



Manual do Credenciado da Segmentação Médico-Hospitalar

Guia de Orientações Técnicas e Administrativas

APRESENTAÇÃO

A **INTERCLÍNICAS** -DO BRASIL ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA é uma operadora de planos de saúde, na modalidade de assistência médica.

Neste **MANUAL**, que é parte integrante do contrato de prestação de serviços firmado entre a **INTERCLÍNICAS** e o estabelecimento credenciado, são apresentadas informações gerais sobre o Plano e um conjunto de normas e procedimentos a serem adotados, servindo como guia no que se refere aos aspectos operacionais da relação entre a **INTERCLÍNICAS** e a **REDE CREDENCIADA**.

Periodicamente, de acordo com a necessidade, poderão ser emitidos comunicados e circulares de caráter substitutivo ou complementar, que serão considerados parte integrante deste **MANUAL**.

Em caso de dúvidas, entre em contato com a Gerência Regional ou ligue para a nossa **ÁREA DE LIBERAÇÃO DE SENHAS**.

Central de Liberação de Senhas (Autorizações)

Disque 0800 580 4565

Através do autorizador pelo web site

www.interclinicas.org

De segunda a sexta, das 7h às 19h

ÍNDICE

Identificação dos Beneficiários	3
Eventos não cobertos.....	4
Rede Credenciada.....	5
Senhas (autorizações prévias).....	6
Perícias Médicas.....	8
Informações Gerais.....	9
Consultas Médicas.....	9
Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia (SADT).....	10
Atendimento de Urgência/Emergência.....	10
Fisioterapia e Acupuntura.....	11
Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional, Psicoterapia e Nutrição.....	11
Hemoterapia.....	11
Quimioterapia e Radioterapia.....	12
Internação de Urgência e Emergência.....	12
Internação Eletiva.....	13
Órteses, Próteses e Materiais Cirúrgicos Especiais de Alto Custo – OPME.....	13
Remoção.....	23
Faturamento e Cobrança.....	23
Pagamento.....	25
Observações Importantes.....	26
Guias e Outros Formulários Utilizados.....	26

NORMAS E PROCEDIMENTOS

I – IDENTIFICAÇÃO DOS BENEFICIÁRIOS

A identificação dos beneficiários e sua elegibilidade para o atendimento são determinadas, obrigatoriamente, pela apresentação do Cartão de Identificação do Plano – conforme modelo a seguir – acompanhado de um documento de identidade do beneficiário. Conforme detalhado mais adiante, o credenciado poderá adicionalmente validar a elegibilidade do beneficiário por meio de consulta ao [site www.interclinicas.org](http://www.interclinicas.org)

IMPORTANTE

Os cartões de Identificação do Plano sempre apresentam a logomarca da INTERCLÍNICAS na frente do documento

Os Cartões de Identificação do Plano apresentam todos os dados necessários para a verificação da rede permitida, plano e demais informações necessárias para o preenchimento das guias de cobrança pelo credenciado, conforme abaixo:

- Nome do beneficiário;
- Matrícula do beneficiário;
- Tipo de acomodação a que o beneficiário tem direito;
- Data de nascimento do beneficiário;
- Data de vínculo do beneficiário ao plano;
- Nome do plano;
- Registro definitivo da INTERCLÍNICAS como operadora de planos de saúde junto à ANS.

Os pagamentos referentes a atendimentos indevidos, a usuários inelegíveis ou em cumprimento de prazos de carência, não serão efetivados pela INTERCLÍNICAS, salvo nos casos em que o beneficiário esteja de posse de autorização especial da INTERCLÍNICAS.

É de responsabilidade do credenciado a checagem da identificação e documento de identidade, bem como a verificação da modalidade e do plano ao qual o beneficiário está vinculado. A elegibilidade do beneficiário poderá também ser obtida no [site](http://www.interclinicas.org) da INTERCLÍNICAS.



II – EVENTOS NÃO COBERTOS

Em conformidade com o que prevê a Lei nº 9.656/1998, as Resoluções do CONSU, e respeitando-se as coberturas mínimas obrigatórias previstas na citada Lei e no Rol de

Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, estão excluídos da cobertura do PLANO os eventos e despesas decorrentes de atendimentos, serviços ou procedimentos não descritos expressamente no Regulamento e os provenientes de:

- 1) Tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais não previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- 2) Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim, conforme assim definido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, independente da existência de indicação médica;
- 3) Cirurgia plástica estética de qualquer natureza;
- 4) Inseminação artificial, conforme assim definido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- 5) Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética, assim como em spas, clínicas de repouso e estâncias hidrominerais;
- 6) Tratamentos em estabelecimentos para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;
- 7) Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico, conforme assim definido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- 8) Fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados, conforme assim definido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- 9) Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, conforme assim definido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- 10) Fornecimento de medicamentos prescritos durante a internação hospitalar cuja eficácia e/ou efetividade tenham sido reprovadas pela Comissão de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde – CITEC;
- 11) Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico e legal, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- 12) Procedimentos médico-hospitalares decorrentes de casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- 13) Procedimentos odontológicos, com exceção dos eventos buco-maxilares e aqueles que, por imperativo clínico, necessitem de internação hospitalar;
- 14) Os tipos de remoção não previstos no regulamento do plano de saúde do beneficiário, disponível no *site*
- 15) Despesas extraordinárias quando da internação, responsável, não revistas no regulamento do plano de saúde do beneficiário, disponível no *site*, tais como refrigerantes, cigarros, revistas, telefonemas interurbanos, lavagem de roupas, dentre outras, não relacionados ao tratamento, que devem ser cobradas diretamente ao paciente;
- 16) Acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital ao acompanhante do BENEFICIÁRIO, salvo nas situações previstas no regulamento do plano de saúde do beneficiário, disponível no *site*, ou seja, para menores de 18 anos, maiores de 60 anos, parturientes/gestantes e portadores de necessidades especiais;
- 17) Enfermagem em caráter particular seja em âmbito hospitalar ou domiciliar;
- 18) Terapias alternativas em saúde, bem como outras não previstas no Regulamento;
- 19) Transplantes, exceto os de córnea, rins e de medula óssea. Nos planos de abrangência geográfica nacional, há cobertura também para coração, fígado, pulmão, para titulares e dependentes naturais;
- 20) Despesas médico-hospitalares referentes à exames periódicos;

- 21) Despesas médicas, laboratoriais e hospitalares, de qualquer natureza, realizadas antes do cumprimento das carências e/ou da efetivação da inscrição no Plano;
- 22) Despesas médicas, laboratoriais e hospitalares, de qualquer natureza, efetuadas em prestadores de serviços localizados fora dos limites de abrangência de cobertura geográfica do plano;
- 23) Procedimentos diagnósticos e terapêuticos não previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento e suas atualizações;
- 24) Procedimentos médico-hospitalar realizados fora da rede credenciada, sendo admitido Reembolso na forma e situações previstas no regulamento do plano de saúde do beneficiário, disponível no site;
- 25) Aplicação de vacinas preventivas e hipossensibilizantes;
- 26) Necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;
- 27) Aparelhos ortopédicos, com exceção dos inerentes e ligados ao ato cirúrgico;
- 28) Aluguel de equipamentos hospitalares e similares;
- 29) Consulta, tratamento ou outro procedimento concernentes a especialidades médicas não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;
- 30) Procedimentos assistenciais que exijam autorização prévia, realizados à revelia da INTERCLINICAS sem atendimento às condições previstas neste Regulamento;
- 31) Atendimentos prestados antes do início da vigência ou do cumprimento das carências, respeitadas as demais condições previstas no regulamento do plano de saúde do beneficiário, disponível no *site*;
- 32) Estada de paciente ou acompanhante em hotel, pensão ou similares;
- 33) Cirurgia para mudança de sexo;
- 34) Avaliação pedagógica;
- 35) Orientações vocacionais;
- 36) Investigação de paternidade, maternidade ou consanguinidade.
- 37) Qualquer tipo de atendimento domiciliar, mesmo em caráter de urgência e emergência.

III – REDE CREDENCIADA

Efetuada o credenciamento, o prestador é cadastrado na INTERCLINICAS, sendo o código de identificação cadastral junto aos Planos, seu CPF ou CNPJ.

Os prestadores conveniados são incluídos em uma lista de credenciados que contém os seus dados profissionais [nome, endereço(s), telefone(s) e especialidade(s)] e que é disponibilizada aos beneficiários. A fim de manter atualizadas as informações cadastrais, para correta identificação dos prestadores, é necessário que os credenciados informem qualquer alteração ocorrida nas condições de atendimento.

O credenciado somente poderá atender dentro da(s) especialidade(s), procedimento(s) e o(s) plano(s) para o(s) qual(is) foi cadastrado.

Os prestadores credenciados como “Pessoa Jurídica” somente poderão atender com os serviços acordados contratualmente.

Serviços não constantes das tabelas acordadas devem, obrigatoriamente constar de acordo com a autorização de atendimento, sem os quais a INTERCLÍNICAS não se responsabilizará pelo pagamento.

IV – SENHAS/ AUTORIZAÇÕES PRÉVIAS

As senhas para realização de exames e atendimentos de emergência devem ser solicitadas preferencialmente pelo Credenciado ou pelo Médico Assistente, através da **ÁREA DE LIBERAÇÃO DE SENHAS (ALS)**, por meio do telefone **0800 580 4565**, ou pelo autorizador web em **www.interclinicas.org**, para **exames, tratamentos seriados, pequenos procedimentos e internações clínicas ou cirúrgicas de emergência**.

Para solicitação de **Cirurgias Eletivas**, deverá ser encaminhado ao respectivo escritório regional ou local da INTERCLINICAS, através de *e-mail informado nas últimas páginas deste manual*, o pedido do Médico Assistente por meio da Guia TISS, devidamente preenchida e o(s) laudo(s) de exame(s) comprobatório(s), conforme abaixo:

A INTERCLINICAS vem definindo protocolos de documentos e exames necessários de serem enviados junto com a solicitação da Cirurgia Eletiva visando agilizar a análise. O credenciado deverá acessar estes protocolos através do Portal da INTERCLINICAS, na área exclusiva do credenciado.

As senhas de autorização devem ser obtidas pelo próprio médico credenciado, junto ao atendimento do paciente. No processo, o próprio médico ou a secretária, através da Central de Atendimento e Regulação Especializada, antes da liberação do paciente, permitindo que quaisquer dúvidas sejam sanadas entre a equipe de regulação médica da INTERCLINICAS e o credenciado, sendo a senha registrada no próprio pedido médico a ser fornecido ao paciente.

Para a solicitação de senha serão necessários os seguintes dados:

Número da matrícula do beneficiário; idade ou data de nascimento do paciente; CPF do médico solicitante; evento(s) solicitado(s) com o(s) respectivo(s) código(s) da TUISS; quadro clínico que justifique a realização do evento solicitado e nome ou CNPJ ou CPF do credenciado responsável pela realização do procedimento. E, no caso de internação, é necessária também a quantidade de diárias.

Conforme determinação da ANS, a INTERCLINICAS utiliza códigos e nomenclaturas de Procedimentos da tabela TUISS para autorizações bem como para faturamento das contas médicas.

Procedimentos que Necessitam de Autorização (Senha) Prévia

<u>Diagnóstico por Imagem</u> • Angiografia: todos os tipos (arteriografia, aortografia, flebografia, linfografia, hemangiografia etc.); pneumoencefalografia; ventriculografia e cisternografia • Exames em Neuro-Radiologia (arteriografia cerebral, angiografias de carótidas etc.); • Doppler; • Ecocardiografias; • Medicina Nuclear <i>in vivo</i> (cintilografias); • Estudo hemodinâmico (cateterismo cardíaco de todos os tipos). Estudos e exames dinâmicos (Urodinâmica); • Tomografia computadorizada; • Ressonância Nuclear Magnética • Pet Scan <u>Escopias Diagnósticas e Cirúrgicas</u> • Todas as “escopias” diagnósticas e cirúrgicas, envolvendo também a vídeoendoscopia: endoscopia digestiva alta, colonoscopia, laringo e broncoscopia, peniscopia, histeroscopia, laparoscopia, artroscopia etc.	<u>Hemoterapia</u> Transfusões de sangue e hemoderivados. <u>Neurofisiologia</u> • Mapeamento cerebral de todos os tipos; • Polissonografia e Potencial Evocado; • Demais procedimentos em Neurofisiologia Clínica. <u>Oftalmologia</u> • Paquimetria; • Cirurgia Refrativa; <u>Urologia</u> • Urodinâmica. <u>Outros</u> • Bioimpedância; • Biópsias e Punções.	<u>Terapias</u> • Acupuntura; • Fisioterapia; • Fonoaudiologia; • Terapia ocupacional; • Nutrição; • Litotripsia: todos os tipos • Escleroterapia de membros; • Quimioterapia, radioterapia ou braquiterapia; • Câmara hiperbárica; • Diálise peritonial e hemodiálise; • Psicoterapia de crise. <u>Procedimentos em Imagem</u> • Duplex scan; • Radiologia Intervencionista; • Hemodinâmica cirúrgica (angioplastia e outros); • Radiocirurgia estereotáxica. <u>Cardiologia</u> • Ecocardiograma;
--	---	---

Demais Procedimentos e Situações que Necessitam de Autorização Prévia

- Exames/Terapias ou quaisquer procedimentos ambulatoriais realizados com anestesia ou que envolvam auxiliares;
- Uso de materiais especiais de alto custo (OPME), em regime ambulatorial ou em internação;
- Procedimentos Médicos não constantes no Rol de procedimentos da ANS;
- Novos procedimentos não previstos contratualmente;
- Internações (inclusive *Day hospital*, psiquiátricas, dependência química e *home care*), prorrogações, uso de quimioterápicos e materiais especiais;
- Remoções eletivas e de urgência/emergência (estas últimas com comunicação *a posteriori*).

OBS.: É imprescindível que o médico assistente informe a indicação clínica de forma legível, em receituário próprio ou nas guias TISS da INTERCLÍNICAS .

A validade de cada senha é de 60 (sessenta) dias, contados a partir da sua emissão. Os procedimentos realizados após o vencimento deste prazo serão glosados.

A regulação prévia de acesso aos serviços é efetuada pela autorização médica dos procedimentos baseada nos protocolos clínicos, diretrizes do conselho federal de medicina

baseada em evidências, código de ética médica, e consensos das especialidades médicas, não sendo utilizado o critério de negativa por valor do procedimento.

Processo de Solicitação de Autorização para Realização de Serviço

O credenciado, antes de solicitar a autorização, deve verificar no *site* da INTERCLINICAS se existem pré-requisitos atrelados ao evento. Quando estiver com a documentação completa, deve enviá-la para o escritório regional de sua Unidade da Federação.

Para atendimentos de urgência/emergência, o prestador tem até 48 (quarenta e oito) horas após a realização do atendimento para solicitar a autorização e enviar os documentos necessários. Nos casos em que o credenciado não enviar esta documentação, o pagamento será glosado.

As órteses, próteses e materiais especiais (OPME) requerem autorização específica concomitante com a solicitação de procedimento. A documentação enviada é tecnicamente avaliada pela Auditoria Médica da INTERCLINICAS e posteriormente é encaminhada para a área de Compras. São necessários até 5 (cinco) dias úteis para avaliação, cotação, compra e fornecimento da OPME.

O material solicitado deverá estar codificado com base a tabela referencial acordada (SIMPRO ou BRASÍNDICE). Caso o material não conste na tabela acordada, o credenciado deverá acessar o site da INTERCLINICAS, para verificar o código que deverá ser usado. Com o fim da Consulta Pública nº 43, por meio da qual a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) aceitou sugestões para o Padrão TISS no período de 07/06 a 05/08/2011, a adoção obrigatória da TUSS de materiais e OPME é iminente. A partir da data, a ser instituída por meio de Resolução Normativa (RN), na qual o uso da mencionada edição da TUSS será obrigatório, os códigos e nomenclaturas de materiais que passarão a ser utilizados, serão os definidos pela ANS e não mais os do SIMPRO e/ou BRASÍNDICE.

Caso o credenciado não apresente a documentação estabelecida no pré-requisito, a solicitação será devolvida para complementação.

V – PERÍCIAS MÉDICAS

Poderão ser requisitadas perícias prévias para quaisquer procedimentos, a critério da INTERCLINICAS, junto ao pedido de autorização prévia, especialmente nos casos de:

- Cirurgias plásticas reparadoras;
- Procedimentos dermatológicos;
- Cirurgias ortopédicas, neurológicas, cardíacas ou vasculares com requisição de OPME;
- Cirurgias bucomaxilofaciais;
- Cirurgias para tratamento da obesidade mórbida;
- Cirurgias de varizes de membros inferiores.

Eventualmente, a critério da INTERCLINICAS, as perícias poderão ser substituídas por laudos detalhados ou documentação fotográfica.

VI - INFORMAÇÕES GERAIS

As guias da INTERCLINICAS impressas pelo site seguem o padrão TISS estabelecido pela ANS, apresentam logomarca própria da INTERCLINICAS e não possuem numeração sequencial, o que permite o *download* do modelo e a impressão direta pelo credenciado em www.interclinicas.org , de quantas guias forem necessárias para envio das cobranças de atendimentos. Ou geradas automaticamente pelo autorizador web seguindo os mesmos critérios e numeradas.

O preenchimento do campo com o código da 10ª edição da “CID – CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE DOENÇAS” é desejável em todas as guias e obrigatório nas Guias de Resumo de Internação, Solicitação de Internação e Guia de Honorários Individuais. É também obrigatória, a transcrição, em campos próprios na guia, do CRM do médico assistente, bem como a identificação deste médico junto à sua assinatura em local próprio. Conforme padrão TISS, os campos sombreados em cinza são os únicos de preenchimento facultativo. Entretanto, existem campos cujo preenchimento é de extrema importância para correta análise das cobranças por parte da INTERCLINICAS:

campo CBOS para consultas médicas cobradas na “Guia de Consulta” ou na “Guia de SP/SADT”;
campos de valores unitários e totais.

As guias devem ser encaminhadas em uma única via para cobrança, cabendo ao credenciado manter, ao seu critério, cópia da guia ou comprovação do atendimento para suporte em casos de eventual extravio e/ou auditoria. Ao realizar o faturamento em papel (guias impressas), continua obrigatório o envio de nota fiscal . e arquivos XML.

VII - CONSULTAS MÉDICAS

As consultas médicas, em consultório, ambulatorios ou pronto-socorros, não estão sujeitas à autorização prévia.

Com exceção de Pediatria, as consultas médicas das demais especialidades realizadas em período inferior a 15 (quinze) dias, somente serão consideradas para fins de pagamento mediante justificativa comprovada ou descrita no campo “OBSERVAÇÃO” dos formulários, ou anexa à cobrança.

As consultas serão cobradas por meio da “GUIA DE CONSULTAS” ou ainda da “GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT” nos casos de consultas de pronto-socorro e naquelas em que outros procedimentos forem realizados adicionalmente, modelos disponíveis para *download* e impressão direta no *site*. Havendo necessidade de realização de outros procedimentos, de pequena complexidade durante a consulta, o credenciado deverá utilizar-se alternativamente do formulário “GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT”. Consultas de urgência quando realizadas em horários extraordinários devem também ser cobradas por esta Guia.

Em caso de necessidade de procedimento sujeito à autorização prévia, o próprio credenciado requisitante poderá solicitá-lo Área de Liberação de Senhas (ALS), no ato do atendimento, e solicitada pelo fone 0800 580 4565 ou emitida pelo autorizador web.

Eventualmente, a solicitação de um procedimento ou serviço pode exigir análise médica mais detalhada, sendo nestes casos a autorização comunicada posteriormente pela INTERCLINICAS, por meio de *e-mail* ou contato telefônico, contendo a senha de autorização. Em todos os

casos, a senha concedida será sempre disponibilizada ao credenciado para consulta, por meio do *site autorizador web no site da INTERCLÍNICAS*

VIII - SERVIÇOS PROFISSIONAIS / SERVIÇOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA (SP/SADT)

Para procedimentos complementares, deverá ser preenchida a **GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL/SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA – SP/SADT**

Para a cobrança de serviços complementares, além da autorização prévia eventual, **há a necessidade da apresentação de solicitação médica**, anexada à guia de cobrança.

Se o pedido médico para o(s) procedimento(s) a ser(em) realizado(s), estiver emitido em receituário próprio ou em papel timbrado (em caso de clínica ou hospital), este deverá ser anexado à GUIA, em substituição ao preenchimento do campo “INDICAÇÃO CLÍNICA”.

Não serão aceitas, sob hipótese alguma, requisições de procedimentos em formulários pré-impressos, ou seja, aqueles onde são apenas assinalados os serviços a serem executados (semelhantes a volantes de loteria ou *check list*).
Em caso de envio desses formulários, os valores correspondentes serão glosados.

Caso sejam necessários mais campos além daqueles previstos na “Guia de SP/SADT”, para discriminar todos os procedimentos realizados, deverão ser utilizadas, anexas, quantas “Guias de Outras Despesas”, também do padrão TISS, forem necessárias.

Cobranças de procedimentos com múltiplas sessões, como inalações, psicoterapias, fonoaudioterapias, fisioterapias ou acupuntura, podem ser faturados em guias únicas, apresentando **em campos próprios da “Guia de SP/SADT”**, detalhamento de data e hora de cada sessão, bem como a assinatura individual do beneficiário.

Para os **serviços complementares de diagnose de alto custo e/ou alta frequência e as terapias**, há a necessidade de solicitação de senha prévia junto à **Área de Liberação de Senhas (ALS)**.

Os prestadores de serviços credenciados para SADT devem sempre registrar em campo próprio, nos formulários de cobrança dos serviços, o CRM do médico solicitante do procedimento, em compatibilidade ao pedido anexo.

IX - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

As cobranças de atendimento de urgência ou emergência só podem ser realizadas por recursos credenciados para este fim, podendo ser faturadas por meio da GUIA DE SERVIÇOS PROFISSIONAIS/ SADT.

Nos casos de atendimentos de urgência e emergência, conforme disposto em regulamentação própria da Lei nº 9.656/98 (Resoluções CONSU 8 e 13), embora não seja obrigatória, é facultada ao credenciado a solicitação de autorização prévia para os procedimentos necessários e executados nas primeiras horas de assistência dentro da unidade de Pronto Socorro ou Pronto Atendimento. Nos casos em que o credenciado optar por não solicitar senha prévia para procedimentos listados na página 9 (nove) deste manual e realizados em caráter de urgência e emergência, a INTERCLINICAS procederá à análise dos mesmos, baseada na documentação enviada junto com a cobrança.

X- FISIOTERAPIA E ACUPUNTURA

As sessões de fisioterapia e de acupuntura estão sujeitas à autorização prévia, mediante laudo justificativo e plano de tratamento, sendo que para suas respectivas cobranças deve ser utilizada a “GUIA DE SP/SADT”, registrando-se sempre a senha de autorização prévia do evento já obtida por telefone/internet.

A INTERCLINICAS acata cobranças de acupuntura enviadas por médicos credenciados como Pessoa Física. Cobranças de acupuntura enviadas por credenciados como Pessoa Jurídica, somente em casos excepcionais e desde que o estabelecimento possua registro no CNES e/ou um Diretor Técnico Médico. Da mesma forma, a INTERCLINICAS acata cobranças de fisioterapias enviadas por médicos fisiatras credenciados como Pessoa Física. Cobranças de fisioterapias enviadas por credenciados como Pessoa Jurídica, desde que o estabelecimento possua registro no CNES e/ou um Diretor Técnico Médico. O valor estipulado da sessão de acupuntura já inclui as agulhas descartáveis independente da quantidade utilizada.

XI – FONOAUDIOLOGIA, TERAPIA OCUPACIONAL, PSICOTERAPIA E NUTRIÇÃO

Para que o tratamento seja autorizado é necessária a solicitação médica.

As solicitações de procedimentos dessa natureza deverão observar as Diretrizes de Utilização (DUT) definidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e atualizadas periodicamente por meio do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde.

No caso de fonoaudiologia, não são passíveis de cobertura despesas com tratamentos de impositação da voz.

A avaliação inicial e as sessões deverão ser pré-autorizadas, podendo ser requisitado junto à autorização, o envio de laudo inicial e plano de tratamento, contendo o tipo e frequência das sessões, resultado esperado e prazo para reavaliação do tratamento proposto.

XII - HEMOTERAPIA

É necessária autorização prévia para a realização de procedimentos de Hemoterapia, sendo o pagamento condicionado à análise da auditoria médica.

XIII - QUIMIOTERAPIA/RADIOTERAPIA

Para realização de Quimioterapia, é obrigatório o preenchimento e envio da guia “SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PRÉVIA PARA TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO/RADIOTERÁPICO”, mediante envio prévio, com no mínimo cinco dias úteis, que poderá ser obtido no *site* da INTERCLINICAS, para envio para a Gerência Regional.

A cobrança dos honorários e medicamentos em casos de Quimioterapias deverá ser feita na “GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT”, podendo ser complementada por meio da “GUIA DE OUTRAS DESPESAS”, esta última também utilizada para tratamentos de pacientes internados.

XIV – INTERNAÇÃO DE EMERGÊNCIA/URGÊNCIA

Deverá ser solicitada pelo Médico Assistente, por meio da Guia de Solicitação de Internação, que poderá ser obtida no *site* da INTERCLINICAS internet ou Gerência Regional, pelo hospital credenciado.

A senha deverá ser solicitada pelo hospital credenciado, Área de Liberação de Senhas (ALS), por meio do telefone 0800 580 4565, em até 48 (quarenta e oito) horas após entrada do paciente.

A senha fornecida deverá ser transcrita na Guia de Solicitação de Internação.

Nas internações, não havendo vaga no tipo de alojamento contratado, o paciente deve ser internado em outra acomodação, de preferência de padrão superior, e depois ser transferido para o padrão autorizado, sem ônus adicional à INTERCLINICAS ou ao usuário.

As despesas hospitalares são sempre faturadas por meio da “GUIA RESUMO DE INTERNAÇÃO”, podendo ser utilizadas quantas “GUIAS DE OUTRAS DESPESAS” complementares forem necessárias.

Estão sujeitas à autorização prévia as prorrogações dos seguintes eventos vinculados à internação:

diárias além do período previamente liberado; novos procedimentos cirúrgicos; remoção para domicílio ou para tratamentos/exames em outro prestador; uso de OPME (órteses, próteses e materiais cirúrgicos especiais) e medicamentos de alto custo (Abelcet, Aclasta, Actemra, Actlyse, Agrastat, Ambisome, Amphocil, Antitrombina III, Beriplex, Cancidas, Enbrel, Fator anti-hemofílico, Forteo, Glypressin, Gonal-F, Granulokyne, Hemax, Herceptin, Humira, Imunoglobulinas, Kybernin, Mabthera, Metalise, Novoseven, Orência, Orthclone OKT-3, Pegasys, Pegintron, Pronthoplex T, Puregon Pen, Rebif, Reopro, Remicade, Saizen, Sandostatin Lar, Simdax, Thyrogen, Toxina Botulínica, Visudyne, Xigris, Zenapax e Zometa, dentre outros); Diaálises peritoneais e hemodiálises; quimioterapias e radioterapias; litotripsias extracorpóreas; pet scan oncológico.

As prorrogações devem ser solicitadas à INTERCLINICAS mediante o verso da mesma “GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO”, e relatório detalhado justificando a prorrogação, que deverá ser enviada por meio do fax. A liberação das diárias excedentes estará condicionada à análise pela Divisão de Auditoria Médica.

Não existe necessidade de solicitação de prorrogação de senhas para outros exames realizados no decorrer da internação, além dos listados no quadro acima.

A INTERCLINICAS utiliza-se de códigos próprios, para utilização nas guias TISS, quando se tratam de eventos constantes no Rol de Procedimentos da ANS, mas inexistentes na TUSS. Tais códigos próprios são utilizados também nos casos de visitas médicas de pacientes em *Home Care* ou Gerenciamento de Caso de Risco, haja vista tratar-se de visitas médicas em domicílio, cobertas somente quando previstas no regulamento do plano do paciente.

XV - INTERNAÇÃO ELETIVA

Deverá ser solicitada pelo Médico Assistente por meio da Guia de Solicitação de Internação, que poderá ser obtida no *site* da INTERCLINICAS ou na Gerência Regional. As cirurgias eletivas somente serão liberadas após o envio dos laudos dos exames complementares e relatório médico minucioso e outros documentos e imagens que estejam listados na relação de pré-requisitos para liberação de senha constante do *site* da INTERCLINICAS, área exclusiva do credenciado.

Nos casos de internações cirúrgicas eletivas, a senha de autorização requer também o envio do Termo Geral de Consentimento Informado, assinado por: paciente, médico assistente e duas testemunhas, exceto quando o hospital já possui o próprio Termo Geral de Consentimento Informado que fica à disposição no prontuário. O modelo deste termo está disponível no *site*

Os honorários médicos de serviços prestados na internação devem ser cobrados por meio da “GUIA DE HONORÁRIOS INDIVIDUAL” para o faturamento direto. Caso o número de campos seja insuficiente, deverão ser usadas quantas guias forem necessárias.

XVI – ÓRTESES, PRÓTESES, MATERIAIS CIRÚRGICOS ESPECIAIS DE ALTO CUSTO – OPME

As próteses, órteses e materiais cirúrgicos especiais de alto custo só podem ser utilizados mediante prévia e formal autorização da Central de Regulação Médica da INTERCLINICAS, em um prazo mínimo de 5 (cinco) dias úteis, antecipadamente ao evento eletivo.

Nas situações de urgência/emergência, a comunicação de uso do material deverá ser feita até o primeiro dia útil subsequente ao evento.

O credenciado deverá requisitar autorização prévia de OPME com no mínimo 5 (cinco) dias úteis de antecedência ao evento eletivo, mediante o preenchimento do formulário padronizado que poderá ser obtido no *site* da INTERCLINICAS ou autorizador web para envio ao escritório regional da respectiva Unidade Federativa.

O relatório do médico assistente deverá informar o histórico da doença, tratamentos cirúrgicos realizados e medicamentos utilizados e o objetivo do procedimento solicitado com justificativa técnica para o uso de materiais. O pedido do material deverá conter a identificação e a assinatura do médico solicitante com os telefone(s) de contato e a indicação de 3 (três) fornecedores.

Em caso de:

- a) Re-operação – deverá ser enviado relatório médico com justificativa técnica para o novo procedimento;
- b) Troca de fornecedor e/ou material – deverá ser enviado relatório do médico assistente com justificativa técnica para a troca, conforme Resolução CFM nº 1956, de 07/10/2010.

Relação de Documentos Necessários para Avaliação das Solicitações de procedimentos Cirúrgicos com uso de OPME por parte da Auditoria Médica da INTERCLINICAS

A – Ortopedia

I - Cirurgia de joelho, ombro, tornozelo (articulações) quando por artroscopia

- 1. Laudo dos exames de tomografia computadorizada e/ou ressonância magnética que comprovem a patologia em questão;
- 2. Relatório do médico assistente com histórico da doença, tratamentos cirúrgicos e medicamentosos realizados e objetivo do procedimento solicitado com justificativa técnica para uso de materiais;
- 3. Pedido do material, carimbado e assinado com telefone(s) de contato e a indicação de 3 (três) fornecedores.

II - Cirurgias em caso de fraturas

- 1. Laudo do exame radiológico com as características do tipo de fratura;
- 2. Relatório do médico assistente com histórico da doença, tratamentos cirúrgicos e medicamentosos realizados e objetivo do procedimento solicitado com justificativa técnica para uso de materiais;
- 3. Pedido do material, carimbado e assinado com telefone(s) de contato e a indicação de 3 (três) fornecedores.

B – Neurocirurgia

I - Coluna

- 1. Laudo dos exames de tomografia computadorizada e/ou ressonância magnética que comprovem a patologia em questão;
- 2. Relatório do médico assistente com histórico da doença, tratamentos cirúrgicos e medicamentosos realizados e objetivo do procedimento solicitado com justificativa técnica para uso de materiais;
- 3. Pedido do material, carimbado e assinado com telefone(s) de contato e a indicação de 3 (três) fornecedores.

II - Crânio

1. Laudo dos exames de tomografia computadorizada e/ou ressonância magnética que comprovem a patologia em questão;
2. Relatório do médico assistente com histórico da doença, tratamentos cirúrgicos e medicamentosos realizados e objetivo do procedimento solicitado com justificativa técnica para uso de materiais;
3. Pedido do material, carimbado e assinado com telefone(s) de contato e a indicação de 3 (três) fornecedores.

III – Coluna (em caso de fratura)

1. Laudo dos exames de tomografia computadorizada e/ou ressonância magnética que comprovem a patologia em questão;
2. Relatório do médico assistente com histórico da doença, tratamentos cirúrgicos e medicamentosos realizados e objetivo do procedimento solicitado com justificativa técnica para uso de materiais;
3. Pedido do material, carimbado e assinado com telefone(s) de contato e a indicação de 3 (três) fornecedores.

IV – Crânio (em caso de fratura)

1. Laudo dos exames de tomografia computadorizada e/ou ressonância magnética que comprovem a patologia em questão;
2. Relatório do médico assistente com histórico da doença, tratamentos cirúrgicos e medicamentosos realizados e objetivo do procedimento solicitado com justificativa técnica para uso de materiais;
3. Pedido do material, carimbado e assinado com telefone(s) de contato e a indicação de 3 (três) fornecedores.

C – Cirurgia Vascular

I - Angioplastias periféricas e embolizações

1. Laudo das arteriografias que comprovem a(s) patologia(s) em questão;
2. Relatório do médico assistente com histórico da doença, tratamentos cirúrgicos e medicamentosos realizados e objetivo do procedimento solicitado com justificativa técnica para uso de materiais;
3. Pedido do material, carimbado e assinado com telefone(s) de contato e a indicação de 3 (três) fornecedores.

D – Cirurgia Cardíaca/Hemodinâmica/Arritmologia

I - Angioplastia cardíaca com ou sem Stent

1. Laudo do cateterismo cardíaco;
2. Relatório do médico assistente com histórico da doença, tratamentos cirúrgicos e medicamentosos realizados e objetivo do procedimento solicitado com justificativa técnica para uso de materiais;
3. Pedido do material, carimbado e assinado com telefone(s) de contato e a indicação de 3 (três) fornecedores.

II - Cirurgia cardíaca

1. Laudo de cateterismo e/ou cintilografia, eletrocardiograma (ECG) e ecocardiograma;
2. Relatório do médico assistente com histórico da doença, tratamentos cirúrgicos e medicamentosos realizados e objetivo do procedimento solicitado com justificativa técnica para uso de materiais;
3. Pedido do material, carimbado e assinado com telefone(s) de contato e a indicação de 3 (três) fornecedores.

III - Estudo Eletrofisiológico (EEF) com ablação

1. Traçado do eletrocardiograma com laudo;
2. Relatório do médico assistente com histórico da doença, tratamentos cirúrgicos e medicamentosos realizados e objetivo do procedimento solicitado com justificativa técnica para uso de materiais;
3. Pedido do material, carimbado e assinado com telefone(s) de contato e a indicação de 3 (três) fornecedores.

IV - Implante de Marcapasso / Desfibrilador / Ressincronizador

1. Laudo do Holter com traçado e/ou estudo eletrofisiológico e laudo e traçado de ECG.
2. Relatório do médico assistente com histórico da doença, tratamentos cirúrgicos e medicamentosos realizados e objetivo do procedimento solicitado com justificativa técnica para uso de materiais;
3. Pedido do material, carimbado e assinado com telefone(s) de contato e a indicação de 3 (três) fornecedores.

E – Oftalmologia/Cirurgia Refrativa

1. Laudo dos exames pertinentes que comprovem a patologia em questão;

2. Relatório do médico assistente com histórico da doença, tratamentos cirúrgicos e medicamentosos realizados e objetivo do procedimento solicitado com justificativa técnica para uso de materiais;
3. Pedido do material, carimbado e assinado com telefone(s) de contato e a indicação de 3 (três) fornecedores.

F – Ginecologia/Mastologia/Urologia

1. Laudos dos exames pertinentes que comprovem a patologia em questão;
2. Relatório do médico assistente com histórico da doença, tratamentos cirúrgicos e medicamentosos realizados e objetivo do procedimento solicitado com justificativa técnica para uso de materiais;
3. Pedido do material, carimbado e assinado com telefone(s) de contato e a indicação de 3 (três) fornecedores.

G – Cirurgia Plástica Reparadora

1. Laudos dos exames pertinentes que comprovem a patologia em questão;
2. Relatório do médico assistente com histórico da doença, tratamentos cirúrgicos e medicamentosos realizados e objetivo do procedimento solicitado com justificativa técnica para uso de materiais;
3. Registro fotográfico;
4. Pedido do material, carimbado e assinado com telefone(s) de contato e a indicação de 3 (três) fornecedores.

H – Procedimentos Vídeossistidos (Cirurgia Geral/Cirurgia Torácica)

1. Laudo dos exames pertinentes que comprovem a patologia em questão;
2. Relatório do médico assistente com histórico da doença, tratamentos cirúrgicos e medicamentosos realizados e objetivo do procedimento solicitado com justificativa técnica para uso de materiais;
3. Pedido do material, carimbado e assinado com telefone(s) de contato e a indicação de 3 (três) fornecedores.

I – Cirurgia Buco-Maxilo-Facial

Cirurgia Ortognática	Relatório do Cirurgião assistente constando: diagnóstico; prognóstico; breve histórico; técnica cirúrgica proposta; classificação esquelética e considerações pertinentes ao caso.	Traçados: cefalométrico e predictivo (com descrição concisa do planejamento operatório e relação dos materiais cirúrgicos).	- Tomografia volumétrica computadorizada e outras radiografias solicitadas no pré-operatório (telerradiografias frontal e perfil e panorâmica)- Laudos dos exames de imagens- Fotografias intra e extra-orais (série completa)	Relatórios técnicos: Fonoaudióloga(o);Psicóloga(o);Fisioterapeuta (o); Ortodontista (este deverá conter: diagnóstico facial, dentário e esquelético; prognóstico; breve relato do preparatório ortodôntico para cirurgia “alinhamento interarcos” e recomendação da cirurgia ortognática) Cópia do Termo Geral de Consentimento Informado assinado pelo beneficiário e ou pelo responsável legal. Deverá conter no “mínimo” para validação: I- dados do profissional solicitante com assinatura aposta; II- data referente à orientação e entrega do Termo Geral de Consentimento Informado ao beneficiário para análise em família ou terceiros próximos; III- data da devolução do Termo Geral de Consentimento Informado com o aceite e “assinatura aposta” do beneficiário ou do seu responsável legal. (* item II e III - devem ser em dias diferentes) IV- Conter os riscos previsíveis ao ato cirúrgico proposto e as considerações pertinentes ao caso.
Cirurgia de ATM	Relatório do Cirurgião assistente constando: diagnóstico; prognóstico; breve histórico; técnica cirúrgica proposta; classificação esquelética e considerações pertinentes ao caso.	-Descrição concisa do planejamento operatório e relação dos materiais cirúrgicos	- Tomografia volumétrica computadorizada de ATM e outras radiografias pertinentes ao caso. - Laudos dos exames de imagens - Ressonância Magnética (ATM boca aberta e fechada)	Relatórios técnicos: Fonoaudióloga(o);Psicóloga(o);Fisioterapeuta(o);Ortodontista (este deverá conter: Diagnóstico facial, dentário e esquelético e parecer com descrição do tratamento ortocirúrgico). Cópia do Termo Geral de Consentimento Informado assinado pelo beneficiário e ou pelo responsável legal. Deverá conter no “mínimo” para validação: V- dados do profissional solicitante com assinatura aposta; VI- data referente à orientação e entrega da Termo Geral de Consentimento Informado ao beneficiário para análise em família ou terceiros próximos; VII- data da devolução da Termo Geral de Consentimento Informado com o aceite e “assinatura aposta” do beneficiário ou do seu responsável legal. (* item II e III- devem ser em dias diferentes) VIII- Conter os riscos previsíveis ao ato cirúrgico proposto e as considerações pertinentes ao caso.

É fundamental que seja enviado pelo profissional assistente uma descritiva da proposta cirúrgica (pré-tratamento), conforme descrito abaixo:

() Maxila

() Avanço: direito ____ mm esquerdo ____ mm

() Retrusão: direito ____ mm esquerdo ____ mm

- ☐ Impactação_____mm
- ☐ Extrusão_____mm
- ☐ Rotação: _____mm ☐ direita ☐ esquerda
- ☐ Mandibula
 - ☐ Avanço: _____mm
 - ☐ Retrusão:_____mm
 - ☐ Rotação:_____mm ☐ direita ☐ esquerda
- ☐ Mento:
 - ☐ Avanço: _____mm
 - ☐ Retrusão: _____mm
 - ☐ Impactação_____mm
 - ☐ Rotação:_____mm ☐ direita ☐ esquerda

Quando o profissional assistente abrir mão de exames básicos pré-operatórios ou da colaboração de outros profissionais (multidisciplinares), ele deverá justificar por meio de relatório fundamentado (indicando sempre a referência bibliográfica). A documentação deverá ser encaminhada em envelope lacrado (“Envelope Ético”) para a Divisão de Auditoria Médica da INTERCLINICAS.

EXEMPLOS DE OPME

USO GERAL

- bomba de analgesia/morfina de qualquer tipo;
- clips de aneurisma, grampeadores e carga;
- lâmina de *Shaver* e outras;
- telas sintéticas, de *Marlex*, *Prolene* e outras;
- tesoura *Ultracision*;
- trocateres e redutores;
- cateteres de longa permanência;
- monitores de nervos;
- cateteres para embolização, micro-molas, micro-partículas e *Onix*.

CARDIOLOGIA E CIRURGIA TORÁCICA

- anel para valvuloplastia;
- balão descartável;
- cardioversor/desfibrilador implantável;
- cateter balão para angioplastia, septoplastia e valvuloplastia;
- cateter para estudo eletrofisiológico, ablação por radiofrequência;
- próteses valvares cardíacas biológicas ou metálicas de todos os tipos;
- cateter venoso atrial;
- conjunto para circulação assistida;
- conjunto para valvuloplastia;
- eletrodos endo ou epicárdicos definitivos;
- *stent* de todos os tipos;
- endoprótese vascular;
- enxerto aórtico valvulado, arteriais e *Dacron*;
- gerador de desfibrilador implantável;
- guia e filtro para veia cava;
- jogo para mediadores para CIA;
- marca-passo de todos os tipos;
- micro-cateteres.

GASTROENTEROLOGIA

- agulha de esclerose;
- banda gástrica;
- catéteres em Endoscopia Peroral e colonoscopia;
- endotesouras e endopínças descartáveis;
- fio guia biliar;
- kit para gastrostomia endoscópica;
- kit de ligadura elástica;
- papilótomo;
- prótese de ducto biliar, *stent* biliar;
- TIPS (anastomose porto-cava por cateter).

ORTOPEDIA E NEUROCIRURGIA

- acetábulo, liner e cabeça de fêmur;
- alongador;
- barras de fixação;
- desfibrilador implantável para nervo periférico (dor);
- *cages* de todos os tipos;
- ponteiras de radiofrequência;
- casquilhos;
- cerâmicas fosfo-cálcicas;
- cimento ortopédico;
- conector;
- conjunto de transfix;
- cross link;
- disco artificial inter-somático;
- dispositivo anti-profusão;
- espaçadores de todos os tipos;
- fios e cabos de titânio;
- fixadores externos;
- fixadores dinâmicos;
- micro-placas, micro-parafusos e telas de titânio para cirurgia de buco-maxilo-facial;
- ganchos;
- grampos absorvíveis;
- halo craniano simples ou associado;
- hastes de todos os tipos;
- *kit* para cimentação;
- parafusos e porcas de contenção;
- osso liofilizado;
- suturas de menisco;
- pinos e placas de todos os tipos;
- âncoras de qualquer tipo, inclusive absorvíveis;
- *plug* ósseo;
- *arthrocare* para radiculotomia;
- próteses articulares/tendinosas;
- retângulo de *Harsthill*;
- substitutos de dura-máter;
- sistema de fixação;
- transplante de osso;
- válvulas de derivação – todas;
- sistemas de fechamento de calota craniana.

DEMAIS ESPECIALIDADES

- agulha de veress;
- alça de ressecção endoscópica;
- *basket* ou sonda de Dormia;
- cateter duplo J;
- cateter para extração de cálculo;
- cateter para nefrostomia;
- dilatador para cirurgia percutânea;
- espirais de platina descartáveis; • expansores de tecido;
- *kit* catarata e lente intra-ocular;
- *kit* facoemulsificação;

- válvula de *Ahmed*;
- implante de anel de Ferrara;
- *kit* para vitrectomia;
- manipulador uterino;
- prótese de silicone ou outras;
- prótese ocular.
- prótese para implante coclear;
- prótese peniana semi rígida
- prótese de testículo;
- prótese vocal pós laringectomia;
- ressectoscópio;
- sistema de cateteres para hemodiálise;
- sistema de fita com agulhas para TVT;
- sling;
- sparc;
- tubo de Molteno.Suzana.

XVI - REMOÇÃO

A INTERCLINICAS contempla o atendimento de remoção em ambulância. A cobrança deste serviço deverá ser realizada através dos formulários “GUIA SP/SADT” ou “GUIA OUTRAS DESPESAS”.

Para as remoções programadas, eventualmente contempladas, o médico responsável pelo paciente deverá solicitar autorização prévia junto à Área de Liberação de Senhas (ALS), mediante encaminhamento de relatório médico detalhado, requisito obrigatório para a liberação da senha de autorização.

Nos casos de remoção de urgência/emergência, dispensa-se a autorização prévia. Porém, para a viabilização da cobrança, os serviços credenciados deverão comunicar e relatar, logo após o evento, a realização do transporte especializado, com consequente obtenção de código para preenchimento no campo específico destinado ao registro de senha nas guias. A prática é a de sempre solicitar previamente. Se for uma remoção de urgência/emergência, o credenciado deverá contatar a Central de Liberação de Senhas (CLS). Se for uma remoção programada, o credenciado deverá solicitar a prorrogação à Gerência Regional.

XVII – FATURAMENTO E COBRANÇA

A INTERCLINICAS oferece alternativas aos seus credenciados para o envio de suas cobranças do padrão TISS:

- *webservices*;
- *upload* de arquivos;
- portal de digitação *web, on line*;

No *site* da INTERCLINICAS, na área de credenciados, constam orientações sobre as formas de envio acima citadas.

As cobranças impressas devem ser enviadas em formulários apropriados do padrão TISS, disponíveis no *site* da INTERCLINICAS podendo também ser obtidos nas Gerências Regionais. A INTERCLINICAS não acata cobranças por meio de fotocópias ou folhas de fax.

O envio das cobranças obedecerá ao cronograma previsto no Termo de Credenciamento firmado. O pagamento será efetuado por meio de depósito em conta corrente registrada no sistema informatizado da INTERCLINICAS, informada pelo estabelecimento ou profissional conveniado.

A INTERCLINICAS não se responsabiliza por atraso no pagamento em virtude da devolução de processos enviados de forma irregular ou ocasionada por divergências de dados bancários (CNPJ/CPF e/ou razão social/nome fantasia), de acordo com o que determina a Circular nº 3030, de 12/04/2001, do Banco Central.

As cobranças relativas às internações e tratamentos devem ser encaminhadas quando da alta do paciente. Caso a internação passe de um mês para outro, o faturamento poderá ser dividido, fechando-se uma cobrança para cada período.

Para o recebimento de **HONORÁRIOS MÉDICOS** (clínicos, cirúrgicos e pequenos atendimentos), deve ser preenchida a **GUIA DE HONORÁRIO INDIVIDUAL para cada integrante da equipe**, anexando relatório médico e/ou boletim operatório, quando necessário.

A **GUIA DE RESUMO DE INTERNAÇÃO** deve estar acompanhada de relatório em papel timbrado ou formulário contínuo identificando o nome do hospital no cabeçalho, contendo a discriminação dos materiais e medicamentos utilizados, aluguéis de equipamentos, taxas e outros. É desejável que os materiais e medicamentos sejam cobrados de maneira aglutinada, em vez de dia-a-dia.

A documentação correspondente aos serviços prestados e aos formulários TISS deverá ser encaminhada para a **CAIXA POSTAL Nº 48 306 SÃO PAULO CEP 03512 970**

A nota fiscal correspondente aos serviços deverá ser encaminhada à **CAIXA POSTAL Nº 48 306 SÃO PAULO CEP 03512 970** ou poderão ainda ser entregues na Gerência Regional da Unidade da Federação, pelos Correios ou portador, até o dia 30 (trinta) do mês em que recebeu o crédito da INTERCLINICAS. Caso a documentação fiscal não seja enviada à INTERCLINICAS, haverá a suspensão de novos créditos, até que a situação fiscal seja regularizada. **Em caso de Notas Fiscais Eletrônicas, utilizar o e-mail – notafiscal@interclinicas.net.br.**

Os serviços terceirizados deverão encaminhar as cobranças de cada paciente organizadas por senha e no mesmo período de entrega das despesas hospitalares.

Ao receber a cobrança, a INTERCLINICAS avaliará individualmente os casos, podendo, em algumas ocasiões, indeferir valores divergentes (glosas) que julgar em desacordo com o tratamento e/ou procedimento a que foi submetido o paciente.

Para cálculo dos valores dos serviços executados, o credenciado deve considerar os valores negociados e descritos nos Anexos II, III, IV e V do Termo de Credenciamento da INTERCLINICAS, vigentes na data da prestação dos serviços.

As cobranças referentes aos serviços prestados deverão ser encaminhadas no prazo máximo de 60 dias, contados da realização do procedimento ou da alta hospitalar. Recurso de Glosas

Em caso de glosa, é facultado ao credenciado o direito de recurso, no prazo máximo de 60 (sessenta) dias, contados a partir da data do pagamento da cobrança. Os recursos enviados após esse prazo não serão analisados.

Apresentação do Recurso

O recurso deve ser apresentado sempre por escrito em papel timbrado da instituição ou receituário próprio (profissional autônomo), acompanhado do informativo de glosas, datado e assinado pelo credenciado, e/ou qualquer documentação complementar que não tenha sido apresentada no processo original e que julgar necessária.

O recurso deve ser apresentado de forma individualizada, sendo um recurso para cada processo glosado.

O recurso deve ser discriminado separadamente por senha, contendo a matrícula do associado, a discriminação do item ou procedimento recorrido, o código da glosa aplicada (opcional), a quantidade glosada, valor unitário, valor total e a contra-argumentação.

A finalização do pedido de recurso deve conter o total dos valores recorridos, que deve ser igual ou inferior ao total das glosas do processo original.

Contra-argumentação

A contra-argumentação deve conter fundamentação técnica e/ou administrativa consistente que justifique o deferimento do item ou procedimento recorrido.

Indeferimentos e reapresentações de recursos

Preferencialmente deverá ser emitido apenas um recurso de glosas para itens ou procedimentos indeferidos em um mesmo processo de origem, formalizado para a INTERCLINICAS da forma acima descrita.

A INTERCLINICAS não acata recurso para item não cobrado ou não glosado no processo original. Em situações dessa natureza, não se trata de um recurso, mais sim de uma nova cobrança, que deverá ser encaminhada à INTERCLINICAS conforme instruções contidas neste manual.

A CAPESEP não acata pedidos de recurso de glosas enviados pelos credenciados por meio de mensagens eletrônicas (*e-mail*).

A INTERCLINICAS não acata pedidos de recurso mediante contra-argumentações inconsistentes, tais como: “discordância da glosa efetuada”, “solicitação de re-análise”, dentre outras.

XVIII - PAGAMENTO

Os pagamentos são efetuados mediante crédito bancário em conta-corrente indicada pelo credenciado. Ou boleto bancário previamente acordado.

O cronograma anual de pagamento fica disponível no *site* da INTERCLINICAS.

Caso o dia limite de entrega coincida com um final de semana ou feriado, as cobranças deverão ser entregues até o último dia útil anterior ao do prazo limite.

Os credenciados podem obter os extratos de pagamento e os informativos de glosas por meio da página da INTERCLINICAS na internet.

ENVIO DE FATURAMENTO ELETRÔNICO

www.interclinicas.org

Credenciamento > Atendimento Virtual > TISS

ENVIO DE DOCUMENTOS FÍSICOS RELACIONADOS A COBRANÇAS

MEDICO-HOSPITALARES A CAIXA POSTAL Nº 48 306 SÃO PAULO

CEP 03512 970

XIII - OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

O número de seu CPF ou CNPJ deverá sempre constar nas cobranças e guias de autorizações.

O número de matrícula do associado (nove dígitos), bem como o código do dependente (dois dígitos), além da data da realização do evento são informações indispensáveis para viabilização do pagamento.

É imprescindível o preenchimento de todos os campos constantes das guias.

Nas solicitações de cirurgia eletiva, é desejável que sejam informados na Guia de Solicitação de Internação, o telefone e o *e-mail* de contato do Médico Assistente, caso seja necessário obter maiores esclarecimentos e/ou dirimir eventuais dúvidas.

As especialidades e serviços oferecidos pelo credenciado, assim como dados de endereço e telefones deverão ser atualizados sempre que ocorrerem alterações, por meio de contato com as Gerências Regionais.

Quando da solicitação da senha para internação, é imprescindível saber do atendente do CAPESAÚDE, o tipo de acomodação que o paciente tem direito. A utilização de acomodação diferente da prevista pelo Plano deve ser custeada pelo associado.

A validade da senha de autorização é de 60 (sessenta) dias, contados a partir de sua emissão.

XIV – GUIAS E OUTROS FORMULÁRIOS UTILIZADOS

Todos os formulários e guias TISS podem ser impressos diretamente pelo credenciado, após efetuar o *download* dos mesmos no *site* da INTERCLINICAS. Além das guias padronizadas TISS, a

INTERCLINICAS adota ainda alguns formulários complementares:

Autorização Especial de Tratamento Quimioterápico;

Autorização Especial de Tratamento Radioterápico;

Autorização Especial de Procedimentos com Uso de OPME;

Solicitação de Uso de Stent Farmacológico;

Autorização Especial de Cirurgia Refrativa;

Autorização Especial de Tratamento Cirúrgico da Obesidade;

Declaração de Manifestação de Vontade para Esterilização Cirúrgica por Laqueadura Tubária;

Declaração de Manifestação de Vontade para Esterilização Cirúrgica por Vasectomia;

Declaração de Manifestação de Vontade para Implante de Dispositivo Intra-Uterino;

Proposta para Incorporação de Novas Tecnologias;

Autorização Especial Tratamento Ocular Quimioterápico com Anti-angiogênico – Tratamento Inicial;

Autorização Especial Tratamento Ocular Quimioterápico com Anti-angiogênico – Manutenção

CAPA DE LOTE

As guias padronizadas TISS da INTERCLINICAS apresentam logomarca própria da INTERCLINICAS e não possuem numeração sequencial, permitindo o *download* do modelo e impressão, diretamente pelo credenciado, de quantas guias forem necessárias para envio do faturamento.

GUIA DE CONSULTA

Utilização única e exclusiva para consultas eletivas realizadas em consultórios médicos ou de outras especialidades paramédicas. Conforme padrão TISS, os campos sombreados em cinza são os únicos de preenchimento facultativo. Entretanto, existem campos cujo preenchimento é de extrema importância para correta análise das cobranças por parte da INTERCLINICAS, como o campo CBOS para consultas médicas.

.GUIA DE SERVIÇOS PROFISSIONAIS/SERVIÇOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA – SP/SADT

Utilizada no atendimento a diversos tipos de eventos tais como remoção, pequenas cirurgias, consultas, exames, atendimentos domiciliares, quimioterapia, radioterapia ou terapia renal.

Os campos hachurados são para uso exclusivo da INTERCLINICAS.

A cobrança de consultas médicas hospitalares (código TUSS 1.01.01.03-9) deverá ser preenchida neste formulário apenas por credenciados habilitados a realizar consultas de urgência e/ou emergência. Caso haja utilização de materiais e medicamentos, os mesmos deverão ser cobrados nesta mesma guia. Materiais, medicamentos, aluguéis e taxas utilizados deverão ser discriminados nos campos apropriados, no verso do formulário, inclusive OPME.

É obrigatório o envio de requisição médica, de próprio punho, para os serviços realizados, juntamente com a guia.

Deverá ser utilizado um formulário para cada evento que necessite de liberação de senha de autorização. Nos casos de procedimentos que não necessitam de senha, podem ser solicitados até três em um mesmo formulário.

Os campos hachurados são para uso exclusivo da INTERCLINICAS.

A INTERCLINICAS não se utiliza do envio de fax da guia de SP/SADT para solicitação de exames, terapias ou procedimentos. A autorização prévia de exames ou terapias deverá ser sempre solicitada por telefone à Área de Liberação de Senhas (ALS)

GUIA RESUMO DE INTERNAÇÃO

Deve ser usada para finalização do faturamento da internação, podendo ser utilizada para os diversos tipos de atendimentos (internações clínicas, cirúrgica, obstétrica, pediátrica ou psiquiátrica) e diferentes regimes de internação (hospitalar, hospital-dia e domiciliar).

Caso o hospital fature conjuntamente às despesas hospitalares os honorários da equipe médica, este deverá utilizar-se da guia RESUMO DE INTERNAÇÃO. Nesta, nos campos 45 (de 1 a 5 na frente, e, de 6 a 15 no verso) deverão ser indicados os procedimentos realizados, registrando nos campos 57 a referência do procedimento citado no campo 45 (1 a 16) a função cirúrgica do profissional próprio no campo 58, sua identificação (CPF) no campo 59 e demais dados pessoais como nome, CRM, dentre outros, nos campos 60 a 64 (frente e verso).

ATENÇÃO: caso o profissional fature diretamente seus honorários, estes deverão ser encaminhados por meio da Guia de Honorário Individual, utilizando-se cada profissional de uma guia individualizada.

Este formulário deverá ser encaminhado à INTERCLINICAS/Gerência Regional para as solicitações de internação ou prorrogação, juntamente com as justificativas médicas e laudos dos exames complementares, via fax ou *e-mail*. Os campos hachurados são de uso exclusivo da INTERCLINICAS.

Conforme padrão TISS, os campos sombreados em cor cinza são os únicos cujo preenchimento por parte do prestador de serviços é optativo ou não obrigatório.

Utilizada para a apresentação do faturamento de honorários profissionais, caso estes sejam pagos diretamente ao profissional, sem a interferência do hospital responsável pela internação.

Conforme padrão TISS, os campos sombreados em cor cinza são os únicos cujo preenchimento por parte do prestador de serviços é optativo ou não obrigatório.

GUIA DE OUTRAS DESPESAS

Este formulário deve ser encaminhado com a **GUIA DE SP/SADT** ou com a **GUIA DE RESUMO DE INTERNAÇÃO**, por meio de uma única **CAPA DE PROCESSO**.

Nas cobranças de próteses, materiais cirúrgicos especiais e cateteres, é obrigatória a apresentação de uma via original da nota fiscal do fornecedor, emitida quando da realização do evento, onde constará o nome do paciente.

Os campos hachurados são de uso exclusivo da INTERCLINICAS.

Para a cobrança de aluguéis e taxas, materiais descartáveis, medicamentos, gasoterapia, exames, materiais cirúrgicos especiais e remoções, anexar relatório em papel timbrado ou formulário contínuo contendo a identificação do hospital no cabeçalho, discriminando todos os itens.

ADMINISTRAÇÃO CENTRAL – SP

Diretor-Presidente: Paulo Giorgini

Diretor Financeiro: Murilo M Giorgini

Diretor de Administração: Matheus M Giorgini

Fones (11) 3995 7301 3136 0333

Email sac@interclinicas.net.br

Site de administração www.interclinicas.org