

Padrão TISS

Guias e campos

03/01/2013

AMAFRESP – Serviço de Assistência à Saúde da AFRESP

v 1.0

1 – Quais são as guias estabelecidas?

As guias estabelecidas são: guia de consulta, guia serviços profissionais/serviço de apoio diagnóstico e terapêutico (SP/SADT), guia solicitação de internação, guia resumo de internação, guia honorário individual, guia tratamento odontológico (esta ainda em revisão) e guia outras despesas.

2 – Os campos que têm a obrigatoriedade de preenchimento podem ser excluídos das guias?

Os campos que não têm a obrigatoriedade de preenchimento não podem ser excluídos das guias.

3 – As operadoras podem acrescentar em suas guias outros campos além dos estabelecidos pelo padrão TISS?

Não. A nova Instrução Normativa nº 21 de 11 de agosto de 2006 que dispõe sobre a instituição da versão 2.0 do Padrão TISS para a troca de informações entre operadoras de plano privado de assistência à saúde e prestadores de serviços de saúde sobre os eventos assistenciais realizados aos seus beneficiários determina obrigatoriedade na adoção do padrão de conteúdo e estrutura (guias e demonstrativo de retorno) conforme descritas no anexo I da referida Instrução Normativa.

4 - O número da guia é determinado pela operadora ou pelo prestador de serviço? Deve estar impresso em formulário ou pode ser gerado pelo sistema? Qual sequência deve obedecer?

Não há regra para a numeração das guias em formato papel. Na transação eletrônica constam 2 campos para numeração: um para a operadora e outro para o prestador.

5 - A operadora poderá adotar um único formulário unindo todas as guias?

A estrutura das guias deve ser de acordo com a resolução normativa, ou seja, conforme o padrão TISS. Portanto, as guias não podem ser divididas, mescladas nem unificadas, seguindo também a resposta da questão 3 deste bloco.

6 - O padrão TISS inclui também a troca de informações entre operadoras e ANS?

Ficam mantidas as trocas de informação entre as operadoras e ANS como o SIB, SIP, DIOPS.

7 - Como proceder com um beneficiário que não possua o Cartão Nacional de Saúde?

O atendimento ao beneficiário de planos de saúde deverá ocorrer normalmente quando este não possuir o Cartão Nacional de Saúde. Importante observar que este campo não é obrigatório nas guias. A finalidade do campo Cartão Nacional de Saúde é dar início ao processo de identificação unívoca do beneficiário de planos de saúde, em concordância com o Ministério da Saúde.

8 - Pode ser alterado o formato das guias impressas, bem como aumentar e/ou diminuir o número de linhas das Guias?

Pode alterar o tamanho das guias, mas as informações contidas na guia padrão não podem ser modificadas (campos, ordem, numeração, número de linhas, etc...). A guia pode ser apresentada tanto em paisagem quanto retrato. O tamanho da impressão também não é exigido como padrão assim como a cor. O número de linhas do formulário para descrição de serviços e procedimentos também não poderá ser alterado. A ANS realizará fiscalização para analisar os formatos das guias.

9 - No demonstrativo de análise de conta médica é possível enviar apenas as informações sobre os itens que foram glosados ou é necessário enviar todos os itens da conta?

No caso de não haver incidência de glosas em determinado item não há necessidade de apresentá-lo no demonstrativo de análise de conta médica. No caso do demonstrativo de pagamento, todas as informações da conta devem ser disponibilizadas.

10 - De quem é a responsabilidade da impressão das guias?

A responsabilidade da geração e impressão das guias é da Operadora. Qualquer outro acerto deve ser negociado entre as partes.

11 - Os prestadores que são responsáveis por imprimir a guia através de acordo firmado são obrigados a inserir o logo da operadora nos formulários?

Não há obrigatoriedade de inclusão do logotipo nas guias do padrão TISS. A única obrigatoriedade está na existência do registro ANS na identificação da operadora. O prestador que imprimir a guia poderá, ou não, inserir seu logotipo no espaço reservado.

12 - Como utilizar os campos destinados a % de redução e % de acréscimo?

Devem ser utilizados valores decimais para definir os valores de acréscimo e redução. Os valores em questão informados em '% acréscimo/redução' devem ser multiplicados ao valor estipulado no campo 'valor unitário', e levando-se em conta a quantidade do serviço, apresentado no valor total. Exemplo: Em um procedimento de valor R\$50,00

Acréscimo de 10%:

$$50,00 \times 1,10 = 55,00$$

Redução de 10%:

$$50,00 \times 0,90 = 45,00$$

13 - Em pacientes internados de longa permanência, o campo de solicitação de autorização de procedimentos na guia de Solicitação de Internação, permite 5 procedimentos + 6 procedimentos no verso. Caso seja necessário um maior número de solicitações de procedimento, como deve ser solicitado?

Caso haja necessidade de solicitar mais procedimentos além do número permitido em uma guia, deve ser aberta uma nova solicitação. A nova solicitação pode conter o mesmo número do formulário anterior.

14 - Se o número de linhas disponíveis para apresentação de procedimentos em uma internação ou atendimento ambulatorial ultrapassar a capacidade da guia em papel, como proceder?

Deve ser aberta uma nova guia para descrição dos procedimentos que ficaram fora da primeira guia. A guia complementar pode ter o mesmo número da guia inicial ou então receber um novo número e ser ligada através do campo 'Número da Guia Principal'.

15 - Se o número de prorrogações em uma internação ultrapassar a capacidade da guia em papel, como proceder?

Deve ser aberta uma nova guia de solicitação em branco, sendo preenchida apenas a identificação do beneficiário e do prestador e com as referidas prorrogações.

16 - Para solicitação de Medicamentos de alto custo, como antibióticos ou quimioterápicos, qual campo deve ser solicitado nas guias de Solicitação de Internação e SADT/SP?

Devem ser utilizados os mesmos campos destinados a solicitação de procedimentos.

17 - Quando enviarmos as contas para as operadoras não tem nenhum documento para protocolarmos? Tipo capa de lote, etc.?

Este documento fica a cargo de cada entidade definir. No momento não existe padrão para tal formulário. Na troca eletrônica esta questão está sendo contemplada. Para condições especiais como auditoria, a operadora deverá utilizar documentação própria. Futuramente poderão ser estabelecidos padrões de troca de informação deste tipo de atividade.

18 - Em caso de pedido de reembolso por realização de procedimentos em prestadores não credenciados, quais guias deverão ser preenchidas pelo beneficiário do plano?

O reembolso não está padronizado, portanto continuam valendo os formulários e procedimentos atualmente adotados pelas operadoras, beneficiários e prestadores. Podem ser diferentes. Alguns exemplos podem ser citados: quando a Operadora não autoriza todos os procedimentos solicitados e quando o paciente não vai às consultas, assim o profissional não executará o(s) procedimento(s) solicitado(s).

19 - Como proceder para receber uma guia de SP/SADT para cobrança de um ou mais exames em nome do prestador que é um laboratório, mas o pagamento é realizado diretamente a mais de um médico cooperado e não diretamente ao prestador que cobrou?

A guia tem de vir em nome do médico que receberá o pagamento e não em nome do laboratório, uma para cada médico que for receber alguma coisa. O conceito geral é uma guia para cada prestador que está cobrando a Unimed. Mas atenção: há uma exceção no que se refere a exames de imagem (rx, ecografias, tomografias, ressonância), onde o custo operacional do equipamento e o filme são pagos para a clínica e o honorário para o médico cooperado. Neste caso, a conta vem em uma guia de SADT onde os campos 30 e 31 (contratado executante) designam a clínica e os campos 40a e 41 o médico (contratado executante complementar).

20 - Em uma guia de outras despesas é necessário apresentar os serviços listados por data ou é possível agrupar serviços do mesmo tipo para apresentá-los unicamente?

Na guia de outras despesas não é necessário descrever todos os serviços data a data conforme são realizados. É possível demonstra-los uma única vez totalizando as quantidades e valores do serviço.

21 - Como proceder quando o cnpj ou cpf do profissional executante ou profissional médico não for conhecido pelo prestador?

Nesses casos deve-se preencher os campos correspondentes com o número do conselho profissional nos formulários em papel.

22 - Como proceder quando a informação a ser preenchida no campo 'plano' não for conhecida?

No caso em questão deve ser informado o nome do convênio / operadora em substituição a informação.

23 - A mensagem de demonstrativo de retorno é obrigatória ou a operadora pode se negar a enviá-la ao prestador?

O demonstrativo de retorno deve ser enviado obrigatoriamente sempre que o prestador o solicite. O demonstrativo de retorno deve ser enviado respeitando o que foi solicitado pelo prestador, número do lote, período de processamento, etc. Para o caso de solicitações realizados por período de vigência, fica facultado a operadora definir datas limites para a solicitação.

24 - No caso dos pedidos médicos e solicitações realizadas em formulário em papel, é possível apresentar mais de um item na mesma linha?

Sim. No caso de insuficiência de linhas e por questões econômicas, no caso de pedidos médicos e solicitações, pode ser solicitado em uma única linha (descrição) mais de um procedimento.

25 - Quando o CPF do profissional solicitante for desconhecido (principalmente no caso do profissional não fazer parte da rede credenciada) como proceder para o preenchimento das guias, seja em papel ou eletrônico?

Foi definido que na ausência do CPF do profissional médico poderá ser utilizado um código próprio de identificação ou ainda a utilização do próprio número do registro profissional.

26 - Como preencher uma guia quando um paciente somente tomar alguma medicação sem haver outro procedimento realizado? Qual guia utilizar?

No caso do atendimento ocorrer em regime ambulatorial deve ser usada uma guia de SP/SADT. O medicamento deve ser informado na guia de outras despesas e na guia principal deve-se manter o bloco de 'procedimentos realizados' em branco.

27 - Com o TISS será possível continuar trabalhando com pacote de serviços? Em caso positivo, onde os pacotes devem ser cobrados nas novas guias do padrão TISS?

Sim, é possível trabalhar com pacotes no padrão TISS. Os pacotes devem ser apresentados como procedimentos e exames. Não será necessário abrir o conteúdo dos pacotes nas guias de faturamento.