



Copass Saúde

O cuidado é a nossa essência

MANUAL DE ORIENTAÇÕES TÉCNICAS E ADMINISTRATIVAS

COPASS SAÚDE

TABELAS DE REMUNERAÇÃO E PROCEDIMENTOS

A cobertura dos planos está baseada com o Rol de Procedimentos da ANS, e a tabela de cobrança para serviços prestados segue está baseada na codificação, e nomenclatura da Terminologia Unificada da Saúde Suplementar (TUSS). A remuneração é definida conforme o contrato entre as partes.

Serviços não incluídos nas tabelas da Copass Saúde devem ser previamente acordados ou autorizados. Caso contrário, a responsabilidade pelo pagamento não será assumida pela Copass Saúde.

Instruções Gerais

A presente Classificação de Procedimentos foi elaborada com base em critérios técnicos e tem como finalidade hierarquizar os procedimentos médicos aqui descritos, servindo como referência para estabelecer faixas de valoração dos atos médicos pelos seus portes. Ela atualiza e substitui as listas de procedimentos anteriormente publicadas por esta Associação.

Os portes representados ao lado de cada procedimento não expressam valores monetários, apenas estabelecem a comparação entre os diversos atos médicos no que diz respeito à sua complexidade técnica, tempo de execução, atenção requerida e grau de treinamento necessário para a capacitação do profissional que o realiza.

Os atendimentos contratados de acordo com esta Listagem de procedimentos serão realizados em locais, dias e horários preestabelecidos.

Esta Listagem constitui referência para acomodações hospitalares coletivas (enfermaria ou quartos com dois ou mais leitos).

Os atos médicos praticados em caráter de urgência ou emergência terão um acréscimo de trinta por cento (30%) em seus portes nas seguintes eventualidades:

- No período compreendido entre 19h e 7h do dia seguinte;
- Em qualquer horário aos sábados, domingos e feriados.

Os portes atribuídos a cada procedimento cirúrgico incluem os cuidados pós operatórios relacionados com o tempo de permanência do paciente no hospital, até 10 (dez) dias após o ato cirúrgico. Esgotado esse prazo, a valoração do porte passa ser regida conforme critérios estabelecidos para as visitas hospitalares (código 1.01.02.001), ou para as consultas em consultório (código 1.01.01.001), quando se fizer necessário um acompanhamento ambulatorial.

Quando previamente planejada, ou quando se verificar, durante o ato cirúrgico, a indicação de atuar em vários órgãos ou regiões a partir da MESMA VIA DE ACESSO, a quantificação do porte da cirurgia será a que corresponder, por aquela via, ao procedimento de maior porte, acrescido de 50% do previsto para cada um dos demais atos médicos praticados, desde que não haja um código específico para o conjunto.

Quando ocorrer mais de uma intervenção por DIFERENTES VIAS DE ACESSO, deve ser adicionado ao porte da cirurgia considerada principal o equivalente a 70% do porte de cada um dos demais atos praticados.

Obedecem às normas acima as cirurgias bilaterais, realizadas por diferentes incisões

(70%), ou pela mesma incisão (50%).

Quando duas equipes distintas realizarem simultaneamente atos cirúrgicos diferentes, a cada uma delas será atribuído porte de acordo com o procedimento realizado e previsto nesta Listagem.

Quando um ato cirúrgico for parte integrante de outro, valorar-se-á não o somatório do conjunto, mas apenas o ato principal.

Para os planos superiores ofertados por operadoras, diferentemente do previsto no citado item 1.5, fica prevista a valoração do porte pelo dobro de sua quantificação, nos casos de pacientes internados em apartamento ou quarto privativo, em “hospital-dia” ou UTI. Não estão sujeitos às condições deste item os atos médicos do capítulo IV (Diagnósticos e Terapêuticos), exceto quando previstos em observações específicas do capítulo.

Nos portes dos procedimentos intervencionistas já estão incluídos os respectivos exames diagnósticos. Contudo, quando realizados dois ou mais procedimentos intervencionistas pela mesma via de acesso, a valoração.

Destes obedecerá ao item 4.1 das Instruções Gerais, desde que não haja um código específico para o conjunto.

Quando um procedimento oftalmológico monocular for realizado bilateralmente, remunera-se o custo operacional em 100% do valor previsto nesta Classificação para um lado, e em 70% para o outro. Este critério não se aplica aos portes do procedimento.

Para atendimentos realizados de forma remota remotos, é obrigatório seguir os requisitos:

- a) Regulamentação do conselho profissional do prestador;
- b) Acordo prévio com a operadora.

Nesses casos, a assinatura do beneficiário na guia não é obrigatória, mas o atendimento é validado pelo e-mail do beneficiário, que deve ser encaminhado à operadora junto com a guia de autorização.

As Cobranças de múltiplas sessões devem ser faturadas em guias únicas, registrando a data e assinatura de cada sessão no campo 56 da guia Tiss.

As sessões de acupuntura devem ser realizadas por médicos especializados na área. CBO's 225105 - Médico acupunturista.

A cobertura em fonoaudiologia para pacientes internados é limitada a casos de AVC e AVE, mediante autorização prévia.

Para tratamentos seriados, é permitida no máximo uma sessão diária. É vedado a cobrança de atendimentos não realizados sob nenhuma circunstância.

Não são passíveis de pagamentos guias preenchidas incorretamente com ausência de preenchimento de campos definidos como obrigatórios pela ANS e/ou com rasuras.

Todos os procedimentos e insumos (honorários, diárias, taxas, materiais e medicamentos) devem ser discriminados e codificados individualmente, conforme contratualmente previsto com o credenciado.

Para atendimento relacionado à Medicina Ocupacional, o beneficiário deve apresentar a guia sem ônus carimbada pela Medicina do Trabalho. A cobrança relacionada à Medicina Ocupacional deve ser feita por meio da Guia TISS, com a senha de autorização assinada pelo beneficiário.

Faturamento Eletrônico

A plataforma Operass utilizada para o envio do Arquivo XML e Digitação Web. Para acessá-la, é necessário visitar o Portal OperaSS em www.copass-saude.org.br

O manual de utilização do portal está disponível no site <http://www.copass-saude.com.org.br>, na área restrita do credenciado.

Cobrança e Pagamento

As faturas devem ser apresentadas à Copass Saúde para pagamento dentro de um prazo máximo de 90 (noventa) dias a partir da data do atendimento ambulatorial ou alta. Após esse prazo, as contas serão devolvidas e não poderão ser reapresentadas.

As guias devem ser preenchidas obrigatoriamente de forma física e eletrônica, seguindo o padrão TISS, conforme determinação da ANS. Ao final de cada guia, existem campos específicos para a assinatura do beneficiário ou responsável, bem como para a assinatura do credenciado ou médico responsável.

As faturas deverão ser entregues pelo por meio do envio de arquivo XML, podendo ser digitadas diretamente no sistema Operass através do endereço www.copass-saude.org.br, conforme os períodos:

- a) Para as importações realizadas com entrega das documentações físicas entre os dias 01 e 07, o pagamento será provisionado para o dia 29 do mês corrente;
- b) Para as importações realizadas com entrega das documentações físicas entre os dias 08 e 31, o pagamento será provisionado para o dia 29 do mês subsequente;

As faturas deverão ser entregues acompanhadas dos documentos relacionados a seguir, que deverão ser entregues diretamente na sede da Copass Saúde.

- a) Faturas físicas assinadas pelo credenciado;
- b) Protocolo eletrônico;
- c) Relações distintas de atendimentos Ambulatoriais;
- d) Guias TISS devidamente preenchidas e assinadas pelos Beneficiários, nos termos da regulamentação da ANS em vigor à época.

A Nota Fiscal para pagamento será solicitada através de e-mail após a análise das contas médicas. As notas deverão ser enviadas até o dia 25 do mês.