

MANUAL DO CREDENCIADO



OPERADORA

Associação dos Servidores Fiscais do Estado da Bahia

Registro ANS nº 33.575-4

CANAIS DE SUPORTE

(71) 2201-2201

credenciamento@asfeb.org.br

 **ASFEBSAÚDE®**
Garantindo o bem-estar de sua família.

ANS nº 335754

SUMÁRIO

1. Sobre a Asfeb

- Boas-vindas
- Objetivos do Plano
- Importância da Rede

2. Atendimento ao Beneficiário

- Documentação Obrigatória e Consulta de Elegibilidade
- Tutoriais (Área Restrita / WhatsApp) e Prazos de Carência
- Prazos de Atendimento (ANS) e Regras de Conduta / Cobrança

3. Pedido Médico

- Requisitos Obrigatórios e Prazos de Validade
- Casos de Revalidação de Pedidos

4. Autorização

- Classificação de Procedimentos e Canais de Solicitação
- Validade de Senhas e Regras para Finais de Semana
- Fluxos de Urgência, Emergência e Pedidos de OPME

5. Faturamento

- Transmissão Eletrônica, Prazos Limites e Erros de Sistema
- Regra de Retornos e Tipos de Guias (TISS / TUSS)
- Regras de Envio de Documentos Físicos e Endereço
- Critérios Obrigatórios de Auditoria Médica e Nota Fiscal
- Dados do Tomador, Pagamentos e Demonstrativo XML

6. Glosa

- Definição, Tipos de Glosas e Códigos de Alto Índice (1001 a 1716)
- Códigos de Alto Índice (2706 a 2101)
- Códigos de Alto Índice de OPME (2203 e 2206) e Formato do Recurso
- Canais de Envio e Prazos de Análise do Recurso

7. Atualização de Dados

- Fluxos de Alteração (Dados Bancários, Corpo Clínico e Contatos)
- Fluxos de Alteração (Endereço, Diretoria, CNES e Tributos)

8. Descredenciamento

- Rescisão Voluntária, Suspensão Parcial e Cancelamento Imediato
- Obrigações Regulatórias e Transição de Pacientes

9. Atestado de Capacidade Técnica

- Orientação para emissão do documento

Bem-vindo(a) à Rede Credenciada Asfeb Saúde

É com grande satisfação que recebemos você em nossa rede credenciada. Este manual foi desenvolvido para orientar e facilitar o dia a dia do seu atendimento aos nossos beneficiários, garantindo eficiência, agilidade e qualidade em todos os processos. Nas próximas páginas, você encontrará as diretrizes para autorizações, faturamento de guias, prazos e canais oficiais de suporte.

Quem Somos e Nosso Objetivo

O Plano Asfeb Saúde é gerido pela Associação dos Servidores Fiscais do Estado da Bahia (Asfeb) sob o modelo de autogestão (Registro ANS nº 33.575-4). Somos uma entidade de direito privado, sem finalidades lucrativas, que atua nas modalidades condominial pós-pagamento e coletivo por adesão espontânea.

Nosso principal objetivo é promover a saúde e prevenir doenças. Para isso, custeamos despesas de atendimento médico, ambulatorial, hospitalar e obstétrico, sempre em total conformidade com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, a Lei nº 9.656/98 e a Resolução 608 do STJ.

Sua importância na nossa Rede

O atendimento de excelência aos nossos beneficiários é assegurado por meio do nosso prestador credenciado. Juntos, formamos uma rede sólida de clínicas, laboratórios e hospitais dedicados ao cuidado de vidas. Contamos com o seu compromisso na observância destas normas para construirmos uma parceria fluida, segura e livre de glosas.

Agradecemos a sua colaboração.

E-mail: credenciamento@Asfeb.org.br

Telefone e Whatsapp: (71) 2201-2201.

ATENDIMENTO AO BENEFICIÁRIO

O acolhimento de excelência é a base da nossa parceria. Para garantir a assistência adequada do paciente e a regularidade do faturamento, siga as diretrizes abaixo em cada atendimento.

Documentação Obrigatória

O beneficiário deve apresentar obrigatoriamente os seguintes documentos para fins de atendimento pela Asfeb:

- A Carteira do plano poderá ser física ou digital (App Asfeb Saúde).
- Documento oficial com foto.
- Pedido médico ou relatório médico, em se tratando de exames e procedimentos.

Alerta: O prestador deve responder solidariamente caso aceite cartões de beneficiários por terceiros sem a devida checagem do documento oficial com foto.

Para menores de idade sem documento com foto, apresentar a Certidão de Nascimento acompanhada do documento do responsável legal.

Consulta de Elegibilidade Beneficiário Asfeb

A validação do beneficiário deve ser feita antes de qualquer procedimento. A elegibilidade pode ser consultada prioritariamente pelo Site da Asfeb na área restrita.

- Canais: site da Asfeb: Área Restrita Asfeb (www.asfeb.org.br/area-restrita/).
- Dados necessários para verificação de elegibilidade: matrícula (composta por 10 dígitos) ou CPF.

Caso o beneficiário esteja inelegível, ligue imediatamente ou envie mensagem para o setor de Atendimento da Asfeb no número (71) 2201-2201 (ligação e WhatsApp)

Em casos de urgência e emergência, o atendimento inicial deve ser garantido imediatamente, devendo o prestador regularizar a elegibilidade junto à Asfeb nas primeiras 24 horas úteis.

Passo a Passo: Login na Área Restrita

1. Acesse o portal oficial através da Área Restrita ASFEB.
2. No campo de identificação, digite o CNPJ cadastrado do prestador.
3. Insira a sua Senha de acesso. Para o Primeiro Acesso: Utilize o CNPJ digitando apenas os números.

4. Caso tenha esquecido os dados, clique no link de recuperação "Esqueci minha senha" localizado na mesma página ou mantenha contato com setor de Relacionamento com Mercado.

Passo a Passo: Atendimento e Suporte via WhatsApp

Para resolver casos de beneficiários inelegíveis, autorizações ou consultas sistêmicas internas:

1. Salve o número oficial (71) 2201-2201 na agenda do celular.
2. Abra o aplicativo do WhatsApp e envie um "Oi" para iniciar a interação com o assistente virtual.
3. Aguarde o menu de opções carregar na tela e selecione Prestador / Autorizações.
4. Tenha em mãos a matrícula de 10 dígitos ou o CPF do paciente para repassar ao atendente humano, caso seja transferido.
5. *Horário de Funcionamento:* Este canal funciona estritamente de segunda a sexta-feira, das 8h às 17h.

Para outras demandas e falar diretamente com o Setor de Relacionamento Mercado:

1. Abra o aplicativo do WhatsApp e envie um "Oi" para iniciar a interação com o assistente virtual.
2. Aguarde o menu de opções carregar na tela escolha as opções: Prestador / Relacionamento com Mercado.

Aqui está uma proposta de redação revisada e estruturada em linguagem clara, profissional e instrutiva, pronta para ser incorporada ao **Manual do Credenciado**:

Consulta de Elegibilidade e Atendimento a Beneficiários de Reciprocidade (ASSEFAZ e FEBRAFITE)

A nossa operadora possui convênio de reciprocidade com a **ASSEFAZ** e com as operadoras integrantes da **FEBRAFITE** (*ASFAL, CAFAZ, AFFEAM, AFFEGO, FUNDAFFEMG, ASPARA, AFRAFEP, FISCO SAÚDE, AMAFRERJ, AFISVEC, AMAFRESP, CASSIND e SANEPAR*).

Por esse motivo, a sua clínica/hospital poderá atender beneficiários vinculados a essas operadoras parceiras sob a gestão da ASFEB.

Regra Geral de Identificação

Número de Matrícula: Tanto os beneficiários oriundos da **ASSEFAZ** quanto os da **FEBRAFITE** possuem número de matrícula ASFEB iniciado com o **dígito 4** e composto por **10 dígitos**.

Procedimentos para Consulta de Elegibilidade

Para evitar negativas indevidas de atendimento, siga atentamente as orientações específicas de consulta para cada grupo de reciprocidade:

A. Beneficiários de Origem ASSEFAZ

ATENÇÃO: NÃO realize a consulta de elegibilidade no site da ASFEB para este público. Devido a parâmetros do sistema, a busca no portal indicará incorretamente as mensagens *"CPF ou Carteira inválido(a)!"* ou *"Entre em contato com a ASFEB"*.

Como proceder no atendimento:

1. **Verificação do Documento:** Solicite e acate a **Autorização Provisória de Atendimento** emitida pela ASSEFAZ (consulte o modelo no Anexo deste manual). Verifique no documento a cidade, a validade e os tipos de atendimentos liberados.
2. **Suporte Direto:** Em caso de dúvidas ou divergências, **entre em contato com a Central de Atendimento da ASFEB** para confirmar a elegibilidade antes de recusar o atendimento ao paciente.

B. Beneficiários de Origem FEBRAFITE

A consulta de elegibilidade pode ser realizada diretamente no portal da ASFEB, observando a regra obrigatória de pesquisa:

Como proceder na consulta:

1. **Busca Exclusiva por CPF:** A consulta deve ser realizada **obrigatoriamente pelo CPF do beneficiário** (não pesquise pelo número da matrícula).
2. **Confirmação:** Quando o sistema retornar a mensagem *"Este beneficiário está elegível!"*, dê prosseguimento normal ao atendimento.

IMPORTANTE PARA O FATURAMENTO: A matrícula eventualmente exibida no resultado da busca do site **NÃO** deve ser utilizada na emissão do faturamento. Para fins de guias e faturamento, utilize **exclusivamente a matrícula iniciada pelo dígito 4** presente no cartão ou documento do usuário.

Faturamento e Fluxo de Cobrança

O atendimento prestado aos beneficiários de reciprocidade segue o fluxo padrão de prestação de serviços da ASFEB:

Não há alterações nas regras de guias, cobrança ou apresentação de faturamento.

A valoração dos procedimentos segue o contrato vigente com a nossa operadora.

Canais de Suporte

Caso precise confirmar dados, validar atendimentos ou esclarecer dúvidas operacionais, utilize os nossos canais de suporte:

- **Horário de Atendimento:** Segunda a sexta-feira, das **08h00 às 17h00**
- **E-mail:** atendimento@Asfeb.org.br
- **Telefone e WhatsApp:** (71) 2201-2201

Prazos de Carência

Sempre verifique o tempo de contrato do beneficiário para os seguintes prazos:

- **24 horas:** urgência e emergência.
- **30 dias:** consultas médicas e exames laboratoriais básicos.
- **90 dias:** exames e procedimentos complexos, cirurgias e terapias ambulatoriais (inclui ultrassonografia e doppler).
- **180 dias:** internações clínicas/cirúrgicas e remoções.
- **300 dias:** partos a termo.

Prazos de Atendimento (ANS)

Como prestador credenciado ASFEB, o cumprimento dos prazos máximos de atendimento estabelecidos pela RN nº 566 da ANS é fundamental para garantir o acesso à saúde.

- Consultas Básicas (Pediatria, Clínica Médica, GO, Cirurgia Geral): Até 7 dias úteis.
- Demais Especialidades Médicas: Até 14 dias úteis.
- Serviços de Diagnóstico (Laboratório e Imagem): Até 3 dias úteis.
- Procedimentos de Alta Complexidade (PAC): Até 21 dias úteis.
- Atendimentos de Urgência e Emergência: Imediato.

Regras de Cobrança Financeira

- **Regra Geral:** É expressamente proibido cobrar valores, exigir caução, depósito, notas promissórias ou títulos de crédito antes do atendimento.

- **Exceção:** Cobranças diretas só ocorrem se o procedimento for expressamente negado ou não coberto pela ASFEB. O paciente deve ser avisado e concordar formalmente (assinando o Termo de Ciência e Consentimento) antes do atendimento.

Conduta, Acolhimento e Finalização do Atendimento

- **Acessibilidade:** Garanta atendimento prioritário para gestantes, idosos (60 anos ou mais), lactantes e pessoas com deficiência, conforme a legislação vigente.
- **Igualdade de Atendimento:** O beneficiário ASFEB deve receber o mesmo padrão de conforto, qualidade e agilidade oferecido aos pacientes particulares ou de outros planos.
- **Assinatura da Guia:** Certifique-se de recolher a assinatura do paciente ou responsável na Guia de Atendimento (SADT/Consulta) antes da saída do beneficiário para evitar glosas técnicas.

PEDIDOS MÉDICOS

Para a realização de exames, terapias e procedimentos cirúrgicos ou ambulatoriais, é obrigatória a apresentação do pedido médico original ou cópia. O documento deve estar legível e preenchido corretamente pelo profissional solicitante.

Requisitos Obrigatórios do Pedido Médico

Todo pedido médico apresentado pelo beneficiário deve conter, obrigatoriamente:

- **Identificação do Beneficiário:** Nome completo;
- **Descrição Clara:** Nome do procedimento ou exame solicitado (preferencialmente com o código da Terminologia Unificada da Saúde Suplementar - TUSS);
- **Justificativa Clínica:** Indicação clínica ou diagnóstico que fundamente a necessidade do exame/procedimento;
- **Dados do Solicitante:** Carimbo com o nome do profissional, número do conselho profissional;
- **Assinatura e Data:** Assinatura manual ou digital certificada do profissional solicitante e a data da emissão.

Importante:

O início de qualquer tratamento seriado exige, obrigatoriamente, a apresentação de encaminhamento/solicitação médica emitida pelo médico assistente do beneficiário.

As solicitações para prosseguimento do tratamento (demais sessões) podem ser emitidas pelo próprio profissional que está executando a terapia, desde que o documento contenha expressamente:

- *A frequência semanal das sessões (ex.: 2 vezes por semana);*
- *A duração estimada da conduta terapêutica (ex.: 3 meses / 12 sessões).*

A operadora solicitará, periodicamente, a apresentação de relatório de acompanhamento e evolução do paciente, emitido pelo terapeuta responsável ou pelo médico assistente, como requisito para a manutenção do plano terapêutico.

Prazos de Validade do Pedido

Os pedidos médicos possuem prazos de validade específicos a contar da data de sua emissão pelo médico assistente:

- Exames laboratoriais: 60 dias.
- Demais exames e procedimentos: 30 dias.

Importante: Pedidos rasurados, com datas modificadas ou ilegíveis perderão a validade e não serão aceitos. Após a emissão da senha de autorização do procedimento, a validade do pedido médico deixa de ser contada, passando a prevalecer o prazo de vigência da respectiva senha autorizativa.

Revalidação dos Pedidos Médicos

A revalidação dos pedidos médicos deve ser solicitada ao setor de Atendimento da ASFEB através dos canais oficiais com o envio da cópia da solicitação médica.

A revalidação do pedido médico pode ser solicitada nos seguintes casos:

- Pedido médico vencido;
- Pedido médico sem data;
- Pedido médico emitido por profissional nutricionista;
- Pedido médico emitido por profissional CRO;

AUTORIZAÇÃO

A autorização prévia é o processo que garante a cobertura financeira dos procedimentos solicitados, validando o cumprimento dos critérios técnicos e regulamentares da ANS. O credenciado deve observar rigorosamente as regras de autorização prévia do ASFEB Saúde, conforme as diretrizes abaixo.

Classificação dos Procedimentos

Os procedimentos cobertos pelo ASFEB Saúde dividem-se em duas categorias de liberação:

- **Isentos de Senha:** Consultas médicas eletivas, exames laboratoriais de rotina, radiografias convencionais não necessitam de autorização.
- **Liberação Direta:** Exames como ultrassonografias, audiometrias, mamografia, exames considerados simples, podem ser solicitados por telefone.
- **Autorização prévia obrigatória:** Exames de alta complexidade (ressonâncias, tomografias, genética), procedimentos cirúrgicos, internações, quimioterapia, radioterapia e terapias seriadas (fisioterapia, psicologia, etc.) exigem a emissão de senha de autorização antes da realização do serviço.

Lembrando que:

Os procedimentos que exigem autorização prévia (senha autorizativa de 10 dígitos) emitida pela ASFEB estão listados na tabela do contrato, caso exista alguma dúvida, gentileza entrar em contato com o setor de Relacionamento com Mercado da ASFEB.

Canais de Solicitação e Horário de Atendimento

As autorizações devem ser solicitadas ao Setor de Atendimento da ASFEB, por e-mail, telefone ou Whatsapp.

Salientamos, que a identificação dos códigos TUSS é de responsabilidade técnica exclusiva do prestador e da operadora, não sendo obrigatório o fornecimento por parte do beneficiário.

- **E-mail (atendimento@Asfeb.org.br):** Canal exclusivo para envio de solicitações médicas, relatórios de procedimentos de alta complexidade regulamentar e guias de OPME.
- **Telefone e WhatsApp (71) 2201-2201:** Suporte à rede e emissão de senhas exclusivas para exames simples (onde os dados da solicitação médica são fornecidos diretamente ao atendente).
- **Horário de Funcionamento:** De segunda a sexta-feira, das 08h00 às 17h00.

Agendamentos em Finais de Semana e Feriados: Devido ao funcionamento do setor administrativo ocorrer estritamente em dias úteis e horário comercial, as autorizações para procedimentos agendados em finais de semana ou feriados devem ser solicitadas pelo prestador de forma preventiva, com dias de antecedência.

Prazos de Análise e Resposta

O prazo padrão para liberação de procedimentos eletivos ambulatoriais é de 48 a 72 horas após o envio **correto de toda a documentação necessária**. Para internações, cirurgias e alta complexidade, os prazos respeitarão os limites máximos regulamentados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Validade e Regras da Senha Autorizativa

- **Prazo de Vigência:** Uma vez emitida, a senha de autorização tem validade de 30 dias. O procedimento deve ser executado obrigatoriamente dentro deste período. A data limite exata fica localizada no rodapé do documento de autorização.
- **Prevalência da Senha:** Após a emissão da senha de autorização do procedimento, interrompe-se a contagem de validade do pedido médico, passando a prevalecer o prazo de vigência da respectiva senha autorizativa.
- **Cancelamentos:** Caso o procedimento não seja realizado dentro do prazo e o beneficiário desista do serviço, o credenciado deverá solicitar o cancelamento da senha.
- **Revalidação:** Se o beneficiário mantiver o interesse, mas a senha expirar, o prestador deve solicitar a revalidação junto ao setor de Atendimento, enviando a respectiva justificativa.

A revalidação aplica-se estritamente às situações em que não haja qualquer alteração no processo já autorizado, ou seja, a nova senha enviada será exatamente igual à guia vencida. É de responsabilidade do prestador, quando houver a necessidade de revalidação, analisar novamente a elegibilidade do paciente.

- **Senhas Vencidas:** É expressamente proibido realizar atendimentos utilizando senhas vencidas. Caso ocorra, a cobrança será glosada.
- **Senhas retroativas:** Não emitimos autorização retroativa para serviços ou itens já faturados. Nessa situação, em que o serviço ou item não tenha autorização e, por

essa razão, tenham sido glosados após o faturamento da conta, o seu tratamento se dará, exclusivamente, via Recurso de Glosa.

Urgência, Emergência e Internamentos Hospitalares

- **Pronto Socorro (P.S.): Não há emissão de autorização prévia para atendimentos realizados no Pronto Socorro.** Todos os serviços, taxas, materiais e medicamentos devem ser incluídos e cobrados diretamente na conta hospitalar. Os internamentos ocorridos por vias de urgência/emergência devem ser obrigatoriamente comunicados à ASFEB até o primeiro dia útil subsequente para a devida regularização da senha.
- **Cirurgias de Urgência em Pacientes Internados:** O atendimento médico e a segurança do paciente devem ser priorizados imediatamente. O hospital deve enviar a guia de solicitação de internamento através do e-mail (*atendimento@Asfeb.org.br*) para a geração da senha apenas do internamento. A cirurgia e as OPMEs utilizadas deverão ser enviadas posteriormente, dentro do prazo máximo estabelecido em contrato, para validação da auditoria externa e regularização do faturamento.
- **Prorrogação de Internação:** Caso o período de diárias autorizado vença e o paciente necessite continuar internado, o prestador deve enviar uma Guia de Prorrogação de Internação devidamente preenchida antes do vencimento da última diária liberada.

Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME)

- **Obrigatoriedade:** A autorização prévia para OPME e medicamentos de alto custo é exigida apenas quando o regime de atendimento for eletivo ou ambulatorial.
- **Fluxo de Solicitação Eletiva:** Deve ser solicitada com antecedência mínima de 21 dias úteis da realização através do envio da Guia Anexa de OPME para o e-mail *atendimento@Asfeb.org.br*, contendo a devida justificativa técnica e a indicação de três fornecedores distintos.

FATURAMENTO

O faturamento exige a organização de guias e lotes seguindo as diretrizes do Padrão TISS da ANS. O processo geral consiste em preencher as guias médicas, agrupar os procedimentos em lotes/remessas, acompanhar as aprovações e enviar os arquivos eletrônicos.

Faturamento Eletrônico, Prazos e Envio de Arquivos

- **Plataforma:** Todos os credenciados devem transmitir os lotes de guias com os atendimentos de forma eletrônica; Através do **Orizon (Fature)** é possível fazer a digitação das guias ou transmitir o arquivo XML, caso utilize o sistema gerador deste arquivo.
- **A versão 4.03.00** do Padrão TISS é a versão oficial obrigatória exigida pela ANS e deve ser utilizada para a transmissão eletrônica de dados na saúde.
- **Cronograma:** O envio do arquivo deve ser de acordo com o calendário anual disponível na área restrita do site da ASFEB.

O faturamento deve ser estritamente realizado de acordo com o que foi autorizado (quantidade, segmentação e código).

Prazos Limites

- Prazo máximo para envio do arquivo eletrônico: Até 60 dias corridos após a realização do procedimento.
- Atrasos: O estouro do prazo gera perda automática e definitiva do direito de receber pelo serviço realizado.

Atenção: Após ultrapassar o prazo de 60 dias, o sistema Orizon não permite o envio. A ASFEB não realiza concessões quanto à reabertura do sistema para envio.

Erros e Críticas no Sistema

O sistema Orizon é parametrizado de acordo com regras pré-estabelecidas pela ASFEB no intuito de evitar a transmissão de informações incorretas ou fora do padrão TISS da ANS.

- Ação Inicial: Avalie a mensagem de erro do sistema e aplique a correção indicada.
- Suporte: Se persistir, envie um e-mail para credenciamento@Asfeb.org.br. Anexe obrigatoriamente o print da tela inteira exibindo a crítica.

Gerenciamento de Guias e Regras TISS

Regra de Consultas e Retornos

- Mesmo Profissional: Retorno ambulatorial gratuito em até 30 dias.
- Profissional Diferente: Se o beneficiário mudar de médico (mesmo na mesma especialidade), cobra-se uma nova consulta.

Emissão dos números de guias

- Número de Guia: A numeração é sequencial e pode ser gerada em lote ou individual na área restrita do site ASFEB.
- Uso Único: É proibido repetir o número da guia em múltiplos procedimentos. Gera glosa irreversível.

Atenção: O número de guia é diferente do número da senha de autorização: A numeração de guia é gerada apenas no site da ASFEB e é composto por 6 dígitos. A senha de autorização é emitida pelo setor de Atendimento e é composto por 10 dígitos.

Preenchimento de Formulários (Padrão T USS/ TISS)

O preenchimento correto das Guias Padrão TISS e a utilização dos códigos T USS evitam glosas e agilizam o faturamento. A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) padronizou esses formulários, que exigem a versão vigente para o envio das cobranças.

Principais Tipos de Guias e Suas Aplicações

As informações de preenchimento obrigatório são identificadas com asterisco (*) e os campos vazios podem causar rejeição imediata do XML.

As guias mais utilizadas no dia a dia englobam:

- **Guia de Consulta:** Usada para consultas médicas ambulatoriais. Registra os dados do beneficiário, profissional, CID (Classificação Internacional de Doenças) e o código do procedimento.
- **Guia de SP/SADT (Serviços Profissionais e Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia):** Utilizada para solicitar e faturar exames, terapias e procedimentos cirúrgicos de pequeno/médio porte.
- **Guia de Resumo de Internação:** Documento utilizado para fechamento e cobrança de faturamento hospitalar.
- **Guia de Honorário Individual:** Aplicável quando os honorários médicos são cobrados separadamente da conta hospitalar

Atenção aos eventos realizados no mesmo dia: Caso o beneficiário realize uma consulta e exame no mesmo dia, exigem guias separadas (guia de consulta + SP/SADT).

Assim como, sempre que houver mais de uma senha de autorização emitida para o mesmo paciente (para procedimentos distintos ou datas diferentes), deverá ser gerada uma guia específica para cada senha.

Não agrupe senhas diferentes em uma mesma guia, o lançamento dos serviços juntos pode gerar glosa.

Documentação Física e Envio

Os documentos físicos e impressos devem ser enviados completos para evitar prejuízos ou atrasos na análise técnica, assim como, devem ser apresentados ou enviados dentro do prazo.

Regras por Tipo de Guia

- Guia de Consulta: Isenta de envio físico.
- Guia de SP/SADT: Requisição médica + Guia TISS assinado + Capa de Lote Orizon + Senha (se houver).
- Guia de Resumo de Internação: Relatório de alta + Folha de sala + Descrição cirúrgica + Pedido de internação assinado + Capa de Lote Orizon.
- Guia de Honorário Individual: Guia preenchida + Cópia da guia de internação mãe + Relatório médico.

Importante: Para atendimento em que não é necessário o envio da guia física - consulta médica -, sendo somente o faturamento em XML ou digitada, é obrigatório o preenchimento e guarda por 05 (cinco) anos.

Lembrando que por determinação do CFM (Conselho Federal de Medicina), o prontuário clínico do paciente (físico ou digital) deve ser guardado por no mínimo 20 anos.

Regras Complementares para OPME (Órteses, Próteses e Materiais Especiais)

Cotações e Notas de Insumos: Exigir que a nota fiscal do fornecedor do material (OPME) e as três cotações prévias (se exigido pela ASFEB) sejam anexadas à guia de resumo de internação.

Rastreabilidade: Obrigatoriedade de colar as etiquetas de rastreabilidade (com lote e registro ANVISA) dos materiais utilizados na folha de sala ou na guia de SADT.

Endereço de Entrega

A/C: Setor de Contas Médicas

Endereço: Rua Dr. José Peroba, nº 149, 1º andar, Edifício Empresarial Eldorado, Stiep, Salvador/BA.

Regras Obrigatórias de Auditoria

As auditorias ocorrem com base no formato da conta, valor e itens consumidos.

Pronto Socorro (PS) / Pronto Atendimento (PA)

A conta irá para auditoria se cumprir três requisitos cumulativos:

1. Formato da conta configurado como "aberta".
2. Valor total igual ou superior a R\$ 500,00 (quinhentos reais);
3. Presença de materiais ou medicamentos cobrados.

Ambulatório ou SADT

A conta irá para auditoria se cumprir três requisitos cumulativos:

1. Formato da conta configurado como "aberta".
2. Valor total igual ou superior a R\$ 1.000,00 (mil reais);
3. Presença de materiais ou medicamentos cobrados.

Isenções e Regras Práticas

- Pacotes: Contas fechadas como "pacote" estão isentas de auditoria, independente do valor.
- Sem Insumos: Contas abertas que cobrem apenas taxas e honorários não vão para auditoria.
- Acionamento: Envie e-mail para (auditoria.gohosp@Asfeb.org.br) ao identificar os critérios acima.

Emissão de Nota Fiscal

A ASFEB opera com duas modalidades para a emissão de notas fiscais: Pré-faturamento e Pós-faturamento. Confira abaixo as regras para cada categoria.

Nota Fiscal Pré-Faturamento

Para os prestadores habilitados nesta modalidade, a nota fiscal deve ser emitida e enviada juntamente com a documentação de faturamento.

- Valor do documento: Deve coincidir exatamente com o protocolo Orizon transmitido.

- **Proporção:** Emitir obrigatoriamente uma nota fiscal para cada protocolo Orizon.

Nota Fiscal Pós-Faturamento

Os prestadores desta modalidade devem aguardar a liberação do demonstrativo "Aviso para Emissão de Nota Fiscal" na área restrita do site da ASFEB.

- **Prazo de emissão:** O demonstrativo é liberado até o 30º dia útil do mês. A nota deve ser emitida e enviada para o e-mail (nfe@Asfeb.org.br) dentro deste mesmo prazo para garantir o pagamento conforme o cronograma.
- **Penalidades por atraso ou erro:** A previsão de pagamento será alterada caso a nota fiscal seja enviada após o 30º dia útil ou apresente inconsistências (valores divergentes ou retenções tributárias incorretas).

Dados do Tomador de Serviços

Todas as notas fiscais devem ser emitidas obrigatoriamente com os dados cadastrais da ASFEB:

- **Razão Social:** ASSOCIAÇÃO DOS SERVIDORES FISCAIS DO ESTADO DA BAHIA
- **CNPJ:** 14.799.035/0001-47
- **Endereço:** Rua Dr. José Peroba, nº 149, Centro Empresarial Eldorado, 1º Andar, Stiep
- **Cidade/UF:** Salvador - BA | CEP: 41770-235

Cronograma de Pagamentos

O repasse dos valores é feito via crédito em conta bancária cadastrada, seguindo o dia de entrega e de acordo com calendário anual disponível na área restrita do site da ASFEB.

Demonstrativo XML

O demonstrativo XML de retorno deve ser solicitado ao setor de Relacionamento com Mercado via e-mail, informando o número do protocolo e a data do crédito realizado pela ASFEB.

GLOSA

Glosa é a suspensão ou recusa de pagamento de um serviço, procedimento ou insumo cobrado por um hospital ou clínica à operadora de saúde de forma incorreta.

Tipos de glosas

- Administrativa: Erros de digitação, falta de assinatura ou ausência de guia de autorização. Resolva anexando o documento corrigido ou o comprovante de autorização prévia emitido pela operadora.
- Técnica: Ligada diretamente ao ato médico ou de enfermagem. A contestação exige a apresentação do prontuário médico preenchido detalhadamente, evolução de enfermagem e justificativa clínica do uso de insumos.
- Linear: Recusa automática baseada em parametrizações da operadora (ex: rejeição de materiais fora de pacotes acordados). Deve ser justificada com base nas cláusulas do contrato firmado ou tabelas vigentes (como as tabelas de domínio da ANS)

Glosas com alto índice na ASFEB e como evitá-las

1001 - Número da Carteira Inválido

- Significado: Inconsistência cadastral ou beneficiário não localizado na base ativa.
- Como Evitar: Conferir a carteira física ou digital apresentada, validar a elegibilidade no portal antes do atendimento e evitar preenchimento manual no sistema.
- Reversão: Possível se comprovado erro de digitação ou elegibilidade ativa na data.

1213 - CBO (Especialidade) Inválido

- Significado: Código da Classificação Brasileira de Ocupações incompatível com o cadastro do prestador.
- Como Evitar: Validar se o CBO está devidamente vinculado ao médico no sistema. Em profissionais com mais de uma especialidade, use o CBO do procedimento realizado.
- Reversão: Apresentar correção do CBO no recurso com justificativa adequada.

1214 - Credenciado Não Habilitado a Realizar o Procedimento

- Significado: O prestador ou profissional não possui habilitação ou autorização contratual para o código faturado.
- Como Evitar: Identificar previamente se o procedimento está ativo no contrato.
- Reversão: Não cabe recurso padrão para este tipo de glosa. Sugere-se enviar carta de contestação com comprovante de habilitação e termos de acordo.

1402 - Procedimento Não Autorizado

- Significado: Ausência de senha válida ou divergência de quantidade/código faturado.
- Como Evitar: Validar a senha (código, quantidade e vigência) antes da execução e não alterar códigos no faturamento sem regularização prévia.
- Reversão: Casos de urgência podem ser revistos mediante envio de relatório médico e evidências clínicas.

1406 - Número da Senha Informado Diferente do Liberado

- Significado: Divergência de digitação entre a senha faturada e a liberada no sistema.
- Como Evitar: Implantar dupla conferência de senhas no faturamento e lembrar que cada senha é de uso único por atendimento.
- Reversão: Enviar print da autorização correta demonstrando o erro material.

1705 - Valor Apresentado a Maior

- Significado: Cobrança acima do valor contratado, tabelado ou negociado.
- Como Evitar: Conferir minuciosamente a tabela vigente e aditivos contratuais. Itens de pacotes cobrados separadamente serão glosados.
- Reversão: Possível se comprovada divergência de parametrização ou acordo formalizado.

1711 - Procedimento Pertence a um Pacote Acordado e Já Cobrado

- Significado: Cobrança individual de taxas, materiais ou medicamentos já inclusos em um pacote.
- Como Evitar: Validar previamente a composição dos pacotes negociados.
- Reversão: Enviar evidências e justificativa técnica provando que o item não compõe o pacote.

1716 - Percentual de Redução/Acréscimo Fora dos Valores Definidos

- Significado:

Fator incorreto: Inserção de um índice decimal inválido ou divergente do pactuado no contrato com a operadora.

HM com percentual e acréscimo: Aplicação de múltiplos modificadores sem o devido suporte na regra de valoração.

Adicional de urgência e emergência: O acréscimo clássico de 30% (conforme regras da CBHPM) foi lançado de forma inadequada no campo de fator de redução/acréscimo, sem preencher os requisitos de horário (19h às 7h) ou dias (fins de semana e feriados), ou sem comprovar que mais da metade do ato ocorreu no período de urgência

- Como Evitar:

Valide o campo TISS: Confira se o fator multiplicador reflete exatamente o acréscimo permitido (por exemplo, usar 1.30 para 30% de acréscimo).

Justifique o horário/caráter: Certifique-se de que a justificativa de urgência e emergência está preenchida corretamente na respectiva guia para validar o adicional nos horários especiais.

Confira o contrato: Confirme se o procedimento contempla o percentual diferenciado negociado com o plano de saúde.

2706 - Data de Autorização Posterior à do Atendimento

- Significado: Senha emitida após a realização do procedimento eletivo.
- Como Evitar: Jamais executar procedimentos eletivos sem senha válida prévia.
- Reversão: Aceita em urgências/emergências ou em falhas sistêmicas comprovadas por prints.

3052 - Documentação Incompleta, Incorreta ou Ausente

- Significado: Falta de guias TISS, laudos, evolução, assinaturas ou carimbos obrigatórios.
- Como Evitar: Auditar toda a documentação e checar assinaturas antes do envio.
- Reversão: Enviar os documentos complementares ou corrigidos no prazo recursal.

1319 - Guia sem Assinatura do Assistido

- Significado: Falta de assinatura manual ou validação digital do beneficiário na guia física ou eletrônica.
- Como Evitar: Coletar a assinatura obrigatória do paciente ou responsável legal no momento exato do atendimento.
- Reversão: Enviar a guia devidamente assinada ou comprovantes adicionais que atestem a presença e o consentimento do paciente.

1427 - Necessidade de Auditoria Médica

- Significado: O procedimento ou conta requer avaliação técnica detalhada de um médico auditor antes da liberação do pagamento.
- Como Evitar: Encaminhar relatórios clínicos robustos, laudos e justificativas detalhadas anexadas à cobrança inicial.
- Reversão: Aguardar o parecer técnico ou apresentar a documentação complementar solicitada pela equipe de auditoria.

1820 - Cobrança de procedimento em quantidade acima da máxima permitida/autorizada

- Significado: A quantidade de procedimentos faturada ultrapassa o limite técnico parametrizado na tabela ou o volume previamente autorizado.
- Como Evitar: Respeitar estritamente as diretrizes de utilização da operadora e os limites quantitativos expressos na senha.
- Reversão: Apresentar justificativa médica detalhada demonstrando a real necessidade clínica do excesso executado.

2001 - Material Inválido

- Significado: Código de material incorreto, inexistente ou desatualizado segundo a tabela de referência vigente (TUSS/SIMPRO/BRASÍNDICE).
- Como Evitar: Validar se o código do material cadastrado no sistema do faturamento condiz exatamente com a tabela atualizada da operadora.
- Reversão: Corrigir o código do material e reapresentar a cobrança com a codificação correta.

2008 - Cobrança de material em quantidades incompatíveis com o procedimento realizado

- Significado: O volume de insumos faturado diverge do padrão esperado ou aceitável para o tipo de procedimento executado.
- Como Evitar: Realizar auditoria interna na folha de sala e checar se o gasto de materiais está proporcional ao porte da cirurgia/atendimento.
- Reversão: Enviar a descrição cirúrgica detalhada e o relatório de sala que justifiquem a utilização exata da quantidade contestada.

2010 - Cobrança de materiais inclusos nas taxas

- Significado: Insumos básicos cobrados separadamente, descumprindo a regra contratual de que pertencem ao custo da taxa de sala ou internação.
- Como Evitar: Auditar o faturamento para garantir que materiais descartáveis de rotina não sejam cobrados à parte quando vinculados a taxas.
- Reversão: Raras chances de êxito, a menos que se comprove que o material em questão é de uso especial e não faz parte da taxa padrão.

2015 - Material não autorizado

- Significado: Cobrança de insumo que exigia autorização prévia por parte da operadora e foi utilizado sem o devido registro.
- Como Evitar: Consultar as regras de cobertura prévia e solicitar a inclusão do item na senha de autorização antes de iniciar o procedimento.

- Reversão: Enviar relatório médico justificando o uso emergencial do item e solicitar a regularização autorizativa retroativa.

2101 - Medicamento Inválido

- Significado: Código de medicamento inexistente, incorreto ou fora da vigência das tabelas comerciais adotadas (ex: Brasíndice).
- Como Evitar: Manter a atualização de tabelas de fármacos rigorosamente em dia no sistema de faturamento hospitalar.
- Reversão: Fornecer a codificação corrigida e atualizada do medicamento por meio do recurso de glosa.

2203 - Opme sem nota fiscal do fornecedor

- Significado: Ausência de anexo ou inconsistência na Nota Fiscal do fabricante/distribuidor referente às Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME).
- Como Evitar: Obrigatoriamente anexar a cópia clara e legível da Nota Fiscal do fornecedor junto ao processo físico ou digital de faturamento.
- Reversão: Enviar a Nota Fiscal correspondente ao material utilizado, garantindo a equivalência de marcas e modelos descritos.

2206 - OPME informado não autorizado

- Significado: O item de OPME faturado não corresponde ao modelo, marca ou código que foi previamente aprovado na senha da operadora.
- Como Evitar: Checar rigorosamente se os materiais implantados no paciente batem exatamente com o que a equipe de autorização aprovou antes do ato cirúrgico.
- Reversão: Encaminhar justificativa detalhada do cirurgião explicitando o motivo da troca do material por necessidade clínica ou indisponibilidade técnica na hora da cirurgia.

Recurso de Glosa

O recurso de glosa é o processo pelo qual o prestador de serviço contesta a recusa de pagamento.

Para apresentar o recurso de glosa, primeiramente identifique os itens rejeitados e o motivo da glosa no demonstrativo “aviso de glosa” através da área restrita no site da ASFEB.

Formatação do Recurso

Não há modelo padrão, mas você deve emitir uma carta (PDF, Word ou Planilha) para cada protocolo do Aviso de Glosa. O documento deve conter os seguintes itens obrigatórios:

- Protocolo de origem / Número da fatura;
- Número da Guia e Nome do beneficiário;
- Número da Senha de Autorização (se houver);
- Itens glosados (se a guia foi glosada inteira, não é necessário discriminar item por item);
- Código da glosa (informar todos, se houver mais de um);
- Valor glosado e valor recurso;
- Justificativa técnica devidamente fundamentada para análise do setor de Contas Médicas.

Canais de Envio

O recurso deve seguir o formato do faturamento atual e ser enviado por uma das vias abaixo:

- E-mail: faturasscaneadas@Asfeb.org.br
- Correios: Rua Dr. José Peroba, nº 149, 1º andar, Edifício Empresarial Eldorado, Stiep, Salvador/BA – CEP: 41770-235.

Prazos e Regras Importantes

- **Prazo de envio do prestador:** Até 60 dias a partir da data do comunicado da glosa.
- **Prazo de análise e resposta ASFEB:** A ASFEB terá o prazo de até 60 dias, a contar do recebimento do recurso, para analisar e apresentar o resultado das glosas justificadas pelo prestador desde que receba todos os documentos necessários para análise.
- **Arquivo eletrônico:** Não envie ou reenvie o arquivo eletrônico pelo portal Orizon.
- **Portal ASFEB:** O Aviso de Glosa e o calendário estão disponíveis na área restrita no site da ASFEB (Login/Senha padrão: CNPJ).

ATUALIZAÇÃO DE DADOS

Prestadores de serviços devem manter dados cadastrais — como endereço, corpo clínico, informações bancárias e regime tributário — permanentemente atualizados junto à operadora, enviando as alterações ao setor de Relacionamento com Mercado.

Mudanças na Razão Social, CNES ou societárias exigem o envio de documentação comprobatória, garantindo a conformidade com as normas da ANS e a regularidade do faturamento.

1. Atualização de Dados Bancários

Para fins de solicitação de alteração dos dados bancários, o prestador de serviços deve direcionar um e-mail ao setor de Relacionamento com Mercado solicitando a referida alteração. Nesta formalização, deve anexar a cópia do extrato, cheque ou documento que comprove o vínculo dos dados bancários ao CNPJ.

2. Atualização do Corpo Clínico e Especialidades

- Lista de Especialidades: O prestador deve manter permanentemente atualizada a lista de suas especialidades de atendimento e, em qualquer alteração, deve notificar o setor de Relacionamento com Mercado através do e-mail oficial.
- Corpo Clínico: É obrigação do prestador manter atualizados os dados de seu corpo clínico e cirúrgico. Qualquer alteração deve ser notificada ao setor de Relacionamento com Mercado através do e-mail oficial, enviando os seguintes documentos: Diploma e Cópia do Conselho.
- Prazo para Notificação: Qualquer mudança deve ser comunicada à operadora no prazo máximo de até 05 dias corridos.
- Validação dos Profissionais: Cabe ao prestador checar e validar o status regular de inscrição dos médicos perante os Conselhos Regionais (CREMEB/CRM).

3. Atualização de Contato (e-mail, telefone e/ou WhatsApp)

É de suma importância manter os contatos de e-mail, telefone e/ou WhatsApp institucionais atualizados, a fim de evitar problemas aos nossos beneficiários quanto ao agendamento, desmarcação ou demais informações que necessitem.

Para o Relacionamento com Mercado, além do e-mail, telefone e/ou WhatsApp, o prestador deve nos manter atualizados com relação aos nomes das pessoas responsáveis pelos setores: Comercial, Faturamento, Financeiro (nota fiscal) e Serviço Social, pois isso facilitará as tratativas com relação aos processos.

4. Atualização de Endereço

A alteração de endereço deve ser formalizada por e-mail com o envio do contrato social, alvará de funcionamento e vigilância sanitária devidamente atualizados. O setor de Relacionamento com Mercado realizará a alteração interna e a atualização do Guia Médico.

5. Alteração de Diretor Técnico e/ou Sócio

A atualização é imprescindível para garantir a regularidade jurídica do prestador perante a operadora e os órgãos fiscalizadores, assegurar a legitimidade das assinaturas em contratos e aditivos, e manter a conformidade com as normas da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Qualquer alteração societária ou de responsabilidade técnica deve ser comunicada formalmente via e-mail ao setor de Relacionamento com Mercado, acompanhada da cópia do contrato social consolidado ou da ata de alteração, além do registro do novo Diretor Técnico no conselho de classe profissional correspondente (como o CREMEB).

6. Alteração no CNES / Razão Social / Nome Fantasia

Alterações na Razão Social ou Nome Fantasia exigem o envio do Cartão CNPJ atualizado, além do contrato social. Mudanças na estrutura de leitos, equipamentos ou serviços que impactem o CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde) devem ser atualizadas na base do Ministério da Saúde, e o novo comprovante do CNES deve ser enviado à operadora para manter a conformidade regulatória.

7. Alteração no Regime Tributário

Qualquer alteração no regime de tributação da empresa (ex: exclusão ou inclusão no Simples Nacional, transição para Lucro Presumido ou Real) deve ser informada imediatamente ao setor Financeiro/Faturamento, acompanhada do comprovante de opção do site da Receita Federal, para evitar erros na retenção de tributos na fonte (IRRF, CSLL, PIS, COFINS, ISS) e na emissão de notas fiscais.

Atenção

Suspensão de Pagamentos: A ausência de dados bancários ou fiscais corretos isenta a operadora de juros por atrasos no pagamento.

Glosa Administrativa: Atendimentos realizados por profissionais do corpo clínico não cadastrados previamente ou sem validação no CREMEB estarão sujeitos à glosa.

DESCREDENCIAMENTO e RESCISÃO CONTRATUAL

Regras, prazos e obrigações para o encerramento voluntário ou imediato da prestação de serviços de saúde.

Rescisão Voluntária (Sem Justo Motivo)

- **Aviso Prévio Obrigatório:** A rescisão imotivada exige notificação prévia e por escrito com antecedência mínima de 180 (cento e oitenta) dias.
- **Sem Ônus:** Nenhuma das partes terá direito a exigir qualquer tipo de indenização pelo fim do vínculo.
- **Manutenção do Atendimento:** É proibida a suspensão dos serviços descritos no objeto do contrato durante o período de aviso prévio. O direito ao recebimento pelos atendimentos prestados nesse intervalo fica totalmente assegurado.

2. Suspensão Parcial de Serviços

- **Prazo Mínimo de Alerta:** Caso a CONTRATADA decida suspender apenas alguma especialidade ou serviço específico, deve formalizar a justificativa por escrito à ASFEB e permanecer com o atendimento por no mínimo 180 dias.

3. Cancelamento Automático (Rescisão Imediata)

O contrato poderá ser cancelado imediatamente, sem necessidade de notificação prévia ou intervenção judicial, e sem geração de ônus, nas seguintes circunstâncias:

- **Irregularidade Cadastral:** Constatação de omissão, falsidade, inexatidão ou erro nos documentos entregues no credenciamento, ou em extensões não autorizadas de serviços;
- **Insolvência Financeira:** Decretação de concordata, falência, insolvência, extinção de alguma das partes ou intervenção determinada por órgãos reguladores;
- **Inadimplemento Contratual:** Descumprimento de qualquer cláusula, acordo ou condição firmada no instrumento;
- **Quebra de Sigilo:** A violação da obrigação de sigilo e confidencialidade será tratada como violação de segredo de negócio e acarretará rescisão contratual imediata;
- **Cobrança Indevida:** A exigência de qualquer cobrança financeira direta ao beneficiário gera pena de rescisão;

4. Obrigações e Fluxos Obrigatórios no Descredenciamento

- **Autorização Regulatória:** Mesmo nas hipóteses de rescisão, a CONTRATADA deve prosseguir com o atendimento contínuo aos beneficiários até que a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) autorize oficialmente o descredenciamento.
- **Pacientes com Cuidados Especiais:** O Responsável Técnico da ASFEB tem o direito de receber da clínica a identificação formal e os laudos médicos detalhados de todos os pacientes que estejam em tratamento continuado, pré-natal ou pré-operatório, garantindo a transição segura para outro prestador.
- **Comunicação aos Usuários:** A ASFEB assume a responsabilidade exclusiva de comunicar formalmente aos seus beneficiários que o prestador deixou de integrar a sua rede credenciada.

Como emitir o Atestado de Capacidade Técnica

O Atestado de Capacidade Técnica pode ser emitido de forma direta e online, sem a necessidade de abertura de chamados ou solicitação prévia aos canais de atendimento.

Passo a passo para emissão:

1. Acesse a área restrita do portal oficial da ASFEB (Asfeb.org.br).
2. No campo Login e no campo Senha, insira o CNPJ da instituição (dados de acesso padrão).
3. Clique na aba Atestado de Capacidade Técnica.
4. Clique em Emitir para gerar o documento e realizar o download.

Nota de segurança: Caso as credenciais padrão (CNPJ) não funcionem, certifique-se com o administrador do seu cadastro se a senha foi alterada previamente.



www.asfeb.org.br

Asfeb - Associação dos Servidores Fiscais do Estado da Bahia

Rua Dr. José Peroba, nº 149, Edif. Empresarial Ed. 1º Andar, Salvador-BA, CEP 41770-235

Tel.: (71) 2201-2201, E-mail: credenciamento@asfeb.org.br