

MANUAL DE

GLOSAS

Unimed 
Grande
Florianópolis

ANS - N° 36044-9



Este documento tem o objetivo de auxiliar o prestador quanto à interpretação das glosas recebidas. Assim como ajudá-lo para que o volume de glosas se torne o mínimo possível, realizando as cobranças mais próximas das normativas da Agência Nacional de Saúde Suplementar, contrato do prestador e sistema Unimed.

Consideração importante:

Em relação as glosas que são realizadas constantemente pela operadora, é essencial que o prestador/médico cooperado se atente e realize ações com ajustes de processos e sistema (parâmetros), afim de evitar glosas desnecessárias e retrabalho interno a este.

Glosa Médica

É o termo que se refere ao não pagamento, por parte da operadora de saúde, de valores referentes a atendimentos, medicamentos, materiais ou taxas cobradas pelos prestadores (hospitais, clínicas, laboratórios, entre outros) e médicos cooperados.

A ocorrência de glosa se deve a uma série de questões, que variam entre a falta de documentação adequada, envio de informações divergentes, falta de autorização prévia, entre outras.

Ao reconhecer um item glosado, o prestador tem um prazo determinado para contestar/recursar a glosa, formalizando o pedido de revisão conforme descrito neste Manual.

A cooperativa avalia o pedido, em um prazo mínimo de acordo com o contrato do prestador e a partir da solicitação deste, para proceder com a devolutiva.

As glosas ocorrem em duas formas: total e parcial.

Glosa Total

Quando uma conta/guia física é encaminhada pelo prestador para cobrança e a Unimed identifica que não é possível realizar o pagamento integral por algum motivo. Neste caso, a guia física é devolvida ao prestador acompanhada de uma carta com as devidas informações ou, em caso de cobrança sem a necessidade de envio da guia física, é efetuada a devolutiva via meio eletrônico (analítico de pagamento). Com base nas informações enviadas pela operadora, o prestador deve proceder com as devidas correções via sistema para rerepresentar de forma física a operadora ou efetuar as correções necessárias e rerepresentar eletronicamente, quando não houver necessidade da guia física.

Glosa Parcial

Ocorre tanto para contas/guias via sistema ou física, quando algum item (procedimento, taxa, diária, material, medicamento) é glosado. Ou seja, não se trata de uma glosa integral da conta, e sim apenas alguns itens vinculados ao atendimento.

Nestes casos específicos, a correção deve ser realizada via sistema ou por meio do preenchimento da planilha de recurso de glosa disponibilizada no portal do prestador (Documentos – Processos – Modelo para Recurso de Glosa Unimed Florianópolis) e encaminhada ao e-mail **recursodeglosa@unimedflorianopolis.com.br**.

CÓDIGOS E MOTIVOS DE GLOSAS MAIS FREQUENTES E COMO O PRESTADOR PODE EVITAR

TISS 3052 – Documentação incompleta, incorreta ou ausente

Para os atendimentos que tiverem gerado a utilização de insumos (materiais, medicamentos, taxas), a guia física deverá ser encaminhada para a UGF, com exceção das guias SADT que possuem a cobrança de insumos de forma fechada (pacote).

Caso contrário, se a guia física não for entregue pelo prestador e tiver sido executada no SGU Card ou encaminhada no arquivo XML, a área de Produção Médica da Unimed irá receber o arquivo de cobrança e ao identificar a ausência da guia física, o prestador irá receber a glosa 3052 - DOCUMENTAÇÃO INCOMPLETA, INCORRETA OU AUSENTE. Para as guias sem insumos, é necessário o envio da guia física atendimentos de Saúde Ocupacional e guias com a cobrança de procedimentos de genética (laboratório), onde a ausência no envio, também acarretará em glosa por Documentação incompleta, incorreta ou ausente.

TISS 1701 – Cobrança fora do prazo de validade

Todo prestador possui no contrato a informação do prazo de cobrança das guias. Sendo assim, caso as contas sejam encaminhadas acima do prazo estipulado em contrato, as mesmas serão glosadas por cobrança fora do prazo de validade.

Para evitar glosas devido a esta situação, é fundamental o prestador atentar ao prazo de apresentação da guia, sendo que para o cálculo do prazo deve ser levado em consideração a data do atendimento/alta do paciente até a data estabelecida no cronograma de entrega da produção médica que está disponível no Portal do Prestador. Importante que o prestador preste atenção quanto ao prazo estabelecido em contrato versus as datas de entrega descritas no cronograma. Ao identificar que na seguinte data de entrega no cronograma a conta/guia terá ultrapassado o prazo, deverá antecipar a entrega da mesma evitando o recebimento de glosas desnecessárias.

TISS 1303 – Não existe o número Guia Principal informado e TISS 1306 – Não Existe Número Guia Principal E/Ou Código Guia Principal

Toda guia encaminhada com o tipo de atendimento SADT INTERNADO deve ser vinculada a uma internação. Ou seja, os atendimentos realizados em pacientes internados devem ser encaminhados com o vínculo da guia principal (informando o número da guia de internação) do paciente. Assim, para as situações em que não houver a vinculação da guia principal, a guia encaminhada com o tipo de atendimento como SADT INTERNADO estará sendo glosada.

The screenshot shows the 'Unimed' system interface. At the top, there are navigation tabs: 'Consultas', 'Exames', 'Internações', 'Relatórios', 'Utilitários', 'Auditoria', and 'Pagamentos'. The 'Exames' tab is active. Below the navigation, there are two icons: 'Exames em aberto' (highlighted with a red box) and 'Exames finalizados'. The main heading is 'Digitação de guia SP/SADT'. Underneath, there are two sections: 'Dados da Guia' and 'Dados do Beneficiário'. In the 'Dados da Guia' section, the 'Nº Guia Principal' field is highlighted with a red box. The 'Dados do Beneficiário' section contains fields for 'Número da Carteira', 'Plano', 'Validade da carteira', 'Nome', 'Data de Nascimento', and 'Atendimento a RIN' (with a dropdown menu).

The screenshot shows the 'Dados do Solicitante' and 'Dados da Solicitação' sections. The 'Dados do Solicitante' section includes fields for 'Nome do contratado *', 'Nome do profissional solicitante', 'Conselho profissional *' (with a dropdown menu), 'Número no conselho *', 'UF do conselho *' (with a dropdown menu), and 'Código CBO'. The 'Dados da Solicitação' section includes 'Data da Solicitação *', 'Caráter do atendimento *' (with a dropdown menu set to '1 - Eletivo'), and 'Indicação clínica (500 caracteres restantes)'. Below this is the 'Dados do Atendimento' section, which includes 'Tipo de atendimento *' (with a dropdown menu set to '07 - Internação', highlighted with a red box), 'Indicação de acidente *' (with a dropdown menu), 'Tipo de consulta' (with a dropdown menu), and 'Motivo de Encerramento do Atendimento' (with a dropdown menu). At the bottom, there is a section for 'Procedimentos e Itens Assistenciais Solicitados' with a table header: 'Tabela', 'Código e Descrição do Procedimento *', 'Un. Med.', 'Qtd. Solic.', 'Complemento', and 'Anexos Excluir'.

```

<ans:guiaSP-SADT>
<ans:cabecalhoGuias>
<ans:registroMS>999999 </ans:registroANS>
<ans:numeroGuiaPrestador>500000000000 </ans:numeroGuiaPrestador>
<ans:guiaPrincipal>0009999999 </ans:guiaPrincipal>
</ans:cabecalhoGuias>
<ans:dadosAutorizacao>
<ans:dataAutorizacao>2017-05-15</ans:dataAutorizacao>
</ans:dadosAutorizacao>
<ans:dadosBeneficiario>
<ans:numeroCarteira>0020000000000000 </ans:numeroCarteira>
<ans:atendimentoRN>N</ans:atendimentoRN>
<ans:nomeBeneficiario>Nome do Beneficiário Atendido </ans:nomeBeneficiario>
</ans:dadosBeneficiario>
<ans:dadosSolicitante>
<ans:contratadoSolicitante>
<ans:codigoPrestadorNaOperadora>000000</ans:codigoPrestadorNaOperadora>
<ans:nomeContratado>
</ans:contratadoSolicitante>
<ans:profissionalSolicitante>
<ans:nomeProfissional>Nome Solicitante </ans:nomeProfissional>
<ans:conselhoProfissional>6</ans:conselhoProfissional>
<ans:numeroConselhoProfissional>99999</ans:numeroConselhoProfissional>
<ans:UF>42</ans:UF>
<ans:CBOS>225125</ans:CBOS>
</ans:profissionalSolicitante>
</ans:dadosSolicitante>
<ans:dadosSolicitacao>
<ans:dataSolicitacao>2017-05-15</ans:dataSolicitacao>
<ans:caraterAtendimento>1</ans:caraterAtendimento>
</ans:dadosSolicitacao>
<ans:dadosExecutante>
<ans:contratadoExecutante>
<ans:codigoPrestadorNaOperadora>000000</ans:codigoPrestadorNaOperadora>
<ans:nomeContratado>Nome Completo do Contratado </ans:nomeContratado>
</ans:contratadoExecutante>
<ans:CNES>9999999 </ans:CNES>
</ans:dadosExecutante>

```

Ainda, referente às glosas de vinculação de guias, quando encaminhado para a Unimed um atendimento SADT e, este estiver dentro do período de uma conta de internação que já foi encaminhado para a Unimed, o sistema da cooperativa irá acionar um erro na guia informando que existe uma guia de SADT sendo cobrada fora da internação, ou seja, desvinculada da mesma.

Assim, para que não ocorra esse tipo de glosa, é necessário que todo atendimento realizado dentro do período de internação seja encaminhado como SADT INTERNADO, juntamente com o vínculo da conta principal.

TISS 1602 – Tipo de atendimento inválido ou não informado

A glosa com a crítica TISS 1602 pode ocorrer para as seguintes situações:

- Quando o tipo de atendimento for encaminhado indevidamente como “Atendimento Domiciliar”;
- Quando o tipo de atendimento for encaminhado indevidamente como “Remoção”;
- Quando o tipo de atendimento for encaminhado indevidamente como “Saúde Ocupacional”: somente as guias de atendimentos ocupacionais devem ser encaminhadas com o tipo de atendimento “Saúde Ocupacional”.

Assim, a fim de evitarmos glosas por esse motivo, é de extrema importância que o prestador envie a cobrança com o tipo de atendimento correto.

Vale lembrar que para toda guia de atendimento ocupacional deve ser entregue o documento físico na UGF, caso o mesmo não seja encaminhado, a guia será glosada pelo motivo 3052 – documentação incompleta, incorreta ou ausente.

Dados do Atendimento		Indicação de acidente	Indicação de acidente				
Tipo de atendimento *		0 - Trabalho		Tipo de consulta		Motivo de Encerramento do Atendimento	
Selezione				Selezione		Selezione	
Selezione							
01 - Remoção							
02 - Pequena cirurgia							
03 - Outras Terapias							
04 - Consulta							
05 - Exame Ambulatorial							
06 - Atendimento Domiciliar							
07 - Internação							
08 - Quimioterapia							
09 - Radioterapia							
10 - Terapia Renal Substitutiva (TRS)							
11 - Pronto Socorro							
13 - Pequeno atendimento							
14 - Saúde Ocupacional - Admissional							
15 - Saúde Ocupacional - Demissional							
16 - Saúde Ocupacional - Periódico							
17 - Saúde Ocupacional - Retorno ao trabalho							
18 - Saúde Ocupacional - Mudança de função							
19 - Saúde Ocupacional - Promoção a saúde							
20 - Saúde Ocupacional - Beneficiário novo							

Atendimentos executados							
Código	Descrição do Procedimento	Un. Med.	Solic./ Autoriz.	Qtde	Fator Red./Acresc.	Via de acesso	Técnica
			1 / 1		1,00	Selezione	Selezione
			2 / 2		1,00	Selezione	Selezione
			500 / 500		1,00	Selezione	Selezione
			500 / 500		1,00	Selezione	Selezione
			500 / 500		1,00	Selezione	Selezione
			500 / 500		1,00	Selezione	Selezione

TISS 1323 - Data preenchida incorretamente

Nos atendimentos ambulatoriais (SADT), é imprescindível que a data de execução de cada item executado seja a mesma data de realização do procedimento. A única situação que foge desta regra é para os atendimentos em pronto socorro.

Procedimentos e Itens Assistenciais Solicitados											
Tabela	Código	Descrição do Procedimento	Un. Med.	Qt. Solic.	Qt. Autoriz.	Fabricante					
22	31602118	BLOQUEIO DE NERVO PERIFERICO - BLOQUEIOS ANESTESICOS DE NERVOS E ESTIMULOS NEUROVASCULARES	UND	1	1						
Dados do Contratado Executante											
Nome do contratado			Código CNES								
			0								
Dados do Atendimento											
Tipo Atendimento		Indicação de acidente	Tipo de consulta		Motivo de Encerramento do Atendimento						
05 - Exame Ambulatorial		2 - Outros									
Procedimentos e exames realizados											
Data	Hora Inicial	Hora Final	Tabela	Código	Descrição do Procedimento	Un. Med.	Qtde	Cd. Barra	Via	Técnica	Fator Red./Acresc.
25/11/2016	08:44	09:14	22	31602118	BLOQUEIO DE NERVO PERIFERICO - BLOQUEIOS ANESTESICOS DE NERVOS E ESTIMULOS NEUROVASCULARES		1				

Código de despesa	Data	Hora inicial	Hora final	Tabela	Código e Descrição do Item	Un. Med.	Qtde
3 - Materiais	25/11/2016	16:08	16:38		70014280 - AGULHA HIPODERMICA 25X7 PRECISIONGLIDE 300327	UND	1
3 - Materiais	25/11/2016	16:08	16:38		70014370 - AGULHA HIPODERMICA 40X12 PRECISIONGLIDE 300017	UND	1
3 - Materiais	25/11/2016	16:08	16:38		70800804 - CATETER PERIFERICO POLIURETANO-INSYTE 18G 1.16 388317	UND	1
3 - Materiais	25/11/2016	16:08	16:38		70175985 - COMPRESSA 10CMX10CM 13FIOS ESTERIL 10UNID RAO GAMA 178.678	PCT	1
3 - Materiais	25/11/2016	16:08	16:38	00 - Outras Tabelas	75075741 - CURATIVOS BAND AID	UND	1
3 - Materiais	25/11/2016	16:08	16:38	00 - Outras Tabelas	74532758 - LUVA DE PROCEDIMENTO GRANDE NAO ESTERIL 100UNID	PAR	1
2 - Medicamentos	24/11/2016	16:08	16:38		90047486 - NOVABUPI (SEM VASOCONSTRICTOR) 0,5 PCC SOL INJ CX 10 EST FA VD INC X 20 ML (ESTERIL)	FA	1

Dessa maneira, para não gerar glosa por esse motivo, o prestador deve atentar no momento da execução da guia, se a data de execução (data que o procedimento foi realizado) é a mesma do atendimento.

TISS 1414 – Data de validade da senha expirada

A guia é glosada por esse motivo, quando a data de execução do procedimento/item for posterior ao prazo de validade da senha de autorização, sendo o prazo de 60 dias corridos ou não.

Dados da guia SP/SADT					
Dados da Guia					
Nº Guia	Registro ANS 360449	Nº Principal	Data da Autorização 28/11/2016	Senha 174593038	Validade da Senha 30/11/2016
Dados do Beneficiário					
Número da Carteira - Nome				Atendimento a RN N - Não	
Plano			Validade da carteira Data de Nascimento		
Dados do Solicitante					
Nome do contratado					
Nome do Profissional Solicitante	Conselho profissional 06-CRM	Número do Conselho	UF SC	Código CBO	
Dados da Solicitação					
Data/Hora da solicitação 01/12/2016 16:59	Caráter do Atendimento 2 - Urgência/Emergência	Indicação clínica			Liminar judicial -

Para evitar glosas por este motivo, a execução do procedimento/item deve sempre ser realizada dentro do prazo de validade da senha, prazo este que deverá ser observado pelo prestador na ocasião da autorização, caso contrário receberá glosa.

TISS 1018 – Empresa do beneficiário suspensa / excluída

A guia é glosada por esse motivo quando na data do atendimento a Unimed de origem/ empresa do cliente está com o atendimento suspenso e/ ou excluído.

Para que não ocorram glosas por esse motivo é de extrema importância o prestador/ cooperado atentar-se ao preenchimento correto da data de realização do procedimento no momento da execução da guia.

TISS 1016 – Beneficiário com atendimento suspenso

A guia será glosada com esse motivo, quando o código da carteirinha do cliente estiver com o atendimento suspenso e/ou excluído.

Há situações onde o código informado pelo prestador está incorreto devido ao cadastro do cliente estar desatualizado no próprio sistema do prestador. Por isso, a importância de sempre solicitar a carteirinha com um documento com foto para se certificar de que o código que está cadastrado no sistema é o correto, e assim evitar glosas desnecessárias.

TISS 1001 – Número da carteira inválido

A guia é glosada com esse motivo quando o código da carteirinha do cliente informado no arquivo XML e/ou no processo do SGU Card estiver incorreto.

Na maior parte das vezes, o código informado pelo prestador está incorreto devido ao cadastro do cliente estar desatualizado no sistema do próprio prestador. Para evitar glosas por este motivo, é extremamente importante que o prestador/cooperado sempre se certifique que o código da carteira do cliente é o mesmo que consta já cadastrado na clínica/consultório.

TISS 1203 – Código prestador inválido

A guia/item pode ser glosada por esse motivo em quatro situações distintas:

1. Quando for cobrado um procedimento (Honorário Médico) e não for informado o CRM do profissional executante do mesmo.
2. Quando for cobrado um item pago como CO, onde o procedimento é executado por uma clínica/hospital, por exemplo, Fisioterapia, e no campo executante estiver informado um CRM ou o código de um profissional não médico.
3. Quando for encaminhada a cobrança com os dados de algum profissional excluído.
4. Quando for encaminhada a cobrança de um OPME, sendo que o mesmo está autorizado para um determinado fornecedor/prestador, no entanto, a cobrança está direcionada para outro.

Procedimentos e Itens Assistenciais Solicitados

Tabela	Código	Descrição do Procedimento	Un. Med.	Qt. Solic.	Qt. Autoriz.	Fabricante
22	41001095	TC - ABDOME TOTAL (ABDOME SUPERIOR, PELVE E RETROPERITONICO)	UND	1	1	

Dados do Contratado Executante

Nome do contratado	Código CNES
	0

Dados do Atendimento

Tipo Atendimento	Indicação de acidente	Tipo de consulta	Motivo de Encerramento do Atendimento
05 - Exame Ambulatorial	2 - Outros		

Procedimentos e exames realizados

Data	Hora Inicial	Hora Final	Tabela	Código	Descrição do Procedimento	Un. Med.	Qtde	Cd. Barra	Via	Técnica	Fator Red./Acred.
19/04/2017	09:11	09:41	22	41001095	TC - ABDOME TOTAL (ABDOME SUPERIOR, PELVE E RETROPERITONICO)		1				1,00

Para que não ocorram glosas por estes motivos, é fundamental que:

1. Toda a cobrança de HM seja encaminhada com o código do profissional executante do procedimento (CRM).
2. Toda a cobrança de procedimento, com CO e filme, seja informada no campo dados do contratado executante o código de PJ (clínica/hospital).
3. O cadastro dos profissionais deve estar sempre em dia com a operadora e com a clínica, evitando, assim, a cobrança de procedimentos para profissionais já excluídos da operadora.
4. Toda a cobrança de OPME deve ser realizada de acordo com a autorização, ou seja, o prestador deve atentar se o fornecedor autorizado está de acordo com o cobrado/ utilizado.

TISS 1010 – Assinatura do titular/ Responsável inexistente e TISS 1319 – Guia sem assinatura do assistido

A guia será glosada por esse motivo quando a conta for encaminhada para UGF sem a assinatura do paciente ou de algum responsável.

Para isso é de extrema importância constar a assinatura do cliente/paciente ou do responsável na guia, para comprovação da realização.

TISS 1314 – Guia sem assinatura e/ou carimbo do credenciado

A guia é glosada com esse motivo quando não constar o carimbo e assinatura do médico solicitante no pedido/prescrição médica e a assinatura do médico executante guia física encaminhada pelo prestador.

A fim de evitar glosas por esse motivo, é fundamental que as guias e solicitações/ prescrições médicas enviadas para a cobrança contemplem a assinatura e carimbo do médico solicitante e executante.

TISS 1709 – Falta prescrição médica

A guia é glosada com esse motivo quando, conforme parecer técnico (enfermagem), na guia física encaminhada pelo prestador não consta a prescrição médica do item cobrado.

A fim de evitar glosas por esse motivo, o prestador deve cobrar apenas o que houver na prescrição médica.

TISS 1710 – Falta visto da enfermagem

Os materiais/medicamentos são glosados com esse motivo quando, conforme parecer técnico (enfermagem), não são identificados a sua efetiva utilização.

Para evitar esse tipo de glosa, é necessário que o item cobrado tenha sido realizado e checado pela enfermagem, antes do envio da conta.

TISS 2514 – Serviço não contratado para o prestador

A guia/item é glosada com esse motivo pelas seguintes situações:

1. Quando o profissional executante informado pelo prestador não está cadastrado no local de atendimento;
2. Quando o item (procedimento, material, medicamento e pacotes) não está contratualizado para o prestador e/ou não possui valor negociado;
3. Quando o procedimento cobrado não consta na especialidade do prestador executante; Por isso, a importância de antes mesmo de permitir que o profissional realize um atendimento, este seja cadastrado/credenciado com a operadora, assim como o prestador deverá utilizar apenas itens já negociados/contratualizados com a operadora, a fim de evitar glosas futuras.

TISS 2112 – Cobrança de medicamento incompatível com o relatório técnico

O item é glosado com esse motivo quando, conforme parecer técnico (enfermagem), o medicamento não for compatível com o procedimento principal realizado ou não estiver descrito no relatório técnico pelo prestador.

Para isso é necessário que toda a cobrança realizada esteja descrita no relatório técnico, a fim de comprovar a utilização.

TISS 2107 – Cobrança de medicamento em quantidade incompatível com a permanência

O medicamento é glosado com esse motivo quando, conforme parecer técnico (enfermagem) é realizada a cobrança acima da máxima permitida para o período de permanência do beneficiário no local do atendimento.

A fim de evitar glosas por esse motivo, é fundamental que o prestador avalie a quantidade de cada item cobrado durante o período do atendimento, e se este está de acordo.

TISS 2108 – Cobrança de medicamento em quantidades incompatíveis com o procedimento realizado

O medicamento é glosado com esse motivo quando, conforme parecer técnico (enfermagem), o prestador realiza a cobrança do item com a quantidade incompatível com o procedimento realizado.

A fim de evitar glosas por esse motivo, é fundamental que o prestador avalie a quantidade de cada item cobrado para a realização do determinado procedimento.

TISS 2106 – Medicamento informado não coberto

O medicamento é glosado com esse motivo quando ele não possui cobertura/compatibilidade em relação ao procedimento principal lançado pelo prestador, conforme parecer técnico (enfermagem).

Para que não ocorra glosa por esse motivo, é necessário enviar a cobrança somente dos itens que foram autorizados e/ou é pertinente a cobrança conforme contrato.

TISS 2102 – Medicamento sem cobertura para atendimento ambulatorial

O medicamento é glosado com esse motivo quando, conforme parecer técnico (enfermagem), ele não possui cobertura para atendimentos em caráter ambulatorial.

Para que não ocorra essa glosa, é fundamental que o prestador avalie a pertinência da utilização do medicamento em caráter ambulatorial.

TISS 2110 – Cobrança de medicamento inclusos nas taxas

O medicamento é glosado com esse motivo quando, conforme parecer técnico (enfermagem), ele estiver incluso na taxa cobrada pelo prestador.

Para isso é necessário que toda a cobrança seja validada se o item cobrado não está incluso na composição das taxas utilizadas.

TISS 2012 – Cobrança de material incompatível com o relatório técnico

O item é glosado com esse motivo quando, conforme parecer técnico (enfermagem), o material não for compatível com o procedimento principal realizado ou não estiver descrito no relatório técnico pelo prestador.

Para isso é necessário que toda a cobrança realizada esteja descrita no relatório técnico, a fim de comprovar a utilização.

TISS 2008 – Cobrança de material em quantidades incompatíveis com o procedimento realizado

O material é glosado com esse motivo quando, conforme parecer técnico (enfermagem), o mesmo é lançado pelo prestador e a quantidade informada é incompatível com o procedimento principal lançado pelo prestador.

A fim de evitar glosas por esse motivo, é fundamental que o prestador avalie a quantidade de cada item cobrado para a realização do determinado procedimento.

TISS 2010 – Cobrança de materiais inclusos nas taxas

O item é glosado com esse motivo quando, conforme parecer técnico (enfermagem), o material já estiver incluso na taxa lançada/negociada para o prestador na guia.

Para isso é necessário que toda a cobrança seja validada se o item cobrado não está incluso na composição das taxas utilizadas.

TISS 2011 – Cobrança de material incluso no pacote negociado

O material é glosado com esse motivo quando, conforme parecer técnico (enfermagem), o material cobrado já está incluso no pacote cobrado pelo prestador.

Para evitar esse tipo de glosa, o prestador necessita avaliar a composição do pacote cobrado, a fim de evitar a cobrança em duplicidade.

TISS 2006 – Material informado não coberto

O material é glosado com esse motivo quando ele não possui cobertura em relação ao procedimento principal lançado pelo prestador.

Para que não ocorra glosa por esse motivo, é necessário enviar a cobrança somente dos itens que foram autorizados e/ou é pertinente à cobrança conforme contrato.

TISS 2418 – Cobrança de taxa de sala incompatível com o procedimento

A taxa de sala é glosada com esse motivo quando, conforme parecer técnico (enfermagem), ela não for compatível com o procedimento principal cobrado pelo prestador.

Para que não ocorram glosas por esse motivo, a taxa de sala cobrada deve ser compatível com o procedimento principal.

TISS 1702 – Cobrança de procedimento em duplicidade

O erro de duplicidade será acionado pelo sistema quando for cobrado o mesmo procedimento, realizado no mesmo dia e pelo mesmo profissional.

Assim, para que não ocorram glosas, deve-se seguir o seguinte fluxo:

- Quando o procedimento for cobrado dentro da mesma guia, devem ser informadas a data e hora correta de execução dos procedimentos.
- Quando o procedimento for cobrado em guias distintas, devem ser informadas a data e hora correta da execução do procedimento, juntamente com a indicação/justificativa.

TISS 1823 – Procedimento realizado pelo mesmo profissional, mesma especialidade, no prazo informado ao estipulado sem justificativa

A guia é glosada com esse motivo quando a consulta médica é lançada pelo prestador nas seguintes situações:

1. Com prazo inferior a 20 dias entre um atendimento e outro;
2. Sendo o mesmo profissional executante;
3. Sendo a mesma especialidade;
4. Sem justificativa e/ou CID.

Para que não ocorra glosa por esse motivo, é necessário sempre justificar o motivo da nova consulta no período inferior a 20 dias.

TISS 1818 – Cobrança de procedimento que exige autorização prévia

Para todo procedimento / diárias / taxas de refeição / OPME / medicamentos de alto custo, deve ser informada a senha de autorização no arquivo de cobrança.

Para os prestadores/cooperados que utilizam SGU Card para capturar e executar os atendimentos basta selecionar os itens a serem cobrados e que constam autorizados.

Exemplo abaixo:

Procedimentos e exames a serem executados

Data inicial	Hora (Inicial - Final)	Tabela	Código	Descrição do Procedimento	Un. Med.	Solic./ Autoriz.	Qtde	Fator Red./Acresc.	Via de acesso	Técnica
25/05/2017 09:18 09:48	a	22	20104294	TERAPIA ONCOLOGICA - PLAI	UND	1 / 1		1,00	Selecione ▼	Selecione ▼
25/05/2017 09:18 09:48	a	22	20104308	TERAPIA ONCOLOGICA - POR	UND	2 / 2		1,00	Selecione ▼	Selecione ▼
25/05/2017 09:18 09:48	a	20	90051319	GEMZAR 1 G PO LIOF. INJ. FA	MG	500 / 500		1,00	Selecione ▼	Selecione ▼
25/05/2017 09:18 09:48	a	20	90051319	GEMZAR 1 G PO LIOF. INJ. FA	MG	500 / 500		1,00	Selecione ▼	Selecione ▼
25/05/2017 09:18 09:48	a	20	90051319	GEMZAR 1 G PO LIOF. INJ. FA	MG	500 / 500		1,00	Selecione ▼	Selecione ▼
25/05/2017 09:18 09:48	a	20	90051319	GEMZAR 1 G PO LIOF. INJ. FA	MG	500 / 500		1,00	Selecione ▼	Selecione ▼
25/05/2017 09:18 09:48	a	20	90051319	GEMZAR 1 G PO LIOF. INJ. FA	MG	500 / 500		1,00	Selecione ▼	Selecione ▼

Para os prestadores que enviam a conta através do arquivo XML, deve ser informado no arquivo de cobrança o número da senha autorizada, conforme figura abaixo.

Dados da guia SP/SADT

Dados da Guia					
Nº Guia	Registro ANS	Nº Principal	Data da Autorização	Senha	Validade da Senha
	360449		08/04/2017		07/06/2017
Dados do Beneficiário					
Número da Carteira - Nome				Atendimento a RN N - Não	
Plano			Validade da carteira		Data de Nascimento

```

<ans:guiaSP_SADT>
<ans:cabecalhoGuia>
<ans:registroANS>09090 </ans:registroANS>
<ans:numeroGuiaPrestador>5001111111 </ans:numeroGuiaPrestador>
</ans:cabecalhoGuia>
<ans:dadosAutorizacao>
<ans:numeroGuiaOperadora> 5001111111 </ans:numeroGuiaOperadora>
<ans:dataAutorizacao>2017-04-08</ans:dataAutorizacao>
<ans:senha>6007488</ans:senha>
</ans:dadosAutorizacao>
<ans:dadosBeneficiario>
<ans:numeroCarteira>0025000000000000 </ans:numeroCarteira>
<ans:atendimentoRN>N</ans:atendimentoRN>
<ans:nomeBeneficiario> Nome Completo do Beneficiário </ans:nomeBeneficiario>
</ans:dadosBeneficiario>
<ans:dadosSolicitante>
<ans:contratadoSolicitante>
    
```

Assim, para que não ocorra glosa por esse motivo, é fundamental que todos os itens/procedimentos que exigem autorização prévia estejam devidamente autorizados no momento do envio da cobrança.

TISS 1402 – Procedimento não autorizado

Esta glosa acontece quando o prestador encaminha o arquivo de cobrança sem a senha de autorização. Sendo assim, para que sejam evitadas glosas por este motivo, é fundamental que todos os procedimentos / diárias / taxas de refeição / OPME / medicamentos de alto custo sejam informados com senha de autorização no arquivo de cobrança.

Dados da guia SP/SADT

Dados da Guia

Nº Guia	Registro ANS 360449	Nº Principal	Data da Autorização 08/04/2017	Senha	Validade da Senha 07/06/2017
---------	------------------------	--------------	--------------------------------------	-------	------------------------------------

Dados do Beneficiário

Número da Carteira - Nome

Atendimento a RN
N - Não

Plano

Validade da carteira

Data de Nascimento

```
<ans:guiaSP_SADT>
<ans:cabecalhoGuia>
<ans:registroANS>99999 </ans:registroANS>
<ans:numeroGuiaPrestador>500222222 </ans:numeroGuiaPrestador>
</ans:cabecalhoGuia>
<ans:dadosAutorizacao>
<ans:numeroGuiaOperadora>500222222 </ans:numeroGuiaOperadora>
<ans:dataAutorizacao>2017-04-08</ans:dataAutorizacao>
<ans:senha>6007488</ans:senha>
</ans:dadosAutorizacao>
<ans:dadosBeneficiario>
<ans:numeroCarteira>0025000000000000 </ans:numeroCarteira>
<ans:atendimentoRN>N</ans:atendimentoRN>
<ans:nomeBeneficiario> Nome Completo do Beneficiário </ans:nomeBeneficiario>
</ans:dadosBeneficiario>
<ans:dadosSolicitante>
<ans:contratadoSolicitante>
```

Assim, para que não ocorra glosa por esse motivo, é fundamental que todos os itens/procedimentos que exigem autorização prévia estejam devidamente autorizados no momento do envio da cobrança.

TISS 1820 – Cobrança de procedimentos em quantidade acima da máxima permitida

O item será glosado por esse motivo quando a quantidade cobrada for maior que a autorizada. Ou seja, o procedimento X foi autorizado uma vez, no entanto, no momento da cobrança/faturamento foi enviado/cobrado na quantidade duas vezes.

É de extrema importância que a cobrança seja realizada exatamente na quantidade da que foi autorizada para evitar esse tipo de glosa.

TISS 1817 – Cobrança do procedimento incluso no procedimento principal

O procedimento é glosado com esse motivo quando, conforme parecer técnico (médico), ele for concomitante com o procedimento principal.

Para que não ocorram glosas por esse motivo, é necessário que seja avaliado com o médico assistente a cobrança do procedimento correto.

TISS 1811 – Procedimento sem registro de execução

O procedimento é glosado com esse motivo quando, conforme parecer técnico (médico), não é identificado a sua realização e/ou não foi lançado na guia física encaminhada pelo prestador, e ainda assim, o prestador efetua a cobrança.

A fim de evitar esse motivo de glosa, é importante que seja cobrado da operadora apenas o que consta no relatório cirúrgico e ou/pedido médico.

TISS 2509 – Cobrança do procedimento seriado incompatível com o quadro clínico

O procedimento seriado é glosado com esse motivo quando, conforme parecer técnico (médico), o código cobrado não é compatível com o quadro clínico do paciente.

Para que não ocorra esse tipo de glosas, é importante se atentar ao código correto enviado para a cobrança.

TISS 2603 – Cobrança de honorário sem registro da efetiva participação do profissional

Os procedimentos são glosados com esse motivo quando, conforme parecer técnico (médico), não é identificada a sua realização e/ou não foi lançada na guia física encaminhada pelo prestador, e ainda assim, o prestador efetua a cobrança.

A fim de evitar esse motivo de glosa, é importante que seja cobrado da operadora apenas o que consta no relatório cirúrgico e ou/pedido médico.

TISS 2702 – Cobrança de exame não solicitado pelo médico

O item é glosado com esse motivo quando, conforme parecer técnico (médico), o procedimento lançado pelo prestador no arquivo XML e/ou no processo do SGU Card, não consta informado no pedido médico.

Para que não ocorram glosas por esse motivo, a cobrança deve ser efetuada apenas dos procedimentos que constam em pedido médico.

Procedimentos e Itens Assistenciais Solicitados

Tabela	Código	Descrição do Procedimento	Un. Med.	Qt. Solic.	Qt. Autoriz.	Fabricante
22	41301315	RETINOGRRAFIA (SO HONORARIO) MONOCULAR	UND	1	2	
98	50017128	PACOTE DE RETINOGRRAFIA MONOCULAR	PCT	1	1	

Dados do Contratado Executante

Nome do contratado
10634 - MARILIA BASTOS QUIRINO BRASIL

Código CNES
0

Dados do Atendimento

Tipo Atendimento
05 - Exame Ambulatorial

Indicação de acidente
9 - Não acidente

Tipo de consulta

Motivo de Encerramento do Atendimento

Procedimentos e exames realizados

Data	Hora Inicial	Hora Final	Tabela	Código	Descrição do Procedimento	Un. Med.	Qtde	Cd. Barra	Via	Técnica	Fator Red./Acresc.
24/03/2017	15:59	16:29	22	41301315	RETINOGRRAFIA (SO HONORARIO) MONOCULAR		2				1,00
24/03/2017	15:59	16:29	98	50017128	PACOTE DE RETINOGRRAFIA MONOCULAR		1				1,00

TISS 2716 – Exame cobrado não corresponde ao exame executado

O procedimento é glosado com esse motivo quando, conforme parecer técnico (médico), o procedimento informado na guia física encaminhada pelo prestador não corresponde com o procedimento cobrado ou não consta no relatório cirúrgico.

A fim de evitar esse tipo de glosa, o prestador deve encaminhar a cobrança somente dos procedimentos autorizados e que constem no relatório cirúrgico/pedido médico.

TISS 2703 – Exame sem registro de execução

O procedimento é glosado com esse motivo quando não é identificada a sua realização e/ou não foi lançado na guia física encaminhada pelo prestador, somente no arquivo XML, conforme parecer técnico (médico).

A fim de evitar esse motivo de glosa, é importante que seja cobrado da operadora apenas o que consta no relatório cirúrgico e ou/pedido médico.

TISS 2203 – OPME sem nota fiscal do fornecedor

A guia é glosada com esse motivo quando a conta/guia de internação/SADT é enviada para a cobrança sem a nota fiscal do OPME (órtese, prótese, material especial) utilizado e autorizado corretamente.

É fundamental que a nota fiscal do OPME seja sempre enviada com a conta/guia, para que no momento da cobrança não ocorra glosa.

TISS 2206 – OPME informado não autorizado

A guia é glosada com esse motivo quando o OPME (órtese prótese, material especial) não está autorizado corretamente.

É importante que o prestador realize a revisão da conta antes do envio da cobrança para a operadora, com o intuito de checar se todos os itens que realmente foram utilizados e necessitam de liberação da operadora estão autorizados de forma correta ou se estão realmente autorizados.



ANS - N° 36044-9