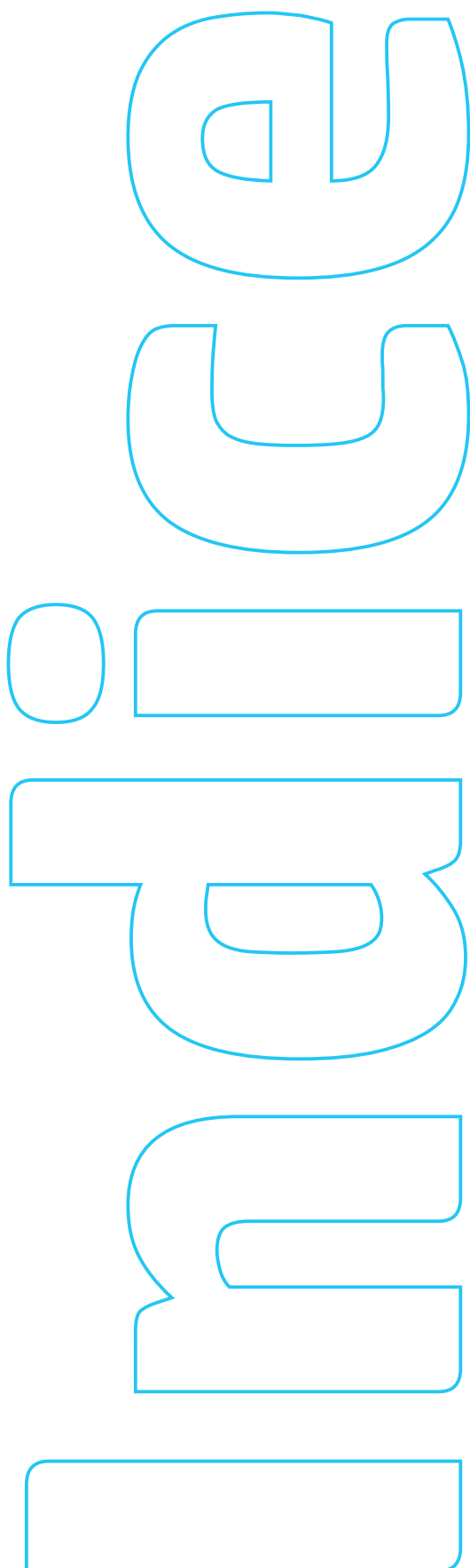


Guia de orientações ao credenciado

médico e das demais
áreas da saúde
(exceto odontologia)



Pág. 03 | Introdução

**Pág. 04 | Atendimento aos beneficiários
Documentos e elegibilidade**

**Cobertura de procedimentos
pelo Plano de Saúde**

Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde
Regulamento dos Planos
Diretrizes de Utilização Clínicas (DUTs)
Cobertura de procedimentos não previstos no Rol da ANS

**Pág. 06 | Remuneração e Auditoria
de serviços prestados aos
beneficiários do Agros**

Procedimentos Médicos
Procedimentos auxiliares de diagnóstico e terapia – SP/SADT
Fisioterapia
Psicologia, Nutrição, Terapia Ocupacional e Fonoaudiologia
Diárias, Taxas, Medicamentos, Materiais e Órteses e Próteses

**Pág. 18 | Urgência / Emergência
e procedimentos eletivos**

**Pág. 19 | Solicitações de procedimentos /
Guias de autorização
Necessidade de autorização prévia**

Pág. 20 | Tipos de Auditoria
Auditoria Prospectiva
Auditoria Concorrente
Auditoria Retrospectiva
Processamento das Contas para Pagamento

Pág. 24 | Prazos de liberação

**Pág. 25 | Incorporação
de nova tecnologia**

**Pág. 26 | Glosas
Informações gerais**

Faturamento
Discriminativos de pagamento
Orientações sobre solicitação de autorização de
procedimentos e emissão de senhas para faturamento

Introdução

Neste manual você vai encontrar informações sobre o processo de auditoria médica e de enfermagem realizado pelo Agros, e também saber mais sobre a autorização e pagamento dos procedimentos, materiais e medicamentos cobertos pelo plano de saúde.

A sua atenção às orientações apresentadas neste guia permitirá que os processos* sejam desenvolvidos de maneira mais adequada, com melhor utilização dos recursos, efetividades dos procedimentos e, conseqüentemente, satisfação dos beneficiários.

O Agros permanece à disposição para o esclarecimento de dúvidas e orientações adicionais. Agradecemos a sua colaboração nesses processos.

*Todos os processos adotados pelo Agros buscam estar em conformidade com a regulamentação e orientações dos órgãos reguladores e fiscalizadores, em especial da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

ATENDIMENTO AOS BENEFICIÁRIOS DOCUMENTOS E ELEGIBILIDADE

- O atendimento aos beneficiários do Agros deve ser feito após a apresentação da carteira de identificação do plano de saúde e de um documento com foto.
- A carteira é individual e traz o número de matrícula no Agros, o produto contratado (que define a segmentação do plano e, conseqüentemente, as coberturas previstas) e o nome completo do beneficiário, seja ele titular ou dependente.
- É responsabilidade do profissional de saúde ou de seu assistente/secretário conferir a elegibilidade do beneficiário no portal autorizador, ou seja, verificar se ele é realmente beneficiário do Agros, se o plano contratado por ele cobre o procedimento solicitado, se ele está em período de carência para realização de consultas ou procedimentos, se não teve o plano de saúde cancelado, etc.
- Em caso de dúvida sobre a identidade ou elegibilidade do beneficiário, deve-se entrar em contato com o atendimento do Agros.

COBERTURA DE PROCEDIMENTOS PELO PLANO DE SAÚDE

O Agros cobre os procedimentos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e nos Regulamentos dos planos. A cobertura é feita de acordo com as Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas para cada procedimento.

Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde

O Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde é definido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e "estabelece a cobertura assistencial obrigatória a ser garantida nos planos privados de assistência à saúde, respeitando-se, em todos os casos, as segmentações assistenciais contratadas".

O Rol é constantemente atualizado pela ANS, com a incorporação de novos procedimentos e tecnologias. Para saber mais sobre o Rol e conhecer as suas atualizações, acesse o site da ANS.

O que o seu plano de saúde deve cobrir?



Regulamento dos Planos

Cada plano de saúde administrado pelo Agros possui regulamento próprio, que traça as diretrizes do plano, apresenta as características de contrato de adesão e especifica as coberturas disponibilizadas aos beneficiários.

Os regulamentos dos planos podem ser lidos no site do Agros, no menu superior Saúde > Planos de Saúde - Produtos.

Planos de Saúde - Produtos



Diretrizes de Utilização Clínicas (DUTs)

A ANS estabelece, por meio do Rol, a lista de procedimentos, exames e tratamentos de cobertura assistencial obrigatória para os beneficiários dos planos de saúde. **No entanto, alguns procedimentos presentes no Rol têm a cobertura condicionada à avaliação e tratamentos de saúde em situações específicas**, ou seja, não são de cobertura obrigatória para todos os usuários do plano de saúde.

Essas situações específicas são definidas pela ANS nas Diretrizes de Utilização Clínicas (DUTs), que também ficam disponíveis para consulta no site da ANS.

Planos de Saúde - Produtos



Cobertura de procedimentos não previstos no Rol da ANS

Em atendimento à Lei 14.454/2022, o plano de saúde pode autorizar tratamentos ou procedimentos prescrito por médico ou odontólogo que não fazem parte do Rol, desde que eles não constem na lista de "Exclusões" prevista no Art. 10 da Lei 9.656/98 e que:

1. exista comprovação da eficácia, à luz das ciências da saúde, baseada em evidências científicas e plano terapêutico; ou
2. existam recomendações pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (Conitec), ou exista recomendação de, no mínimo, 1 (um) órgão de avaliação de tecnologias em saúde que tenha renome internacional, desde que sejam aprovadas também para seus nacionais.

Ao solicitar um procedimento que não esteja previsto no Rol, o beneficiário deve enviar para avaliação do Agros a documentação que comprove a recomendação da Conitec ou dos órgãos de avaliação de tecnologias em saúde de renome internacional.

REMUNERAÇÃO E AUDITORIA DE SERVIÇOS PRESTADOS AOS BENEFICIÁRIOS DO AGROS

Confira, a seguir, como se dá a remuneração pelos serviços prestados/procedimentos realizados aos beneficiários do Agros e a auditoria desses serviços.

Procedimentos Médicos

- Utiliza-se a TUSS instituída pela ANS como referencial para a codificação dos procedimentos médicos.
- A tabela de remuneração dos procedimentos médicos é denominada “TUSS Agros área médica”, baseada na Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM), versão adotada pelo Agros e na negociação com a rede credenciada.
- Além do parâmetro geral estabelecido na “TUSS Agros área médica”, os procedimentos são negociados com os prestadores de serviço, individualmente ou para toda a rede, de acordo com a oferta e demanda e características do mercado. Alguns procedimentos são negociados por preço global (negociação por pacote).



Consulta em Consultório

- Remunera-se 1 (uma) consulta com um mesmo profissional a cada 30 (trinta) dias, com exceção das consultas com psiquiatra, que poderão ser realizadas até uma vez por semana.
- As solicitações com período inferior a 30 dias serão analisadas pela auditoria médica.
- É considerado “retorno” a consulta de um mesmo beneficiário com um mesmo prestador, pela mesma patologia, dentro de um período inferior ou igual a 30 dias, incluindo o dia da realização da consulta. Caso o diagnóstico seja diferente, o prestador deverá enviar relatório de justificativa ao Agros e poderá fazer jus à remuneração de nova consulta, dependendo da avaliação da auditoria médica.
- Um retorno poderá ocorrer após 30 dias da consulta inicial quando houver necessidade de exames complementares que não puderem ser executados e apreciados em até 30 dias contados da consulta. Neste caso, será considerada “retorno” a consulta em que o paciente retornar com os exames solicitados, no prazo estabelecido pelo prestador de serviço. Se o beneficiário não retornar no prazo estabelecido e buscar o atendimento posteriormente, a nova consulta não será considerada “retorno”.
- O não comparecimento do paciente no dia agendado para a consulta caracteriza “ato médico não realizado” e não poderá ser cobrado do Agros. É responsabilidade do prestador de serviço esclarecer o usuário sobre a necessidade de desmarcar o atendimento em caso de impossibilidade de comparecimento. Quando o prestador de serviço informar ao Agros sobre a ausência, o Instituto encaminhará uma correspondência ao beneficiário solicitando a sua manifestação a respeito da falta no atendimento.



Consulta em Pronto-Socorro

- Remunera-se 1 (uma) consulta por especialidade envolvida no atendimento ao beneficiário.
- Não serão remuneradas as seguintes consultas realizadas em Pronto-Socorro:
 - realizada com o mesmo médico, pela mesma doença, dentro de um período de 24h;
 - para retirada de pontos;
 - para controle pós-operatório na especialidade (com o médico que realizou a cirurgia);
 - pequenos procedimentos cirúrgicos;
 - para solicitação de exames pré-operatórios;
 - para realização de curativos;
 - para avaliação de exames previamente solicitados.



Consulta em Puericultura

- O atendimento ambulatorial em puericultura não pode ser cobrado concomitante à consulta médica eletiva e não se refere à consulta por patologia aguda ou crônica já identificada no paciente.
- O atendimento é sequencial e limitado, obedecendo à diretriz da CBHPM de frequência e regularidade.



Consulta de pré-natal

- Serão remuneradas as consultas com a seguinte periodicidade: mensais, até 28ª semana de idade gestacional; quinzenais, entre 28 e 36 semanas; e semanais, a partir de 37 semanas de gestação, conforme diretrizes da AMB/CFM.



Consulta pré-anestésica

- Será remunerada a consulta realizada em consultório, exclusivamente para avaliação de cirurgias eletivas com agendamento prévio, e até o dia que antecede o procedimento.
- Não será paga a consulta pré-anestésica para atendimento de pacientes que serão submetidos a cirurgias de emergência ou após internação clínica em caráter de urgência que evoluiu para tratamento cirúrgico.
- No caso de pacientes internados, a visita pré-anestésica está contemplada no ato anestésico.
- O Agros não exige do beneficiário a apresentação de laudos dos exames pré-cirúrgicos realizados, sendo responsabilidade do cirurgião orientar e encaminhar o paciente para a realização desses exames antes do agendamento do procedimento no Hospital.
- A critério do anestesista, poderão ser solicitados exames adicionais ou contra referência ao clínico/cardiologista ou cirurgião executante. Nesse caso, em um eventual retorno do paciente com o anestesista para uma mesma proposição cirúrgica eletiva, não será paga nova consulta pré-anestésica.



Acupuntura

- As sessões de acupuntura somente serão liberadas para realização por profissional médico, limitadas a uma sessão por semana.
- Não poderão ser realizadas simultaneamente à consulta médica.
- Caso haja necessidade de mais de uma sessão semanal, o profissional deverá encaminhar justificativa para avaliação da auditoria médica.
- Em acordo com o prestador de serviço, as agulhas poderão ser remuneradas à parte, por sessão, desde que não tenha UCO (Unidade de Custo Operacional) na estrutura do procedimento.



Internação Hospitalar

- Toda internação hospitalar gera a cobrança de um procedimento clínico ou cirúrgico, previsto na tabela contratada (TUSS Agros área médica), que deverá estar de acordo com o diagnóstico principal que motivou a internação.
- O pedido da internação para procedimentos eletivos deverá ser feito pelo médico assistente, preferencialmente no formulário padrão TISS, e encaminhado ao Agros juntamente com os exames complementares relacionados ao procedimento, para avaliação e autorização prévia.
- A internação estará sujeita a auditoria técnica prospectiva, concorrente e retrospectiva, para avaliação de aspectos relacionados à estrutura, complexidade e disponibilidade do serviço, tempo permanência, emprego de aparatos diagnósticos e terapêuticos compatíveis com o quadro clínico do paciente, observando o custo-efetividade dos recursos empregados na assistência. Se for identificada a utilização de recursos fora dos protocolos clínicos estabelecidos, as despesas não serão pagas.



Visita Hospitalar

- É utilizada para remuneração do médico assistente nas internações clínicas, psiquiátricas e avaliação de especialista. O paciente deve estar sob a responsabilidade de uma única especialidade médica durante o período de internação.
- Não é passível a cobrança de mais de uma visita hospitalar por dia de internação. A exceção ocorre quando há solicitação do médico assistente para avaliação do paciente por outra especialidade médica ou em situações de emergência clínica, mediante justificativa e registro em prontuário.
- Considera-se “avaliação do especialista” o parecer médico emitido por motivos diversos da doença principal da internação registrados em prontuário.
- Não é considerada “avaliação de especialista” o acompanhamento simultâneo do paciente por diferentes especialidades clínico-cirúrgicas, com condutas semelhantes, para condução da mesma doença ou para acompanhamento pós-operatório.
- É indispensável o registro da prescrição médica e a evolução diária em prontuário, com letra legível, carimbo e assinatura pelo médico assistente.
- Poderá ser paga a visita hospitalar do dia da alta médica para as internações clínicas.



Atendimento do Intensivista Diarista (por dia e por paciente)

- O valor previsto em tabela refere-se à acomodação coletiva. É devida a dobra desde que o beneficiário possua plano com acomodação individual.
- Será devida a cobrança de honorário do intensivista não plantonista, desde que comprovada a sua efetiva participação por meio de evoluções no prontuário do paciente.
- Os honorários de médicos especialistas serão remunerados de acordo com as instruções gerais do referencial de procedimentos médicos adotado, desde que comprovada a necessidade de sua efetiva participação e que não haja sobreposição às funções específicas do plantonista e do intensivista não plantonista.
- De acordo com a Resolução nº 2.271/2020 o médico que for atuar como diarista em uma UTI ou UCI também deve ser especialista em medicina intensiva e é recomendável que o plantonista também tenha essa habilitação.



Atendimento Médico do Intensivista em UTI Geral ou Pediátrica (Plantão de 12hrs – Por Paciente)

- O valor previsto em tabela não está sujeito à dobra.
- Não será remunerado à parte o atendimento médico por plantonista para intercorrências clínicas à beira do leito, pois já é remunerado o plantonista 12 horas e o intensivista diarista.
- Não será permitida a remuneração para um mesmo profissional com funções de intensivista diarista e plantonista concomitante, conforme RDC nº 7/2010 do CFM.



Avaliação Clínica Diária Parenteral e Enteral

- Desde que prescrito pelo médico assistente, poderá ser realizada por profissional médico nutrólogo (uma a cada 5 dias) para pacientes com suporte de nutrição enteral por sonda e por nutricionista (uma a cada 10 dias), devendo constar em prontuário a prescrição e a evolução do paciente.
- Para pacientes com nutrição parenteral será paga 1 (uma) avaliação por dia.
- Na inexistência ou indisponibilidade de profissional médico especialista em Nutrologia é passível a remuneração do procedimento de avaliação clínica diária da nutrição parenteral/enteral para o médico que realizou a avaliação, desde que não haja sobreposição de função e sejam observados os mesmos critérios estabelecidos no parágrafo anterior.
- Quando a avaliação for realizada por profissional médico, estará sujeito a dobra.



Remuneração de Médicos Residentes

- Os beneficiários que forem atendidos por médicos residentes, em regime de internação ou ambulatorial, deverão ser esclarecidos e darem sua permissão para o seu acompanhamento, por meio da assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.
- A responsabilidade em relação à conduta do tratamento e registro em prontuário é do médico assistente, e deve ser comprovada por meio de evolução, carimbo e assinatura nos registros dos atendimentos, sendo toda a documentação passível de auditoria técnica presencial.
- O médico especialista/credenciado deverá ser o responsável pela internação/atendimento do beneficiário e pela prescrição e evolução clínica do paciente e registro do atendimento.

- Não serão remuneradas visitas ou participações na função de auxiliares de cirurgia aos médicos residentes. Deve ser comprovado o acompanhamento e registro do médico preceptor credenciado ao Instituto que fará jus à remuneração, conforme Parecer-Consulta nº 4.083/2010 do Conselho Regional de Medicina – (CRM/MG), onde fica definido que os médicos residentes só podem atuar sob a supervisão direta e presencial de seu preceptor.
- O atendimento por médicos residentes somente poderá ser realizado em estabelecimento credenciado que possui o título de “Hospital de Ensino”.
- É **proibida a participação de acadêmicos de medicina em atendimentos aos beneficiários do Agros**, mesmo que acompanhados pelo seu professor/preceptor e com assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.



Atendimento Cirúrgico

- O valor referente aos serviços profissionais responsáveis pelo procedimento realizado deverá ser pago da seguinte maneira: 100% dos honorários para o cirurgião, 30% do porte do ato praticado pelo cirurgião para o 1º auxiliar e para os demais (segundo, terceiro e quarto auxiliares, quando a tabela indicar) deverão ser pagos 20% do porte do ato praticado pelo cirurgião, conforme a tabela de remuneração (TUSS Agros).
- Todos os procedimentos cirúrgicos eletivos devem ser avaliados e autorizados pela auditoria médica do Agros. As solicitações podem ser encaminhadas à auditoria pela URE, por e-mail, documentação física (no caso de comparecimento presencial) ou por meio do Portal. O prestador de serviço também poderá solicitar autorização diretamente no Portal Autorizador.
- Nos casos identificados pela auditoria médica, poderá ser necessária a realização de auditoria presencial com a seguinte finalidade:
 1. Avaliação da indicação ou pertinência do procedimento;
 2. Avaliação de cumprimento de critérios estabelecidos na DUT;
 3. Avaliação da Cobertura Parcial Temporária – CPT;
 4. Esclarecimento e conscientização do beneficiário;
 5. Avaliação do histórico de tratamentos anteriores, dentre outros.
- Honorários de instrumentação cirúrgica não serão pagos e nem reembolsados, pois entende-se que o(a) instrumentador(a) é uma despesa do hospital, incluído nas taxas de sala.
- Os casos de cirurgia de urgência e emergência não serão passíveis de autorização prévia e nem avaliação da auditoria médica de forma antecipada. Os procedimentos realizados serão validados após a realização da auditoria retrospectiva, sendo exigida apresentação de documentação que comprove a urgência e emergência do tratamento.



Cirurgia Buco-Maxilo-Facial

- Pode ser realizada por cirurgião dentista especialista em Cirurgia Buco-Maxilo- Facial ou médico com especialidade em cirurgia de cabeça e pescoço, de acordo com o Rol de procedimentos cobertos pelos planos assistenciais.
- A remuneração será de acordo com o previsto na TUSS Agros área médica para as cirurgias realizadas por médicos ou cirurgiões dentistas.
- Os documentos necessários para solicitação da autorização prévia são:
 - Relatório do profissional assistente (médico ou dentista) contendo diagnóstico descritivo;
 - Plano de tratamento com os códigos de enquadramento;

- Laudos e, ou resultados de exames;
- No caso da necessidade de Materiais Especiais será obrigatório o encaminhamento da relação dos materiais, contendo a especificação e justificativa de cada um deles.



Assistência ao Trabalho de Parto, Parto vaginal e Cesárea

- De acordo com a codificação da CBHPM, a assistência ao trabalho de parto será remunerada como Assistência ao trabalho de parto - por hora (até o limite de 6 horas), código TUSS 3.13.09.03-8, comprovada por partograma. Ela não será paga se o parto ocorrer na primeira hora após o início da assistência.
- Após a primeira hora, além da assistência, remunera-se o parto (via baixa ou cesariana).
- Quando houver retenção placentária pós-parto – realizado dentro do hospital sob assistência – diagnosticada ainda na sala de parto, a retirada da placenta – ou mesmo curetagem evacuadora – não deve ser remunerada além do parto.
- Para a análise de honorário de emergência nos procedimentos de cesariana realizada em horário que prevê o acréscimo de 30%, a auditoria técnica irá observar: data de liberação da guia de internação, o motivo da internação, queixas, se havia trabalho de parto ou amniorrexe prematura e o tempo decorrido entre a internação e o nascimento, além do partograma, para o pagamento do procedimento com adicional de 30%.
- O parto cesariana seguirá os critérios estabelecidos pela DUT 145, definida pela ANS. Nos casos que o procedimento for realizado a pedido da paciente será observado a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e deverá ser observada também a idade gestacional ou registro do trabalho de parto. Em se tratando de procedimento eletivo, deve ter autorização prévia.
- Nos casos de cesariana por intercorrência ou indicação clínica materna/fetal, avaliar documentação comprobatória constante em prontuário, que deverá conter obrigatoriamente a evolução ou partograma (nos casos em que a paciente for submetida a cesariana intraparto).
- Partos ocorridos fora do ambiente hospitalar não têm cobertura pelo plano de saúde e a eles não cabe remuneração de honorários profissionais (médico e enfermagem).
- Intercorrências pós-partos domiciliares possuem cobertura do plano de saúde, desde que encaminhada para ambiente hospitalar, e serão codificadas conforme o procedimento executado.
- A remuneração de assistência ao trabalho de parto por enfermeiro obstetra será realizada por meio das taxas ou serviços hospitalares.
- **Não será aceita pelo Agros a cobrança feita aos beneficiários de sobreaviso/disponibilidade obstétrica dos ginecologistas credenciados ao plano de saúde**, sendo acordo constante de aditivo contratual. Os prestadores de serviço credenciados devem informar aos beneficiários, no início do pré-natal, de sua indisponibilidade para realizar o parto fora do horário de trabalho.



Anestesia

- Os anestesistas serão remunerados pelo valor do porte anestésico previsto para cada cirurgia. A tabela de porte dos anestesistas possui negociação específica e valoração diferenciada dos cirurgiões e auxiliares e deverá estar de acordo as seguintes diretrizes:

- Nos procedimentos anestésicos múltiplos, com porte zero, não sendo determinante da cirurgia, não será remunerado. Porte 0 = anestesia local.
- Caso haja necessidade de atuação de anestesista em procedimento de porte zero, deverá ser apresentado relatório médico com justificativa técnica para avaliação e autorização da auditoria médica.

- A analgesia de parto deve ser paga quando solicitada pelo médico obstetra e considerando as diretrizes clínicas publicadas pela ANS para a Assistência ao Trabalho de Parto. Para fins de remuneração da assistência ao trabalho de parto, por hora (até o limite de 6 horas), código TUSS 31309038, será considerado o horário da primeira analgesia para contagem das horas. Não será paga se o parto ocorrer na primeira hora após a analgesia. Remunera-se o parto (via vaginal ou cesariana), conforme porte anestésico definido na CBHPM.

- Quando realizados procedimentos relacionados a analgesia para tratamento de dor, que incluam os procedimentos:

- **4.08.13.36-3 Coluna vertebral: infiltração foraminal ou facetária ou articular** – será remunerado o número de vezes igual ao número de segmentos. Em caso de múltiplas infiltrações será pago 100% para o primeiro e 50% para os demais.
- **3.14.03.03-4 Denervação percutânea de faceta articular - por segmento** – será remunerado o número de vezes igual ao número de segmentos. Em caso de múltiplas denervações será pago 100% para o primeiro e 50% para os demais.
- **3.16.02.16-9 Bloqueio peridural ou subaracnóideo com corticoide** – será pago quantidade 1 (quando associado a outros procedimentos segue a regra geral de procedimentos múltiplos, sendo considerada a mesma via de acesso).
- **3.14.03.02-5-6 Bloqueio de nervo periférico - nervos periféricos** – será pago por unidade topográfica e não por nervo bloqueado.

- Não serão liberadas cânulas especiais para bloqueios ou denervações, exceto para rizotomia que possui DUT nº 62.



Procedimentos Múltiplos

- Procedimentos múltiplos são atos cirúrgicos distintos, bilaterais ou não, realizados simultaneamente, para solucionar uma mesma ou diferentes doenças, podendo ser executados por uma ou mais equipes, independentemente da região anatômica.

- Quando previamente planejada, ou quando se verificar, durante o ato cirúrgico, a indicação de atuar em vários órgãos ou regiões ou em múltiplas estruturas articulares 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 no Referencial TUSS Agros e fará jus à remuneração correspondente a 100% do procedimento.

- Quando um ato cirúrgico for parte integrante de outro, valorar-se-á não o somatório do conjunto, mas exclusivamente o ato principal.
- Em procedimentos oftalmológicos, considera-se cada olho como uma mesma via de acesso, respeitado acordo firmado com o prestador de serviço e avaliação da auditoria médica.
- Para procedimentos de otorrino, será avaliada a via de acesso por meio de relatório médico e análise da auditoria médica.
- Para as microcirurgias de tumores intracranianos (código TUSS Agros 31401155), remunera-se de acordo com a abordagem cirúrgica e não de acordo com a quantidade de tumores.
- Para procedimentos da área de dermatologia (consultório e hospitalar), será avaliada a definição do número de lesões (agrupamento) prevista em tabela TUSS Agros.

Procedimentos auxiliares de diagnóstico e terapia – SP/SADT



Procedimentos Endoscópicos

- A consulta realizada previamente a procedimentos endoscópicos, com a finalidade de avaliação clínica e consequentemente classificação de risco do paciente, está incluída nos respectivos portes de cada procedimento. Porém, sempre que esta consulta contraindicar o procedimento endoscópico, o médico endoscopista fará jus ao porte da consulta.
- Os procedimentos que necessitem da participação do anestesista serão liberados para realização em ambiente hospitalar e em clínicas especializadas devidamente registradas nos órgãos reguladores e fiscalizadores. A participação do anestesista será liberada desde que haja comprovação da necessidade de sua presença, mediante justificativa do médico solicitante. Nos casos em que são realizados dois ou mais procedimentos, a remuneração do anestesista obedecerá ao que está previsto na tabela TUSS.
- Para a repetição dos procedimentos de endoscopia, em período inferior a 12 (doze) meses, se faz necessário o encaminhamento do resultado do último exame realizado e justificativa de repetição, para avaliação da auditoria médica. **Atenção:** Repetição do exame em período inferior a 12 meses para avaliação de cura de *Helicobacter pylori* não é justificativa para liberação da repetição, a não ser que o paciente apresente alguma sintomatologia, que deverá estar devidamente justificada pelo médico assistente.
- Dois procedimentos endoscópicos intervencionistas serão liberados conforme tabela TUSS Agros, considerando-se 100% e 70% (vias diferentes de acesso) ou 100% e 50% (mesma via de acesso) conforme os exames, desde que não haja um código específico para o conjunto. Nos procedimentos intervencionistas já estão incluídos os respectivos exames diagnósticos. A remuneração dos anestesistas segue o mesmo critério da remuneração do pagamento dos atos médicos, sendo pertinente no máximo uma cobrança por via de acesso.
- Quando realizado mais de um procedimento endoscópico no mesmo momento, será remunerada apenas uma taxa de sala. Para a taxa de equipamento ou Unidade de Custo Operacional - UCO será remunerado 100% e 70% para procedimentos com vias de acesso diferentes e uma única UCO para procedimentos com a mesma via de acesso, compatível com o procedimento de maior UCO.



Mamografia

- Será liberada em conformidade com a Diretriz de Utilização da ANS, com exceção das negociações específicas por prestador de serviço.



Patologia Clínica

- Para liberação e pagamento dos exames de patologia clínica deverão ser observados os protocolos estabelecidos pelo Agros.



Anatomia Patológica

- Para esses exames, os beneficiários devem encaminhar o material ao prestador de serviço para avaliação e lançamento dos procedimentos no Portal Autorizador, estando sujeito à solicitação do resultado dos exames para avaliação da auditoria médica retrospectiva.



Quimioterapia

- A cada início de tratamento o prestador de serviço ou beneficiário deverá apresentar ao Agros a solicitação do médico assistente, resultados dos exames de imagens, biópsias e outros que se fizerem necessários, Plano de Tratamento quimioterápico e anexo de Quimioterapia (Portal Autorizador) para avaliação da auditoria técnica, considerando os protocolos estabelecidos.
- Para continuidade do tratamento, deve ser apresentado novo pedido médico e a dosagem do quimioterápico, caso não haja alteração em relação ao Plano de Tratamento inicial.
- Em caso de mudança de esquema terapêutico (mudança dos medicamentos), a guia “anexo de quimioterapia” e o “plano de tratamento” deverão ser novamente preenchidos e encaminhados para reavaliação dos auditores médicos.
- Em uma única avaliação, pode ser liberado o equivalente a até 3 meses de tratamento.
- O pagamento dos quimioterápicos seguirá a prescrição do medicamento, bem como a dosagem administrada, conforme autorização prévia e auditoria in loco.
- As solicitações de medicamentos são avaliadas e negociadas pelo Agros com os prestadores, buscando a liberação do princípio ativo, possibilitando o pagamento do genérico. Caso haja algum impedimento para a utilização do princípio ativo ou determinada marca, o médico assistente deve apresentar a justificativa para avaliação da auditoria médica.
- Caso seja liberado o medicamento de marca, considerando a justificativa do médico, ele somente será pago caso seja efetivamente utilizado. Caso seja constatada a utilização do genérico na folha de enfermagem, será pago o genérico.
- Caso seja liberado o genérico e haja a constatação de utilização do medicamento de marca, o pagamento será realizado conforme a autorização, ou seja, o valor pago será o do genérico.
- Na auditoria de enfermagem será observado o código TUSS do medicamento solicitado/autorizado e utilizado e a dosagem em miligramas.
- Os medicamentos quimioterápicos de uso oral e os para controle de efeitos adversos (relacionados ao uso do quimioterápico ou patologia, conforme DUT) são fornecidos aos beneficiários diretamente pelo Agros, de acordo com a prescrição médica.



Radioterapia

- A cada início de tratamento, deverá ser apresentada a solicitação do médico assistente, resultados dos exames de imagens, biópsias e outros que se fizerem necessários, bem como, preenchimento do “Anexo de Radioterapia”, disponível no Portal Autorizador do Agros, para avaliação da auditoria médica, considerando os protocolos estabelecidos.
- Em caso de mudança de conduta no tratamento, o formulário deverá ser novamente preenchido e encaminhado para reavaliação dos auditores médicos.
- A especificidade da radioterapia será definida com base no CID disposto na CBHPM vigente. Em se tratando de radioterapia paliativa, o caso deverá ser comunicado à DSE para negociação independente.



Procedimentos dermatológicos

Os procedimentos relacionados ao tratamento cirúrgico das afecções dermatológicas serão avaliados pela auditoria médica, permitindo uma visão crítica dos procedimentos solicitados e até mesmo avaliação da qualidade dos serviços prestados aos beneficiários, em conformidade com os protocolos definidos no item 5.1.5.8 da Norma de Auditoria Médica do Agros.



Procedimentos autogerados

Os procedimentos listados abaixo serão liberados e pagos sem a necessidade de pedido médico, desde que realizados junto com a consulta médica.

- 40101010 – ECG;
- 41301323 – Tonometria;
- 41301188 – Exame a fresco;
- 41301102 – Colposcopia;
- 41301099 – Coleta de material cérvico-vaginal;
- 40201023 – Anuscopia.

Fisioterapia



Fisioterapia Ambulatorial e Domiciliar

- Necessária autorização prévia da auditoria médica para os casos de solicitação de fisioterapia contínua, fisioterapia domiciliar ou em caso de necessidade de esclarecimento quanto à codificação.
- Para o caso de fisioterapia domiciliar, a assistência é prestada somente por meio do Programa de Assistência Domiciliar do Agros, não estando sujeito a cobertura pela rede credenciada e também por reembolso. A autorização se dará por meio do Pró- Saúde.

- A realização de fisioterapia com cobertura do Plano de Saúde está condicionada à solicitação (encaminhamento) médica. As solicitações de fisioterapia ambulatorial devem ser inseridas no Portal Autorizador do Agros e liberadas automaticamente, considerando as regras de negócio. Qualquer inconsistência relacionada às regras de utilização do procedimento, observadas no Portal Autorizador, devem ser validadas pela auditoria médica, para análise da justificativa apresentada.

- A conformidade da solicitação médica em relação ao procedimento e número de sessões realizadas é validada no momento da auditoria administrativa das contas. É importante atentar-se para os critérios de avaliação:

- As solicitações com indicação para realização de sessões contínuas terão validade de seis meses;
- Os pedidos médicos que não tiverem identificado a quantidade de sessões e forem de tratamento contínuo terão validade de seis meses;
- A consulta com fisioterapeuta é permitida somente uma vez, no início do tratamento, ou uma a cada seis meses, quando for tratamento contínuo;
- Não será liberada mais de uma sessão no mesmo dia, mesmo que para patologias distintas;
- Nos pedidos médicos que não tiverem identificados a quantidade de sessões solicitadas, poderão ser liberadas até 10 (dez) sessões.



Fisioterapia Hospitalar

- Deverá ser realizada de acordo com a solicitação médica seguindo o protocolo estabelecido com o hospital credenciado.

- Necessita de solicitação médica, devendo ser executada e registrada em prontuário, com identificação do profissional executante, descrição do procedimento e o número de sessões realizadas.

- O procedimento “Consulta hospitalar em fisioterapia” poderá ser autorizada uma por internação, exceto no caso de alteração de tipo de acomodação, como saída do beneficiário do apartamento/enfermaria para o CTI (ou vice-versa).

Psicologia, Nutrição, Terapia Ocupacional e Fonoaudiologia



Ambulatorial e Domiciliar

- Necessário o encaminhamento médico para o atendimento ambulatorial por esses profissionais, exceto nos casos de atendimento com nutricionista.

- Para o caso de atendimentos/sessões domiciliares a assistência é prestada somente por meio do Programa de Assistência Domiciliar do Agros, não estando sujeito a cobertura pela rede credenciada e também por reembolso e a autorização se dará por meio do Pró-Saúde.

- A quantidade total de sessões de nutrição está limitada à cobertura prevista no regulamento do Plano de Saúde, sendo autorizado 1 a cada 30 dias. Caso haja continuidade do atendimento antes dos 30 dias, será considerado retorno.

- No caso da Psicologia será autorizada uma sessão a cada 7 dias. Para a realização com frequência maior que o estabelecido é necessário envio de relatório profissional que justifique. Já para Terapia Ocupacional e Fonoaudiologia há possibilidade de realizar até 2 sessões por semana, conforme pedido médico. Havendo necessidade de maior número de sessões semanais, é necessário o encaminhamento de relatório médico com justificativa para avaliação da auditoria médica.

- As solicitações são inseridas no Portal Autorizador do Agros e liberadas automaticamente, considerando as regras de negócio. Qualquer inconsistência relacionada às regras de utilização do procedimento, observadas no Portal Autorizador devem ser validadas pela auditoria médica, para análise da justificativa apresentada.

- A avaliação neuropsicológica representa procedimento realizado por psicólogo na quantidade média de 6 sessões (variando de 4 a 10 sessões) sendo negociado pacote para o tratamento solicitado pelo médico assistente.



Hospitalar

- As sessões de Terapia Ocupacional, Nutrição, Psicologia e Fonoaudiologia necessitam de solicitação médica, para avaliação e autorização prévia da auditoria médica, devendo ser executadas e registradas em prontuário, onde deverá constar identificação do profissional executante, procedimento e o número de sessões realizadas, limitadas a 01 (uma) por dia de internação para cada terapia solicitada.

Diárias, Taxas, Medicamentos, Materiais e Órteses e Próteses



Diárias e Taxas

- Os valores são acordados diretamente com cada prestador de serviço hospitalar. Constituem o Protocolo de Intenções de Serviços Hospitalares, não sendo passível a cobrança e o pagamento da diária do dia da alta.



Materiais, Medicamentos e Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME)

- Os valores de materiais, medicamentos e OPMEs são acordados com cada prestador de serviço e podem ser baseados em lista própria, publicação da área (Brasíndice/Simpro) ou no valor de aquisição (nota fiscal apresentada pelo prestador de serviço) acrescido da margem de comercialização.

- Também existe a possibilidade de compra direta das OPME's por parte do Agros, cabendo, neste caso, apenas a remuneração da margem de comercialização ao Hospital, conforme acordo entre as partes.

- Para remuneração dos medicamentos de uso restrito hospitalar, deve ser negociado com cada prestador o percentual para gestão do medicamento (Resolução Normativa nº 241 de 06 de dezembro de 2010).

- Não há cobertura para medicação fora do ambiente hospitalar, exceto para os casos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, preenchidos os critérios das Diretrizes de Utilização (DUT) em vigor à época do evento.

- Há possibilidade de cobertura para medicamentos injetáveis para uso domiciliar de acordo com o regulamento específico do Programa de Assistência Domiciliar, se aprovado pela auditoria médica.

- Os medicamentos subcutâneos de uso não restrito hospitalar serão fornecidos pelo Agros, que disponibilizará equipe para a aplicação da medicação em domicílio.

Urgência / Emergência e procedimentos eletivos

O caráter do atendimento – se é urgência, emergência ou eletivo – deve ser definido pelo médico assistente (o profissional solicitante), conforme definição da Lei 9.656/98 e Resolução do Conselho Federal de Medicina nº1451/95.

Urgência: acidentes pessoais ou complicações no processo gestacional (Lei 9.656/98); ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata (Resolução CFM 1451/95).

Emergência: risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente (Lei 9.656/98); constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato (Resolução CFM 1451/95)

Eletivo: procedimento programado, que não é caracterizado como urgência ou emergência.

O caráter do atendimento deve ser informado nos pedidos de realização de procedimentos. A informação deve ser preenchida nas guias de Solicitação de Internação e de SP/SADT.

SOLICITAÇÕES DE PROCEDIMENTOS/ GUIAS DE AUTORIZAÇÃO

- As guias de autorização podem ser emitidas pelos profissionais de saúde e enviadas para avaliação do Agros com até 90 dias de antecedência da realização dos procedimentos eletivos. É importante que a solicitação seja feita com antecedência devido à necessidade de avaliação da auditoria técnica, que pode levar a solicitações de pareceres técnicos baseados nas melhores evidências.

- O Agros segue regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e os prazos para autorização constam nas Resoluções Normativas 259 e 268, de 2011.

- Os procedimentos de odontologia e quimioterapia devem ser solicitados com o preenchimento do Plano de Tratamento. Devem ser listados todos os procedimentos que serão realizados, para avaliação da elegibilidade do beneficiário e para a auditoria técnica verificar a pertinência das indicações e a cobertura.

- Os pedidos de todos procedimentos também devem trazer a identificação do local onde o procedimento será realizado, ou seja, o “Nome do Prestador”. Por exemplo: o pedido de uma cirurgia em Viçosa deve especificar se ela será realizada no Hospital São João Batista ou São Sebastião. Isso facilita o processo de liberação e evita transtornos para o beneficiário no momento do atendimento.

O preenchimento dessas informações é obrigatório, conforme padrão de Troca de Informação da Saúde Suplementar (TISS), e possibilita que o Agros dê o correto encaminhamento aos pedidos médicos apresentados.

NECESSIDADE DE AUTORIZAÇÃO PRÉVIA

De acordo com o regulamento dos planos de saúde, **todos os procedimentos que não são de urgência/emergência precisam ser autorizados pelo Agros antes de serem realizados pelos beneficiários.** Alguns procedimentos são liberados automaticamente quando o profissional de saúde faz a solicitação no Portal Autorizador (sistema de autorizações próprio do Agros). Outros precisam ser enviados para avaliação da auditoria médica ou odontológica, considerando indicação, utilização ou não de OPMEs nível de complexidade e custos.

NECESSIDADE DE AUTORIZAÇÃO PRÉVIA

- Os profissionais e estabelecimentos credenciados devem acessar o Portal Autorizador antes de realizar os atendimentos aos beneficiários, para emissão da autorização.

Lembre-se: todos os procedimentos necessitam de autorização prévia, com exceção dos atendimentos de urgência e emergência (que devem ser registrados posteriormente no Portal).

- O profissional deve conferir os dados cadastrais exibidos no portal com o documento de identificação do beneficiário.

- O sistema avalia a elegibilidade dos beneficiários, de acordo com o número constante na carteira assistencial. Os procedimentos solicitados no Portal passam pelas regras de regulação e os casos que necessitam de avaliação técnica são encaminhados automaticamente para a auditoria médica, de enfermagem e odontológica.

TIPOS DE AUDITORIA

Auditoria Prospectiva

- Essa modalidade de auditoria possui caráter preventivo e procura detectar situações de divergências para evitar problemas, por meio de avaliação dos procedimentos médicos antes da sua realização. Nesse caso é feita a auditoria médica para as liberações.

- Para realização de procedimentos que requeiram autorização prévia, os beneficiários devem enviar ao Agros a solicitação médica e os exames relacionados, quando for o caso. Essa auditoria visa a comprovação do diagnóstico e da indicação do procedimento, por meio da análise dos relatórios médicos com justificativas do médico solicitante, codificação dos procedimentos, avaliação da necessidade de utilização de OPME, considerando a necessidade e a realização das internações em locais adequados e por períodos compatíveis.

- Todos os procedimentos que possuem DUT (Diretriz de Utilização estabelecida pela ANS) necessitam de avaliação e autorização prévia.
- Todos os procedimentos já realizados e solicitado repetição em intervalo de tempo menor do que o preconizado para o procedimento, deverá ser avaliada justificativa médica para liberação da repetição.
- Procedimentos classificados como de alta complexidade (PAC) de acordo com o rol de procedimentos e eventos com cobertura obrigatória da ANS passam pela avaliação da auditoria médica, quando identificado que o beneficiário possui doenças ou lesões preexistentes. Devem ser observados todos os procedimentos legais estabelecidos na regulamentação da ANS quanto à cobertura parcial temporária – CPT.
- Os procedimentos de esterilização masculina (vasectomia) e feminina (laqueadura tubária), anticoncepção (implante de DIU) e cirurgia de obesidade mórbida (gastroplastia) requerem autorização prévia e preenchimento de formulário específico disponibilizado pelo Agros. O procedimento só poderá ser realizado após transcorrido 60 dias da data da assinatura do termo. Será aceito termo de consentimento disponibilizado pelo médico assistente, desde que possua todas as informações necessárias, conforme legislação, e esteja datada e assinada pelo beneficiário e médico assistente.
- Todas as solicitações são autorizadas previamente a realização do procedimento, por meio do Portal Autorizador, mediante análise da documentação completa (pedido médico, relatórios, laudos de exames), com exceção dos procedimentos realizados em caráter de urgência e emergência, sendo sujeitos à auditoria retrospectiva para comprovação da urgência. Em alguns casos, os auditores poderão solicitar a presença do beneficiário para prestar esclarecimentos adicionais.
- Em casos de dúvida para a liberação do procedimento, os auditores podem solicitar o encaminhamento do beneficiário para a realização de perícia com empresa/profissional contratada, segunda opinião médica, parecer especializado de medicina baseada em evidência ou junta médica, conforme legislação.
- Todas as solicitações de dermolipectomia deverão ser submetidas à auditoria presencial com a auditoria médica.
- Os beneficiários que são atendidos pela rede indireta devem procurar a Unimed local que encaminhará a solicitação para aprovação do Agros.
- A Auditoria Prospectiva também objetiva: direcionar as autorizações de exames complementares ou procedimentos cirúrgicos, de acordo com os critérios de referenciamento da Instituição e a necessidade do paciente; verificar a compatibilidade da especialidade do requisitante com o procedimento solicitado; detectar possíveis abusos nas solicitações; avaliando se o procedimento solicitado deverá passar pelo Comitê de Regulação e Autorização dos Planos Assistenciais.

Auditoria Concorrente

- Também denominada como visita hospitalar ou auditoria externa, tem sido praticada, cada vez mais, como forma de analisar as contas médicas, com foco no aproveitamento dos recursos e utilização do leito, diminuição dos desperdícios, qualidade dos serviços prestados e segurança dos beneficiários.

- **O auditor atua dentro do hospital, visando o acompanhamento das internações, promovendo correções e ajustes** (diárias geradas desnecessariamente em decorrência de suspensão de cirurgias, demora na realização da cirurgia eletiva, ausência do médico assistente para evoluir o paciente, prescrever ou dar a alta, realização de exames pré-operatórios e outros procedimentos que poderiam ser realizados ambulatorialmente, etc.).
- O auditor avalia a pertinência da internação e quando necessário, realiza a entrevista do paciente, acompanha a realização de procedimentos, terapias e diagnósticos, inclusive os cuidados recebidos pelos pacientes. Analisa a permanência hospitalar e os prontuários com as prescrições, evoluções médicas, registros diários e anotações de enfermagem. Acompanha e autoriza os pedidos de prorrogação, discutindo, se for o caso, com o médico assistente.
- O auditor analisa também as solicitações de procedimentos realizados durante a internação, autorizando de acordo com sua real necessidade e compatibilidade com o quadro clínico do paciente.
- Para os pacientes internados em Viçosa, há a auditoria concorrente de enfermagem com codificação do Grupo de Diagnósticos Relacionados - DRG admissional, quando será avaliada também a possibilidade de desospitalização em menor tempo, acionamento de equipe multidisciplinar para provimentos dos recursos necessários para a melhor assistência, identificação de eventos adversos para a devida notificação aos órgãos reguladores e os demais pontos relacionados à auditoria concorrente.
- Nos casos de internação fora do município, o acompanhamento é realizado através da análise de documentos. Quando constatada a necessidade de visita ao paciente, a auditoria médica do Agros solicita que a mesma seja realizada por empresa terceirizada, contratada para essa finalidade.
- As solicitações de prorrogação das internações são enviadas pelos prestadores de serviço por meio do Portal para análise da auditoria médica. As prorrogações devem ser solicitadas no máximo 24 horas após o último período autorizado, com envio de relatório médico justificando a complexidade do leito e o tempo de internação com base no quadro clínico do paciente. O limite de dias autorizados por solicitação é 5 dias, podendo ser inferior, de acordo com a análise técnica do auditor. Internações de longa permanência quando for constatada pelo quadro clínico do beneficiário a impossibilidade de desospitalização, poderão ter períodos maiores de prorrogação.
- Os períodos não prorrogados no Portal não serão considerados para fins de pagamento, cabendo glosa na autoria retrospectiva.
- Apoiado pelo setor administrativo, o auditor médico e de enfermagem deve acompanhar todo o processo de hospitalização, garantindo que informações técnicas e administrativas estejam claramente colocadas no prontuário médico ou folhas de salas, como coberturas, situações clínicas ou cirúrgicas, etc.

Auditoria Retrospectiva

- Essa modalidade de auditoria verifica os resultados e corrige as falhas ocorridas durante o processo de liberação e concessão do benefício. Nesse momento é verificado se a cobrança está de acordo com o que foi autorizado e com o que foi realizado, observando-se ainda, a codificação conforme a tabela adotada, quantidades de itens, materiais e medicamentos utilizados.

- **É realizada através da análise de documentos, de relatórios médicos, de autorizações prévias, da conta médica propriamente dita**, visando apontar distorções detectadas. Após todo o processo, o auditor tem condições de avaliar o desempenho real de cada prestador ou credenciado, para correção das distorções e melhoria na qualidade do serviço prestado.

- Também deve ser avaliado o emprego de métodos diagnósticos e terapêuticos cobrados em conta hospitalar, se estes condizem com o evento realizado e a racionalização entre o emprego coerente das técnicas utilizadas e suas faturas de cobrança.

- Na auditoria retrospectiva de contas, cabe à Auditoria Médica validar:

- Diárias/Prorrogações e permanência hospitalar;
- CID principal e secundário;
- Descrição clínica em prontuário e folha de sala cirúrgica;
- Documentação apresentada com os devidos registros conforme exigência do Conselho de Classe das categorias;
- Honorários cobrados e papel de cada profissional na assistência do paciente;
- Caráter de atendimento (urgência/eletivo);
- Datas e horários dos procedimentos;
- Percentual aplicado a procedimentos simultâneos;
- Procedimentos complementares;
- Terapias;
- Taxa de sala (porte);
- Procedimentos com DUT e Procedimentos de Alta Complexidade – PAC.

- Cabe a Auditoria de Enfermagem validar:

- Data de internação e alta;
- Acomodação;
- Materiais;
- Medicamentos;
- Exames complementares de diagnóstico básicos;
- OPME;
- Taxas de equipamentos.

Juntamente com a auditoria retrospectiva, será realizado o DRG de alta dos pacientes internados nos Hospitais de Viçosa. A auditoria técnica emitirá relatórios à Gerência de Saúde do Agros com os principais motivos de glosa e não-conformidades evidenciadas durante a auditoria técnica concorrente e retrospectiva.

Processamento das Contas para Pagamento

- A auditoria técnica pode ser realizada por equipe própria ou terceirizada de médicos e enfermeiros auditores.
- O processo de auditoria retrospectiva envolve os auditores médicos e de enfermagem e a equipe de auditoria administrativa. São consideradas as informações constantes quando da autorização prévia ou “senha” do evento, relatórios da auditoria in loco (auditorias prospectivas, concorrente e retrospectiva), documentos e relatórios anexos na conta hospitalar. Havendo divergências ou pontos a esclarecer, efetua-se a glosa técnica ou administrativa.
- Após a análise técnica, as contas são processadas pela equipe administrativa, seguindo as Normas de Auditoria Administrativa dos faturamentos apresentados pelos prestadores de serviço.

PRAZOS DE LIBERAÇÃO

O Agros estabelece os prazos para resposta às solicitações de autorizações de acordo com os Regulamentos dos planos assistenciais, as Resoluções Normativas da ANS nº 623/2024 e nº 395/2015, bem como os prazos estabelecidos em contratos firmados com a rede credenciada.

PROCEDIMENTO	PRAZO DE AVALIAÇÃO E RESPOSTA (RN 623/2024)	PRAZO DE GARANTIA DE ATENDIMENTO (RN 395/2015)
Procedimentos cirúrgicos	10 dias úteis	21 dias úteis
Serviços de diagnóstico por laboratório de análises clínicas em regime ambulatorial	3 dias úteis	3 dias úteis
Demais serviços de diagnóstico e terapia em regime ambulatorial (exceto PAC)	5 dias úteis	10 dias úteis
Atendimento em regime de hospital-dia (exceto PAC)	10 dias úteis	10 dias úteis
Procedimentos de alta complexidade (PAC)	10 dias úteis	21 dias úteis

Atenção:

- Em caso de urgência/emergência, sujeita a auditoria retrospectiva, o atendimento deverá ser efetivado independentemente da “autorização”. O prestador de serviço deve providenciar a autorização no prazo máximo de 48 horas para a internação e 7 dias corridos para os demais atendimentos. Vencido esse prazo sem a regularização necessária, o prestador de serviço fica sujeito a auditoria administrativa e, em caso de divergências de elegibilidade do beneficiário ou de cobertura, os procedimentos realizados podem não ser pagos pelo Agros.
- Pedidos médicos descritos como urgência/emergência não serão recebidos no Agros para autorização prévia. Nestes casos, o beneficiário deverá procurar diretamente o prestador de serviço para atendimento imediato.
- A caracterização do quadro de urgência e emergência é de responsabilidade do médico assistente e poderá ser alvo de confirmação pela auditoria médica.
- A apresentação de solicitação de procedimento e/ou serviço de cobertura assistencial à operadora poderá ser feita pelo próprio beneficiário ou pelo prestador em nome do beneficiário.
- É de responsabilidade do prestador, no momento do atendimento, verificar no Portal Autorizador a elegibilidade do beneficiário e avaliar os procedimentos solicitados pelo profissional de saúde responsável em relação às regras de cobertura do plano de saúde contratado. A solicitação posterior ao momento do atendimento ocorrerá por deliberalidade e risco do prestador.
- Órteses, Próteses e materiais especiais/medicamentos de alto custo com valor unitário abaixo de R\$ 300,00 não precisam de autorização prévia, exceto os casos previstos em contrato.

INCORPORAÇÃO DE NOVA TECNOLOGIA

- A incorporação de novos procedimentos propedêuticos e/ou terapêuticos, próteses, órteses, materiais, medicamentos, equipamentos e taxas, deverá ser solicitada pelo prestador de serviço ao Agros, acompanhada de justificativa baseada em evidências científicas, orientada por protocolos clínicos e estudo de custo-efetividade e custo-benefício, na forma de formulário disponibilizado pelo Agros, de modo a permitir a avaliação técnica e a viabilidade econômica do custeio por parte da operadora.
- As solicitações de incorporação de novas tecnologias serão levadas para discussão no Comitê de Autorização e Regulação dos Planos de Saúde.

GLOSAS

- A glosa ocorre quando o Agros identifica inconformidades na cobrança feita pelos prestadores de serviço. Os atendimentos glosados não são pagos de forma parcial ou integralmente.
- As revisões de glosa estão previstas nos contratos firmados com os prestadores de serviço. Os prestadores de serviço podem recorrer de glosa efetuada em contas médico-hospitalares; para isso, devem apresentar uma justificativa das divergências para avaliação do Agros.
- Os credenciados podem solicitar a revisão da glosa, seguindo o prazo contratual, por meio do Portal Autorizador. Em alguns casos, de acordo com o motivo da glosa, poderá ser necessário enviar documentação adicional para o e-mail revisaodeglosa@agros.org.br.
- O monitoramento dos motivos das glosas pode ser feito por meio do Portal Autorizador.
- O prestador de serviços tem 90 dias a partir da notificação de que houve glosa para solicitar a revisão. Esse prazo pode ser diferente, se for previsto no contrato.
- O Agros tem o mesmo prazo para o processamento da revisão, ou seja, geralmente 90 dias. O resultado da avaliação será disponibilizado no Portal Autorizador.

INFORMAÇÕES GERAIS

Faturamento

- O prazo máximo para envio das cobranças ao Agros é de 180 dias após a data do atendimento ao beneficiário. As cobranças enviadas após esse prazo são glosadas por caducidade, ou seja, não são pagas.
- Os atendimentos devem ser cobrados, se possível, no mês seguinte ao atendimento. Além do risco da glosa por caducidade, a demora entre a realização e a cobrança reflete também no prazo de cobrança da coparticipação aos beneficiários, o que pode gerar insatisfação ou dificuldade de entendimento por parte deles.

Discriminativos de pagamento

- Todos os meses o Agros disponibiliza os discriminativos de pagamento no Portal Autorizador.
- Assim que o documento for disponibilizado, é importante que o credenciado faça a conferência dos valores pagos pelo Instituto, a fim de que eventuais inconsistências possam ser resolvidas o mais rapidamente possível. Após a conferência, deve ser emitido o documento fiscal correspondente ao valor recebido (Nota Fiscal para Pessoas Jurídicas e RPA para Pessoas Físicas).

- O acompanhamento do discriminativo também permite conhecer as glosas (que são descritas nesse documento) e, conseqüentemente, solicitar a revisão dos valores não pagos, nos casos previstos. Os motivos são descritos no documento e é importante avaliá-los para evitar novas glosas e para melhoria dos processos de atendimento e faturamento, de forma geral.
- A partir de janeiro/2026, os credenciados devem enviar a Nota Fiscal ou RPA para o Agros por meio do Portal Autorizador.

Orientações sobre solicitação de autorização de procedimentos para faturamento

- As guias de autorização podem ser solicitadas com até 90 dias de antecedência da realização dos procedimentos eletivos. É importante que a solicitação seja feita com antecedência, considerando a necessidade de avaliação da auditoria técnica que pode levar a solicitações de pareceres técnicos baseados nas melhores evidências.
- Os procedimentos de odontologia e quimioterapia devem ser solicitados com o preenchimento do Plano de Tratamento. Devem ser listados todos os procedimentos que serão realizados, para avaliação da elegibilidade do beneficiário e para a auditoria técnica verificar a pertinência das indicações e a cobertura.
- A emissão da autorização possibilita a execução do procedimento e o envio para o faturamento e cobrança dos procedimentos.
- O preenchimento correto dos campos da solicitação que é entregue ao beneficiário no Portal é essencial para uma correta liberação dos procedimentos. Caso sejam identificadas inconsistências nas informações, a solicitação pode ser motivo de glosa.

Se tiver qualquer dúvida sobre o processamento de emissão de guias e faturamento dos atendimentos prestados, entre em contato com o Agros!



Viçosa

Av. Purdue, s/n, Campus UFV

CEP: 36570-900

Florestal

Rua Benedito Valadares, 602, Lj 01, Centro

CEP: 35690-000

Rio Paranaíba

**Campus UFV Rio Paranaíba
(Rodovia MG-230, Km 07) - BBT, sala 219**

CEP: 38810-000



 www.agros.org.br

  (31) **3899-6550**

  **@agrosprevsau**