regras de atendimento aos seus beneficiários. As medidas estão descritas na [Resolução Normativa 395](#) (RN 395), da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Dentre as quais, definição de prazos máximos para prestação de informações ao consumidor, além da disponibilização de canais para atendimento telefônico e presencial.

Ao solicitar um procedimento ou serviço de saúde, a regra geral é que o beneficiário receba – de imediato da operadora – resposta sobre a cobertura prevista no Rol da ANS ou no contrato do plano. Se não for possível prestar a informação no momento do primeiro contato, a operadora terá o prazo de até cinco dias úteis para informar ao beneficiário. Nos casos de procedimentos de alta complexidade (PAC) ou de internação eletiva, o prazo para resposta é de até 10 dias úteis. A resolução da ANS visa qualificar o atendimento oferecido pelas operadoras.

Confira as principais regras novas

Atendimento presencial: As operadoras de médio e grande portes (exceto operadoras exclusivamente odontológicas, filantrópicas e autogestões) devem oferecer unidade de atendimento presencial funcionando em horário comercial durante os dias úteis, nas capitais dos estados ou regiões de maior atuação dos planos, desde que atendidos os critérios estabelecidos na norma.

Atendimento telefônico: As operadoras de grande porte (mais de 100 mil beneficiários) deverão oferecer atendimento telefônico ao consumidor durante 24 horas, sete dias por semana. Para operadoras de pequeno e médio portes, exclusivamente odontológicas e filantrópicas, o atendimento telefônico deve ser feito em horário comercial durante os dias úteis.

Protocolo de atendimento: A operadora deve fornecer número de protocolo no início do atendimento ou logo que o atendente identifique tratar-se de demanda que envolva cobertura assistencial.

Prazo para resposta às solicitações de atendimento

- A norma estabelece prazo de até cinco dias úteis para que a operadora dê a resposta sobre a solicitação de procedimento ou serviço apresentada pelo consumidor (quando não for possível fornecer resposta imediata);
- No caso de solicitações de alta complexidade (APAC) ou atendimento em regime de internação eletiva, o prazo para a resposta é de até dez dias úteis;
- Já para procedimentos de urgência e emergência, a resposta deve ser imediata;
- Em qualquer hipótese, o atendimento às solicitações de procedimentos ou serviços de cobertura assistencial deve ser concluído observando-se os prazos previstos na RN 259/2011.

Negativa de atendimento: Quando o procedimento ou serviço não for coberto, a operadora deverá informar detalhadamente ao beneficiário o motivo, indicando a cláusula do contrato ou dispositivo legal que justifique; o beneficiário que pedir o envio dessas informações por escrito deverá recebê-las no prazo máximo de 24 horas; o beneficiário também poderá requerer nova análise da sua solicitação.

Fonte: FenaSaúde/[Plurali](#), em 26.04.2016.