



ANEXO I

Instruções ao Credenciado

Edição 1.3 de 2015

Sumário

1	INTRODUÇÃO.....	4
1.1	CANAIS DE COMUNICAÇÃO COM A SAÚDE BRB.....	4
1.2	DESCRIÇÃO DO PLANO OFERTADO (PLANO A-1).....	5
2	DO CREDENCIAMENTO.....	6
2.1	ATUALIZAÇÃO DAS INFORMAÇÕES DO CREDENCIADO.....	6
2.1.1	ATUALIZAÇÃO DOS DADOS CADASTRAIS.....	6
2.1.2	ATUALIZAÇÃO DO CORPO CLÍNICO.....	7
2.1.3	REVISÃO DAS ESPECIALIDADES E/OU PROCEDIMENTOS CONTRATADOS.....	7
3	DO ATENDIMENTO.....	8
3.1	DO ATENDIMENTO AO BENEFICIÁRIO.....	8
3.1.1	IDENTIFICAÇÃO DOS BENEFICIÁRIOS.....	8
3.1.2	DOS PROCEDIMENTOS QUE NÃO NECESSITAM DE AUTORIZAÇÃO PRÉVIA.....	9
3.1.3	EMISSÃO DE AUTORIZAÇÃO PRÉVIA.....	9
3.1.3.1	RECEBIMENTO DA SOLICITAÇÃO.....	10
3.1.3.1.1	AUTORIZAÇÃO PRESENCIAL.....	11
3.1.3.1.2	AUTORIZAÇÃO PARA INTERNAÇÕES.....	11
3.1.3.1.3	AUTORIZAÇÃO DE OPME.....	11
3.1.3.1.4	AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS DE ALTO CUSTO....	12
3.1.3.1.5	AUTORIZAÇÃO PARA BENEFICIÁRIOS DE CONVÊNIO DE RECIPROCIDADE.....	13
3.1.3.1.6	ATENDIMENTO DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA.....	13
3.1.3.1.7	PRORROGAÇÃO DE INTERNAÇÃO.....	14
3.1.3.1.8	PROCEDIMENTOS NÃO COBERTOS.....	15
3.1.3.2	CANCELAMENTO OU ALTERAÇÃO DA AUTORIZAÇÃO.....	17
3.1.3.3	PRAZOS.....	18
3.2	PROCEDIMENTOS NEGOCIADOS E QUE O PRESTADOR ESTÁ APTO A EXECUTAR.....	18
3.3	AUDITORIA TÉCNICA.....	19
3.3.1	AUDITORIA PRÉVIA.....	19
3.3.2	AUDITORIA CONCORRENTE.....	20
3.3.3	AUDITORIA DE CONTAS.....	20
3.4	DA CONTINGÊNCIA.....	20
4.	DO FATURAMENTO.....	21
4.1	PREPARAÇÃO DA COBRANÇA.....	21

4.1.1 COMPROVAÇÃO DO ATENDIMENTO.....	21
4.1.2 COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL.....	21
4.2 FATURAMENTO.....	22
4.2.1 TROCA DE INFORMAÇÃO NA SAÚDE SUPLEMENTAR - TISS.....	22
4.2.2 APRESENTAÇÃO DAS GUIAS DE COBRANÇA.....	22
4.2.3 ENTREGA DAS NOTAS FISCAIS.....	23
4.3 RECURSO DE GLOSA.....	24
5 CONVÊNIOS DE RECIPROCIDADE.....	26
6 GLOSSÁRIO.....	27

1 INTRODUÇÃO

1.1 Canais de comunicação com a Saúde BRB

A Saúde BRB possui alguns canais de comunicação que devem ser utilizados conforme serviços ou características de seu beneficiário, credenciado ou fornecedor. Abaixo listamos os canais de comunicação e suas funcionalidades:

Canal de contato	Forma, número ou endereço	O que pode ser feito?
Dependências da Saúde BRB:	SRTVS Q. 701, Centro Empresarial Assis Chateaubriand, Térreo 02, Asa Sul, Brasília/DF	<ul style="list-style-type: none">- Todos os serviços da Saúde BRB podem ser feitos pessoalmente em suas dependências.- Os serviços de avaliação médica presencial são feitos EXCLUSIVAMENTE neste endereço.- Entrega de documentação complementar são feitas EXCLUSIVAMENTE neste endereço.
Email do setor de credenciamento:	credenciamento@saudebrb.com.br	Todas as dúvidas, solicitações de suspensão, rescisão, inclusões e alterações no cadastro.
Email	autorizacoes@saudebrb.com.br	Emissão de autorizações (exceto odontológicas).
Sítio na internet:	http://www.brbsaude.com.br	Instruções, manuais, lista de rede credenciada.
Sistema Webplan	http://www.brbsaude.com.br	<ul style="list-style-type: none">- Envio de arquivos XML;- Verificação do valor da nota fiscal a ser emitida;- Emissão de autorizações odontológicas.
Fax:	(61) 3035-9440, (61) 3035-9433 e (61) 3035-9444	<ul style="list-style-type: none">- Solicitação de autorizações e documentos comprobatórios.- Solicitação de prorrogação.- Cancelamento de autorização.- Prorrogação de autorização
Central de Atendimento	DF: (61) 3325-1666 Outros Estados: 0800-610466	<ul style="list-style-type: none">- Confirmação de recebimento de Fax;- Informações sobre a rede credenciada;- Orientação dos beneficiários;

1.2 Descrição do plano ofertado (Plano A-1)

A Saúde BRB opera atualmente um único plano, denominado “Plano A-1”, com as seguintes características:

- I - Plano Coletivo Empresarial;
- II - Abrangência Geográfica Nacional;
- III - Plano patrocinado pelas empresas:
 - a) BRB – Banco de Brasília S/A;
 - b) AEBRB – Associação dos Empregados do Banco de Brasília;
 - c) BRB Administradora e Corretora de Seguros S/A;
 - d) Cartão BRB S/A;
 - e) BRB – Distribuidora de Títulos e Valores Mobiliários;
 - f) BRB – Crédito, Financiamento e Investimento S/A;
 - g) REGIUS – Sociedade Civil de Previdência Privada;
 - h) Saúde BRB – Caixa de Assistência.
- IV - Cobertura ambulatorial, hospitalar com obstetrícia e odontológica;
- V - Acomodação em apartamento.

O “Plano A-1” está devidamente adaptado à Lei nº 9656/98 e à legislação pertinente, oferecendo cobertura para todas as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina – CFM e para todos os procedimentos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS, vigente na época do evento.

A Saúde BRB poderá incluir ou excluir procedimentos visando a adequação às coberturas previstas em seus programas de atenção à saúde, com base na legislação específica.

A rede credenciada da Saúde BRB deverá atender tanto os beneficiários diretos, aqueles que estão na carteira de beneficiários da Saúde BRB,

quanto os beneficiários de outras operadoras que mantêm convênio de reciprocidade de atendimento com a Saúde BRB. Em ambos os casos, o beneficiário deverá estar de posse do cartão de identificação da Saúde BRB ou de um documento provisório de autorização de atendimento emitido pela Saúde BRB.

2 DO CREDENCIAMENTO

2.1 Atualização das informações do credenciado

Durante o processo de negociação e assinatura do contrato, todas as informações pertinentes foram colhidas e registradas. Entretanto, a fim de agilizar os processos de autorização, auditoria e pagamento, todas as informações referentes aos prestadores de serviços devem ser constantemente atualizadas na base de dados da Saúde BRB. Dessa forma, qualquer mudança na situação do prestador que possa afetar o atendimento ou o contrato em vigor deverá ser imediatamente comunicada à Saúde BRB.

2.1.1 Atualização dos dados cadastrais

Qualquer mudança nos dados cadastrais do prestador de serviço deverá ser comunicada por e-mail ao Setor de Credenciamento da Saúde BRB (vide item 1.1 desta instrução).

Informações cadastrais são aquelas referentes aos dados básicos do prestador como: endereços, telefones, e-mail, nome do responsável técnico, isenção/imunidade tributária ou qualquer outra informação que não tenha caráter técnico nem trate de valores de pagamento.

Na solicitação de alteração cadastral, o prestador deverá informar seu CNPJ e nome, o dado cadastral a ser alterado e a nova informação, além do motivo da modificação, devendo inclusive anexar o documento comprobatório da mudança cadastral, quando houver. Neste caso, a solicitação de alteração e o documento deverão ser encaminhados por e-mail, pelos Correios ou entregues pessoalmente nas dependências da Saúde BRB.

2.1.2 Atualização do corpo clínico

A entrada ou saída de profissionais do corpo clínico do prestador de serviço ou a mudança de sua qualificação deverão ser informadas à Saúde BRB.

Para cadastramento de novo profissional os documentos que demonstrem a sua qualificação deverão ser encaminhados à Saúde BRB. Consultar o arquivo “Documentos Necessários para Avaliação de Credenciamento”, disponível no sítio da Saúde BRB na internet (vide item 1.1 desta instrução). Neste caso, será necessário o encaminhamento da documentação por e-mail, via Correios ou sua entrega nas dependências da Saúde BRB.

A exclusão do profissional do corpo clínico poderá ser informada pelo e-mail do Setor de Credenciamento da Saúde BRB (vide item 1.1 desta instrução).

As disposições constantes do presente item não se aplicam aos hospitais que possuam corpo clínico aberto.

2.1.3 Revisão das especialidades e/ou procedimentos contratados

Quando o prestador de serviço desejar solicitar a inclusão ou exclusão de qualquer especialidade ou procedimento integrante do contrato, deverá fazê-lo por escrito, encaminhando a solicitação por e-mail, via Correios ou entregando-a diretamente nas dependências da Saúde BRB.

Na referida solicitação, o prestador de serviço deverá informar seu nome e CNPJ, os motivos da solicitação, os nomes das especialidades e dos procedimentos que deseja sejam avaliados, além da descrição detalhada dos equipamentos, quando necessários para execução do procedimento.

A existência de um contrato vigente obriga as partes apenas pelo que foi ali acordado. A disponibilização, oferta e solicitação de credenciamento de novas especialidades e procedimentos pelo prestador de serviço não obriga a Saúde BRB à extensão de tal credenciamento. Todas as solicitações de inclusão de novas especialidades e procedimentos serão analisadas pela área técnica responsável,

que avaliará a necessidade e o interesse da Saúde BRB em tal contratação, bem como sua conveniência e oportunidade, podendo ainda efetuar visitas técnicas para homologação das informações prestadas.

3 DO ATENDIMENTO

3.1 Do atendimento ao beneficiário

Todos os atendimentos prestados aos beneficiários da Saúde BRB seguirão as regras previstas no Padrão TISS – Troca de Informações na Saúde Suplementar.

O prestador de serviço deve atender a todos os beneficiários da Saúde BRB sem nenhuma distinção em relação a qualquer outro atendimento realizado em suas dependências, inclusive quanto a oferta de vagas, prazo para atendimento e tempo de espera.

Para que o processo de atendimento transcorra de forma eficaz e o pagamento não sofra nenhuma glosa, alguns cuidados devem ser adotados, conforme os itens abaixo detalhados.

3.1.1 Identificação dos beneficiários

A correta identificação do beneficiário e a conferência da validade de seu cartão de atendimento são fundamentais para um atendimento seguro e sem risco de problemas no momento do pagamento.

Todos os beneficiários, mesmo aqueles de outras operadoras que mantêm convênio de reciprocidade, recebem um cartão de identificação ou um documento provisório de autorização de atendimento emitido pela Saúde BRB.

Ao efetuar o atendimento o prestador de serviço deverá adotar as seguintes providências:

- I - Solicitar ao beneficiário seu cartão de identificação da Saúde BRB e um documento oficial com foto.

a) A falta do cartão de identificação de beneficiário somente poderá ser suprida por autorização emitida pela Saúde BRB.

b) Na falta de documento pessoal, o menor de catorze anos será identificado por documento dos pais ou responsável.

II - Verificar se o portador do cartão é o mesmo ali identificado, por meio do seu nome, data de nascimento e foto, caso seja possível.

III - De posse do cartão, verificar o período de validade deste. Somente deverá ser atendido o beneficiário portador de cartão válido, ainda não vencido na data do atendimento.

IV - Se o cartão estiver fora da validade de atendimento, o prestador poderá verificar se o beneficiário está ativo ou cancelado. Esta validação deverá ser feita através de ligação para a central de atendimento.

3.1.2 Dos procedimentos que não necessitam de autorização prévia

Alguns procedimentos cobertos pela Saúde BRB não necessitam de autorização prévia para sua realização, bastando a correta identificação do beneficiário e a verificação, por parte do prestador, da contratação do procedimento a ser executado.

3.1.3 Emissão de Autorização Prévia

A Saúde BRB utiliza como mecanismo de regulação a autorização prévia para alguns procedimentos. A autorização seguirá o Padrão TISS – Troca de Informações na Saúde Suplementar, conforme definições constantes do item 4.2.1.

Os procedimentos abaixo somente poderão ser executados mediante autorização prévia:

I - Procedimentos ambulatoriais:

a) procedimentos cirúrgicos e dermatológicos em geral;

- b) serviços de terapia ambulatorial: hemodiálise ou diálise, quimioterapia, radioterapia, hemoterapia, litotripsia;
- c) serviços em hemodinâmica;
- d) fonoaudiologia;
- e) acupuntura;
- f) procedimentos de esterilização voluntária nos termos da legislação específica;
- g) psicologia.

II - Procedimentos Hospitalares:

- a) procedimentos cirúrgicos em geral que exijam internação hospitalar, inclusive relacionadas com patologias odontológicas;
- b) procedimentos clínicos em geral que exijam internação hospitalar.
- c) assistência hospitalar psiquiátrica;
- d) assistência em clínica-dia;
- e) assistência a pessoas com dependência química.

III - Procedimentos para os quais a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS determine diretrizes clínicas e de utilização, nos termos da legislação vigente à época do evento.

Os pedidos de autorização enviados à Saúde BRB serão processados conforme resolução específica editada pela ANS e vigente à época do evento.

3.1.3.1 Recebimento da solicitação

As autorizações prévias poderão ser solicitadas tanto pelos beneficiários quanto pelos prestadores de serviço (vide item 3.1.3 desta instrução).

Na emissão da autorização, a Saúde BRB avaliará os seguinte itens:

- I - A habilitação do prestador para executar o procedimento solicitado;
- II - A elegibilidade do beneficiário para ser atendido;

III - A cobertura do procedimento solicitado de acordo com o plano contratado.

O prestador de serviços deverá enviar, junto ao pedido de autorização, todos os documentos necessários à comprovação da indicação do procedimento e da necessidade de sua execução.

Caso haja alguma dúvida, o prestador de serviço poderá ser acionado para que esta seja sanada.

3.1.3.1.1 Autorização presencial

Entre os procedimentos que necessitam de autorização prévia, alguns exigem a avaliação do paciente pela equipe de auditoria médica da Saúde BRB em suas dependências. Nestes casos, faz-se imprescindível o comparecimento do próprio paciente, munido de todas as informações pertinentes: pedido médico, laudos de exames e identificação do prestador credenciado escolhido.

3.1.3.1.2 Autorização para Internações

Para qualquer tipo de internação (médica, odontológica ou psiquiátrica), deverá ser solicitada autorização prévia, pelo prestador ou pelo beneficiário, salvo nos casos de autorização presencial já descritos acima.

Quando devidamente justificado, a Saúde BRB garantirá a cobertura de estrutura hospitalar necessária à realização de procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultórios, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar.

3.1.3.1.3 Autorização de OPME

Nos procedimentos eletivos que necessitem de OPME, as solicitações deverão ser encaminhadas com antecedência mínima de 8 (oito) dias úteis, acompanhadas de toda a documentação pertinente: relatório médico, exames que comprovem a indicação e detalhamento técnico do material.

Os materiais serão negociados diretamente entre a Saúde BRB e o fornecedor, que será responsável por entregar o produto ao prestador solicitante até a data do procedimento.

O prestador de serviço não poderá exigir o fornecimento de materiais e instrumentais de determinada marca ou fornecedor, salvo em casos excepcionais, mediante justificativa técnica fundamentada, em que o material solicitado apresente particularidade técnica específica e seja a única alternativa para a realização do procedimento, sempre na defesa do melhor interesse do paciente. Para tanto, o médico assistente deverá justificar sua solicitação, nos termos da Resolução nº 1.956/2010 do CFM – Conselho Federal de Medicina.

Deverão, ainda, ser observadas as regras constantes de Resolução específica da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, sobretudo nos casos de divergências clínicas entre o profissional requisitante e a Saúde BRB, quando a decisão caberá a um profissional escolhido de comum acordo entre as partes contratantes, também observado o art. 6º da Resolução CFM nº 1.956/2010.

Nos atendimentos de urgência/emergência ocorridos fora do horário comercial, a solicitação de OPME deverá ser feita impreterivelmente no primeiro dia útil subsequente, juntamente com as solicitações dos procedimentos e de internação. Deverá ser encaminhado, ainda, o orçamento do fornecedor das OPME utilizadas.

3.1.3.1.4 Autorização de medicamentos de alto custo

Medicamentos cujo valor unitário seja igual ou superior a R\$ 300,00 (trezentos reais) exigem autorização prévia para sua administração.

As solicitações deverão ser acompanhadas de relatório médico especificando o nome do paciente, nome do medicamento, dosagem e posologia, o período de tratamento, a indicação clínica, exames pertinentes, peso e altura do paciente (quando forem informações essenciais para o cálculo da dosagem), nome e CRM do médico assistente e outras informações pertinentes.

3.1.3.1.5 Autorização para beneficiários de convênios de reciprocidade

A Saúde BRB, como entidade de autogestão, firma convênios de reciprocidade com outras operadoras congêneres, para que seus beneficiários possam se utilizar das redes credenciadas dessas operadoras quando atendidos fora do Distrito Federal. De forma recíproca, a Saúde BRB deve disponibilizar sua rede credenciada aos beneficiários das operadoras conveniadas.

Tais pacientes deverão ser atendidos como qualquer outro beneficiário da Saúde BRB, vedada qualquer distinção ou discriminação. Os protocolos dos processos de regulação, auditoria e pagamento para os referidos beneficiários são os mesmos determinados pela Saúde BRB, sem distinção de preço ou prazo de pagamento.

A diferença no atendimento ao beneficiário de outra operadora conveniada se dá no prazo para emissão das autorizações. As solicitações de autorização feitas à Saúde BRB são encaminhadas à operadora de origem, que irá processá-las e autorizá-las conforme suas próprias regras. Dessa forma, o prazo para emissão de autorizações para beneficiários de outras operadoras poderá ser um pouco maior que aqueles praticados pela Saúde BRB.

3.1.3.1.6 Atendimento de urgência/emergência

Entende-se como emergência os casos que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, e urgência, aqueles resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional, nos termos do art. 35-C da Lei nº 9.656/98 e demais normas que regulamentam o setor de saúde suplementar.

O beneficiário terá cobertura de assistência médico-hospitalar, da sua admissão até a sua alta, nos atendimentos de urgência/emergência, exceto nas seguintes hipóteses:

- I - Quando o beneficiário ainda estiver cumprindo o prazo de carência para internação;

II - Quando se tratar de parto a termo e a beneficiária paciente ainda estiver cumprindo carência para tal procedimento.

Nessas duas hipóteses, os atendimentos estarão limitados às primeiras 12 (doze) horas de atendimento em pronto-socorro ou até que ocorra a necessidade de internação ou de realização de procedimentos típicos da internação, o que vier primeiro. Nesse momento, cessará a responsabilidade da Saúde BRB, que se obrigará a arcar tão-somente com os custos de remoção do paciente para a unidade do SUS mais próxima, caso o beneficiário faça tal opção.

Caso o beneficiário não esteja cumprindo prazos de carência, o prestador deverá empregar os esforços necessários e adequados ao caso, visando à recuperação da saúde do paciente.

Em todos os casos em que o procedimento realizado ou medicamento utilizado necessitem de autorização e não haja tempo hábil para tanto, ou seja necessário prestar atendimento fora do horário comercial, o beneficiário deverá ser atendido, sendo a devida autorização solicitada, impreterivelmente, nas primeiras 48 (quarenta e oito) horas subsequentes, sob pena de não custeio dos procedimentos não autorizados e de todos os seus insumos.

A solicitação deverá vir acompanhada de todos os documentos que comprovem não só a necessidade e indicação do procedimento, mas também demonstrem o caráter de urgência/emergência da intervenção. Os prazos para emissão de autorização serão os mesmos já descritos acima.

3.1.3.1.7 Prorrogação de internação

As autorizações de internação são emitidas com número determinado de dias de permanência em cada tipo de acomodação. Tais períodos entretanto poderão ser prorrogados mediante justificativa do médico assistente. Para tanto, o prestador deverá encaminhar a solicitação de prorrogação, acompanhada do relatório médico que justifique a permanência a maior, impreterivelmente até o primeiro dia útil subsequente ao último dia já autorizado. O descumprimento deste

prazo poderá acarretar, a critério da Saúde BRB, a não autorização da prorrogação. A não prorrogação implicará no não pagamento da diária referente, bem como de todos os insumos utilizados e procedimentos ocorridos naquela data.

3.1.3.1.8 Procedimentos não cobertos

Os seguintes procedimentos não são cobertos pela Saúde BRB, não sendo portanto custeados pelo plano:

I - Aplicações de medicamentos, exceto aqueles utilizados durante a internação ou realização de algum procedimento autorizado ou, ainda, durante os atendimentos em pronto-socorro, ressalvados os casos de autorização prévia (vide item 3.1.3);

II - Avaliações pedagógicas, psicoeducação e psicopedagogia;

III - Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;

IV - Cirurgias refrativas (PRK ou Lasik) que não se enquadrem no disposto na Diretriz de Utilização (DUT) do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS, salvo miopia a partir de 2,5 graus;

V - Consultas domiciliares;

VI - Despesas hospitalares extraordinárias, tais como: telefonemas, alimentação não prescrita no tratamento, lavagem de roupas, indenizações por danos etc.;

VII - Internações hospitalares para puérpera em condições clínicas de alta quando da manutenção da internação de recém-nascido patológico;

VIII - Enfermagem em caráter particular;

IX - Enfermagem em domicílio;

X - Fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde sem registro na ANVISA;

- XI - Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, conforme legislação vigente;
- XII - Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;
- XIII - Inseminação artificial, entendida como técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de oócitos e espermatozoides para alcançar a fertilização, por meio de injeções de espermatozoides intra-citoplasmáticas, transferência falopiana de gameta, doação de oócitos, indução de ovulação, concepção póstuma, recuperação espermática de transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas;
- XIV - Intervenções cirúrgicas plástico-cosméticas;
- XV - Lentes para correção de qualquer deficiência visual, exceto lentes intra-oculares nas cirurgias de facectomia;
- XVI - Meias, cintas, ataduras e calças elásticas;
- XVII - Objetos e produtos higiênicos e de uso pessoal;
- XVIII - Orientações vocacionais ou profissionais;
- XIX - Procedimentos assistenciais que exijam autorização prévia realizados à revelia da Saúde BRB e sem atendimento das condições previstas no Regulamento do Plano A-1;
- XX - Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;
- XXI - Procedimentos não constantes do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento;
- XXII - Exames psicotécnicos;
- XXIII - Reflexologia (psicotrón, neurotrón, hipnotrón etc.);
- XIV - Transplantes, à exceção dos de córnea e rim e daqueles listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;

XV - Tratamento clínico ou cirúrgico experimental, assim entendido aquele que emprega medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados/não regularizados no país; que seja considerado experimental pelo Conselho Federal de Medicina – CFM ou pelo Conselho Federal de Odontologia – CFO; ou não possui as indicações descritas na bula/manual registrado na ANVISA (uso off-label);

XVI - Tratamentos em clínicas de emagrecimento, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, clínicas para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;

XVII - Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;

XVIII - Tratamentos prescritos ou realizados por profissionais não habilitados;

XIX - Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;

XXX - Vacinas imunizantes e dessensibilizantes;

XXXI - Vaporizadores e umidificadores;

XXXII - Condicionamento físico não ligado à reabilitação cardiológica;

XXXIII - Avaliação clínica e laboratorial sem finalidade de diagnóstico ou tratamento (check-up);

XXXIV - procedimentos ambulatoriais solicitados no curso de exames pré-admissionais, demissionais e periódicos;

XXXV - Todo e qualquer procedimento realizado em desconformidade com as Diretrizes de Utilização da ANS;

3.1.3.2 Cancelamento ou alteração da autorização

Quando, por qualquer motivo, o procedimento autorizado não for realizado, o prestador de serviço ou o beneficiário deverá entrar em contato com a Saúde BRB, por e-mail ou fax, solicitando o cancelamento da autorização, para que não reste nenhum vínculo de atendimento entre o prestador de serviço e o beneficiário que possa vir a gerar futuros problemas em outros atendimentos.

Caso o atendimento se dê em desconformidade com a autorização emitida, seja por troca do prestador, seja por intercorrências que obriguem a realização de procedimento distinto, o prestador deverá encaminhar, via e-mail ou fax, a justificativa para a alteração.

Não será possível o cancelamento ou alteração das autorizações que possuam itens já faturados.

3.1.3.3 Prazos

A Saúde BRB seguirá os prazos determinados em Resolução Normativa da ANS, vigente à época do evento, para emissão e envio das autorizações dos atendimentos.

Os prazos serão contados a partir do recebimento, pela Saúde BRB, do último documento necessário à apreciação e autorização. O recebimento de documentação incompleta não enseja o início da contagem do prazo.

A autorização emitida pela Saúde BRB tem validade de 30 (trinta) dias corridos a contar de sua emissão. O procedimento deverá ser realizado, ou ao menos iniciado, no caso de tratamentos seriados, dentro desse período. Transcorrido o citado prazo, a autorização perderá sua validade e, caso o procedimento ainda vá ser realizado, será preciso emitir nova autorização, seguindo-se novamente todo o trâmite necessário.

3.2 Procedimentos negociados e que o prestador está apto a executar

A relação contratual entre a Saúde BRB e o prestador de serviço define explicitamente quais os procedimentos ou serviços que poderão ser executados por este às expensas da Saúde BRB; logo, quaisquer outros procedimentos ou serviços realizados em desacordo com o contrato firmado não serão custeados pela Saúde BRB.

Apenas em casos excepcionais, nos quais haja risco à vida do beneficiário, devidamente documentado e comprovado, e na impossibilidade de sua transferência, o prestador será autorizado a executar os serviços não contratados. Tais serviços serão custeados pela Saúde BRB conforme a tabela vigente com o prestador ou, na impossibilidade de fazê-lo, conforme preços praticados com outro prestador do mesmo porte, credenciado e habilitado para o serviço.

3.3 Auditoria técnica

A Saúde BRB se utiliza de todos os mecanismos de auditoria técnica preconizados. As análises técnicas se baseiam na melhor literatura disponível e na legislação vigente, levando em consideração a Medicina Baseada em Evidências, o custo/benefício e o custo/efetividade de cada procedimento, a prática usual e disseminada e o reconhecimento legal dos procedimentos e insumos pelos órgãos competentes.

A auditoria técnica da Saúde BRB visa à melhor atenção possível a cada um de seus pacientes dentro de custos suportáveis por todo o grupo de beneficiários assistidos.

3.3.1 Auditoria prévia

Todos os casos de internação, cirurgia, OPME, procedimentos complexos e/ou de alto custo são avaliados pela equipe de auditoria da Saúde BRB no momento da solicitação da autorização. Também as solicitações que fujam ao padrão preconizado, seja no tipo, na quantidade ou na frequência do item prescrito serão objeto de análise técnica.

À auditoria técnica da Saúde BRB cabe a apreciação da solicitação do profissional assistente. Tal avaliação se dará pela análise dos documentos pertinentes ao caso, como relatórios médicos, exames realizados, histórico de saúde do paciente etc. Se necessário, poderá ser realizado exame clínico do paciente pelo médico auditor. Este poderá ainda acionar o médico assistente e solicitar-lhe esclarecimentos sobre o caso em análise, por telefone, pessoalmente ou por escrito.

3.3.2 Auditoria concorrente

A Saúde BRB reserva-se o direito de acompanhar seus beneficiários no momento da realização do serviço autorizado, seja através de visitas periódicas aos pacientes internados, seja mediante acompanhamento do procedimento. Assim, eventualmente, os médicos e enfermeiros auditores poderão assistir a cirurgias e procedimentos, a seu critério.

Nos termos da Resolução CFM nº 1.614/2001 e Resolução COFEN nº 266/2001, os médicos e os enfermeiros auditores deverão ter livre acesso ao paciente e a toda a documentação pertinente ao caso, sendo dever do diretor clínico da instituição franquear-lhes tal acesso.

3.3.3 Auditoria de contas

Todas as cobranças são analisadas pela equipe de auditoria da Saúde BRB, que confronta as informações de cobrança com aquelas registradas nos documentos referentes ao atendimento prestado. Para tanto, o prestador deverá anexar à guia de cobrança toda a documentação pertinente e garantir à equipe de auditoria técnica livre acesso ao prontuário do paciente.

Caso haja alguma dúvida ou divergência na cobrança que não possa ser sanada durante o processo de auditoria pré-pagamento, o item ressalvado será glosado. No momento do recurso de glosa, o prestador poderá rediscutir o item que, se considerado pertinente, será recuperado.

3.4 Da Contingência

Para os casos em que seja necessária a adoção do Plano de Contingência, sendo as guias no padrão TISS emitidas em papel, a assinatura do beneficiário será parte integrante do preenchimento da guia de atendimento e terá dupla função de comprovação: atestar à Saúde BRB a validade da cobrança do atendimento e, ao beneficiário, a validade da cobrança de sua coparticipação. A ausência da assinatura do beneficiário atendido e/ou de seu representante legal acarretará a glosa de todo o pagamento vinculado àquela guia.

A Saúde BRB, no momento da auditoria das contas, poderá apreciar não só a aposição da assinatura, mas também sua veracidade.

4. DO FATURAMENTO

4.1 Preparação da cobrança

A preparação da cobrança se dá desde o primeiro atendimento ao beneficiário, mediante verificação de documentos de identificação, solicitação de autorização prévia, aposição de assinatura, tanto do beneficiário quanto do profissional etc. Antes de efetuar a cobrança, o prestador deverá verificar se todos os pré-requisitos foram atendidos durante a cadeia da assistência prestada. O atendimento realizado em desconformidade com quaisquer das normas contratualmente estabelecidas ou da legislação vigente poderá ensejar glosa.

4.1.1 Comprovação do atendimento

É de responsabilidade do prestador de serviço a guarda da documentação comprobatória do atendimento.

4.1.2 Comprovação Documental

Antes do efetivo pagamento, a Saúde BRB efetua auditoria das guias de atendimento cobradas, confrontando as informações fornecidas no momento da autorização, aquelas constantes nas guias de cobrança, os protocolos médicos

internacionais e as informações constantes nas documentações entregues pelos prestadores de serviços, que comprovam a necessidade da execução dos procedimentos. Para isto, o prestador de serviços deverá manter junto às guias de cobrança, para posterior envio à Saúde BRB, cópia de todos os documentos necessários para uma correta auditoria pré-pagamento.

4.2 Faturamento

4.2.1 Troca de Informação na Saúde Suplementar - TISS

A Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, responsável pela regulação de todas as operadoras de planos de saúde no país, implantou, desde o ano de 2007, um padrão único para comunicação entre as operadoras de saúde e os profissionais e entidades de saúde, denominado TISS – Troca de Informações em Saúde Suplementar.

O Padrão TISS prevê a troca de dados por meio eletrônico e obrigatoriamente na versão vigente à data de envio das informações.

Desta forma, o envio em papel do equivalente ao conteúdo trocado via eletrônica no Padrão TISS só será adotado nos casos em que haja interrupção temporária das trocas eletrônicas, obedecido o Plano de Contingência mencionado no item 3.4 e estabelecido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS em normativo específico.

4.2.2 Apresentação das Guias de Cobrança

As guias de cobrança seguem o Padrão TISS. A documentação complementar, quando houver necessidade, deverá ser entregue nas dependências da Saúde BRB para auditoria e pagamento, conforme cronograma anual definido pela operadora ao fim de cada ano. Essas guias e documentos devem obedecer às seguintes regras:

- I - As guias devem obedecer ao Padrão TISS;

II - As guias devem obrigatoriamente estar assinadas pelo beneficiário ou por seu responsável, quando observada a situação descrita no item 3.4;

III - Deverão ser entregues os laudos respectivos de comprovação da realização do procedimento nos casos em que se aplica, como por exemplo: uso de OPME, cirurgia ambulatorial, exames de imagem, histopatologia, entre outros.

No envio do arquivo eletrônico, o prestador de serviço receberá um número de protocolo que identificará de forma única aquele lote, para seu acompanhamento do processo de auditoria e pagamento.

Deverão ser entregues, junto à documentação complementar de cobrança, as informações referentes aos partos normais, partos cesárea, atendimentos aos recém nascidos em sala de parto, nascidos vivos prematuros, nascidos vivos a termo e natimortos, em cumprimento à Resolução ANS RDC nº 85, de 24/09/2001, ou outra que venha a substituí-la.

O prazo para a entrega da documentação complementar de cobrança é de no máximo 60 (sessenta) dias corridos a contar da data do término do atendimento ou, no caso de internação, da data da alta hospitalar. Nos casos de internação prolongada, as contas médico-hospitalares deverão ser fechadas parcialmente, a cada 30 (trinta) dias corridos, e encaminhadas na data prevista do faturamento, acompanhadas de toda a documentação de atendimento pertinente ao período faturado.

A entrega das faturas e da nota fiscal fora da data prevista acarretará o adiamento do pagamento para o mês seguinte.

O horário para entrega das faturas e da nota fiscal é das 8 às 17 horas.

Os arquivos XML, do padrão TISS, deverão ser enviados pelos prestadores de serviços por meio do sistema próprio (Webplan) disponível no sítio da Saúde BRB na Internet.

4.2.3 Entrega das notas fiscais

A fim de evitar cancelamento e troca de notas fiscais, gerando embaraços com o Fisco, o prestador de serviço não deverá entregar as notas juntamente com documentação complementar de cobrança, pois os valores a serem pagos poderão ser diferentes daqueles inicialmente cobrados em virtude do processo de auditoria.

Após a entrega da documentação complementar de cobrança, a Saúde BRB tem até 60 (sessenta) dias para auditoria e pagamento, prazo esse que poderá ser estendido caso o prestador não apresente todos os documentos necessários para a efetiva análise da conta. Assim, o prestador deverá acessar o Webplan no sítio da Saúde BRB, conforme item 1.1 destas instruções, para obter informações sobre o valor da nota fiscal, demonstrativo de pagamento e relatório de glosas.

Após a entrega da nota fiscal adequadamente preenchida, o pagamento será efetivamente depositado na conta corrente do credenciado.

No corpo da Nota Fiscal deverão constar os seguintes dados:

- a) Tomador: Saúde BRB – Caixa de Assistência;
- b) Endereço: SRTVS Centro Empresarial Assis Chateaubriand Q. 701 Bloco 01 Térreo 2 loja 82;
- c) Cidade: Brasília;
- d) Estado: DF;
- e) CNPJ: 04.859.814/0001-37;
- f) Data da Emissão: data informada no cronograma previsto.

4.3 Recurso de glosa

O processo de recurso de glosas segue o Padrão TISS.

Eventuais divergências sobre valores glosados serão discutidos em sede de revisão de glosa, para não prejudicar o processo de pagamento dos débitos reconhecidos pela Saúde BRB.

Após o pagamento, a Saúde BRB disponibilizará demonstrativo do qual constarão os itens sobre os quais tenha havido divergência, os valores glosados e os motivos alegados. Havendo discordância, o prestador poderá recorrer, oferecendo contra-argumentação que justifique a cobrança e apresentando documentos que possam auxiliar na comprovação e solução do impasse.

O prestador de serviço tem até 60 (sessenta) dias após o pagamento das guias para apresentar o recurso de glosas. A não propositura do recurso nesse prazo implicará em acatamento da glosa, que se tornará definitiva. Em hipótese alguma será apreciado o recurso de glosa interposto intempestivamente.

Recebido o recurso dentro do prazo, a Saúde BRB procederá a sua análise e, concordando com as alegações apresentadas, efetuará o pagamento do valor acatado, no prazo de 60 (sessenta) dias. Estabelecido o consenso, o prestador de serviço emitirá nota fiscal pelo valor apurado, que deverá ser entregue dentro do cronograma anual da Saúde BRB para pagamento.

Somente poderá existir um único recurso por cada glosa emitida. Uma vez analisada aquela glosa, o prestador de serviço não poderá recorrer novamente sobre o mesmo item glosado.

5 CONVÊNIOS DE RECIPROCIDADE

Operadora	Sítio na Internet	Área de Abrangência
 BANESCAIXA caixa de assistência dos empregados do SFB	BANESCAIXA http://www.banescaixa.com.br	Espírito Santo
 Camed Quem tem, vive melhor	CAMED http://www.camed.com.br/	Região Nordeste
 cabesp	CABESP http://www.cabesp.com.br/	São Paulo
 Caberj SAÚDE	CABERJ http://www.caberj.com.br/	Rio de Janeiro
 CASF	CASF http://www.casf.com.br	Região Norte, Mato Grosso e Mato Grosso do Sul
 Fundação Saúde Itaú	Fundação Saúde Itaú https://www.planosaudeitau.com.br/	Goiás, Minas Gerais, Paraná e Tocantins
 AMMA SAÚDE ASSOCIAÇÃO MINEIRA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO MINISTÉRIO DO MINISTÉRIO PÚBLICO	Associação Mineira de Assistência à Saúde dos Membros do Ministério Público http://www.ammpsaude.org.br	Minas Gerais

6 GLOSSÁRIO

Adjuvantes	Medicamentos empregados de forma associada aos quimioterápicos citostáticos com a finalidade de intensificar desempenho ou de atuar de forma sinérgica ao tratamento
Alojamento conjunto	Modalidade de acomodação do recém-nascido normal em berço contíguo ao leito da mãe.
Alta	Ato médico que determina o encerramento da modalidade de assistência que vinha sendo prestada ao doente até o momento, por cura, por melhora, inalteração, a pedido, por transferência ou por óbito. O paciente poderá, caso necessário, receber outra modalidade de assistência, seja no mesmo estabelecimento, em outro ou no próprio domicílio.
Alvará	Documento expedido pelas autoridades municipais que autoriza a execução de certas obras particulares sujeitas à fiscalização.
Ambulatório	Local onde se presta assistência a pacientes em regime de não internação.
Assistência Ambulatorial	Modalidade de atendimento realizada pelo pessoal de saúde a pacientes no ambulatório, em regime de não internação.
Assistência domiciliar	Modalidade de atendimento realizada pelo pessoal de saúde no domicílio do paciente.
Assistência de enfermagem	Atendimento realizado pela equipe de enfermagem na promoção e proteção da saúde e na recuperação e reabilitação de doentes.
Assistência médica	Modalidade de atuação realizada pelo médico na promoção e proteção e na recuperação e reabilitação de doentes.
Assistência médica permanente	Assistência médica com periodicidade diária.
Atendimento de emergência	Constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo portanto, tratamento médico imediato.
Atendimento de urgência	Ocorrência prevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata.
Berço (de maternidade)	Cama destinada ao recém-nascido sadio nascido no hospital.
Centro cirúrgico (unidade)	Conjunto de elementos destinados às atividades cirúrgicas, bem como a recuperação pós-anestésica e pós-operatória imediata.
Centro obstétrico (unidade)	Conjunto de elementos destinados ao trabalho de parto, parto e os primeiros cuidados com o recém nascido.
Consulta	Modalidade de assistência na qual elementos da equipe de saúde de

	nível superior interagem com o usuário para fins de exame, diagnóstico, tratamento e/ou orientação.
Dependência química	Desejo compulsivo, uso ou ingestão de substâncias psicoativas que levem a síndromes de dependência orgânica e/ou psíquica com graves desequilíbrios na harmonia psicossocial do indivíduo e redução da capacidade laboral.
Emergência	Atendimentos prestados nos casos que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.
Hospital	Estabelecimento de saúde destinado a prestar assistência à saúde em regime de internação.
Hospital de grande porte	Hospital com capacidade instalada de 151 a 500 leitos.
Hospital de médio porte	Hospital com capacidade instalada 51 a 150 leitos.
Hospital de pequeno porte	Hospital com capacidade instalada de até 50 leitos.
Hospital de porte especial	Hospital com capacidade instalada acima de 500 leitos.
Hospital dia	Modalidade de assistência na qual o doente utiliza, com regularidade, os serviços e o leito hospitalar apenas durante o período diurno.
Hospital-dia para tratamento de transtornos mentais	Recurso intermediário entre o ambulatório e a internação, o qual deve desenvolver programas de atenção e cuidados intensivos por equipe multiprofissional, visando a substituir a internação convencional.
Hospital especializado	Hospital destinado a prestar assistência à saúde em uma ou em um grupo de especialidades.
Hospital filantrópico	Hospital privado que reserva para a população carente serviços gratuitos, respeitando a legislação em vigor. Não remunera os membros de sua diretoria nem seus órgãos consultivos, e os resultados financeiros revertem-se exclusivamente para a manutenção da instalação.
Hospital geral	Hospital destinado a prestar assistência à saúde nas quatro especialidades básicas.
Hospital privado ou particular	Hospital que emprega o patrimônio de uma pessoa física ou jurídica de direito privado, não instituída pelo Poder Público.
Hospital público	Hospital que integra patrimônio da União, Estados, Distrito Federal e/ou Municípios (pessoas jurídicas de direito público interno), autarquias, fundações, instituídas pelo Poder Público, empresas públicas e sociedades de economia mista.

Hospital secundário	Hospital geral ou especializado destinado a prestar assistência à saúde nas especialidades médicas básicas.
Hospital terciário	Hospital especializado ou com especialidades destinadas a prestar assistência à saúde em outras especialidades médias além das básicas.
Imperícia	Falta de conhecimentos teóricos/técnicos para a prática de determinado ato médico, podendo vir a causar danos à saúde do paciente.
Incidência	Número de casos novos (doenças ou outros fatos) que ocorrem em uma comunidade em determinado período, dando uma ideia dinâmica do desenvolvimento do fenômeno.
Internação	Admissão de um paciente para ocupar um leito hospitalar por período igual ou superior a 24 horas.
Leito de observação	Leito destinado a acomodar os pacientes que necessitem ficar sob supervisão médica ou de enfermagem para fins de diagnóstico ou de terapêutica durante um período inferior a 24 horas.
Leito hospitalar	Cama destinada a um paciente internado no hospital.
Negligência	Omissão do profissional de saúde que venha a causar danos ao paciente; falta de agir quando isso seria imperioso para salvaguardar a saúde do paciente.
Níveis de complexidade	Limites utilizados para hierarquizar os estabelecimentos do sistema de saúde, segundo a disponibilidade de recursos, a diversificação de atividades prestadas e sua frequência.
Órtese	Qualquer material permanente ou transitório que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido. É considerada ligada ao ato cirúrgico a órtese cuja colocação, implante e/ou remoção requeiram a realização de ato cirúrgico.
Pacotes	São agrupadores de procedimentos em um único código, com o objetivo de facilitar o pagamento e a auditoria de procedimentos específicos e normalmente padronizados. Podem ser integrais, englobando todos os itens normalmente empregados naquele procedimento, ou parciais, incluindo apenas alguns itens e permitindo a cobrança em separado de outros.
Pronto atendimento	Conjunto de elementos destinados a atender urgências dentro do horário de serviço do estabelecimento de saúde.
Pós-operatório imediato	Primeiras 24 (vinte e quatro) horas após o procedimento cirúrgico

Pronto-socorro	Estabelecimento de saúde destinado a prestar assistência a doentes, com ou sem risco de vida, cujos agravos à saúde necessitam de atendimento imediato. Funciona durante as 24 horas do dia e dispõe apenas de leitos de observação.
Prontuário médico	Documento legal, constituído de formulários padronizados ordenados, destinados ao registro da assistência prestada ao paciente pelos profissionais de saúde de qualquer nível ou profissão, dentro de uma instituição de saúde pública ou privada.
Prótese	Qualquer material permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido. É considerada ligada ao ato cirúrgico a prótese cuja colocação, implante e/ou remoção requeira a realização de ato cirúrgico.
Quimioterapia oncológica ambulatorial	Administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento de adjuvantes que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica necessitem, conforme prescrição do médico assistente, ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro do estabelecimento de saúde.
Serviço de apoio diagnóstico e tratamento (SADT):	Conjunto de unidades onde se realizam atividades que complementam o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação de pacientes.
Tratamento intensivo (unidade):	Conjunto de elementos destinados à acomodação de pacientes que exigem assistência médica e de enfermagem ininterruptas, além da utilização de equipamentos especializados.
Urgência:	Atendimentos prestados nos casos de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.

Obs.: Extraído da publicação REGIMENTO E NORMAS DE FISCALIZAÇÃO do Conselho Regional de Medicina do Distrito Federal.