Manual

HOSPITAL

CUIDAR DE VOCÊ. ESSE É O PLANO.

Unimed Cascavel

APRESENTAÇÃO

Destinado as secretárias que atuam na área de atendimento ao cliente em hospitais, este material possui informações e orientações importantes do setor e sugestões que irão aprimorar o atendimento. O objetivo deste trabalho é a padronização, condução e execução da nossa principal atividade – a prestação de assistência à saúde. Esperamos que os conhecimentos apresentados, somados à prática do dia a dia, reforcem a busca contínua pela excelência.

Primeiro Acesso 4
Configurações do navegador 4
Google Chrome 5
Mozilla Firefox 7
1. Emissão de guias 9
1. 1. Guia de consulta de Pronto Socorro 10101039: 9
1. 2. Guia de SP/SADT (autogerado) 13
1. 3. Guia de solicitação de internação 19
1. 4. Confirmação de Pedido/Autorização 26
1. 5. Solicitação de prorrogação de internação 32
1. 6. Anexo de Quimioterapia 36
1. 7. Anexo de Radioterapia 39
1. 8. Pedido de exame ambulatorial 42
1. 9. Relação de guias emitidas 45
1. 10. Relação de guias Pendentes 49
1. 11. Consultar Guias 51
1. 12. Modelo de Guias 52
1. 13. Alterar Data de Confirmação de Atendimento 53
2. Faturamento 54
2. 1. Envio de arquivos XML 54
2. 2. Histórico de arquivos XML enviado 58
2. 3. Faturamento detalhado 60
2. 4. Faturamento de anestesistas 67
2. 5. Faturamento de Honorário Individual 68
3. Movimentação 69
3. 1. Cadastro de kits 69
4. Relatórios 71
4. 1. Consultar Atendimentos 71
4. 2. Faturas Apresentadas 71
4. 3. Relação Geral de Glosas: 73
4. 4. Demonstrativo de Pagamento 76
5. Configurações 78
6. Comunicados 80
7. Chat 81
Saindo do sistema 82

Primeiro Acesso

Para acessar o sistema o endereço é: **http://portal.unimedcascavel.coop.br**, posteriormente inserir o login e senha. Cada secretária terá o seu login e senha. No primeiro acesso a senha padrão é unimed0158, e no primeiro acesso vai solicitar para que seja alterada.

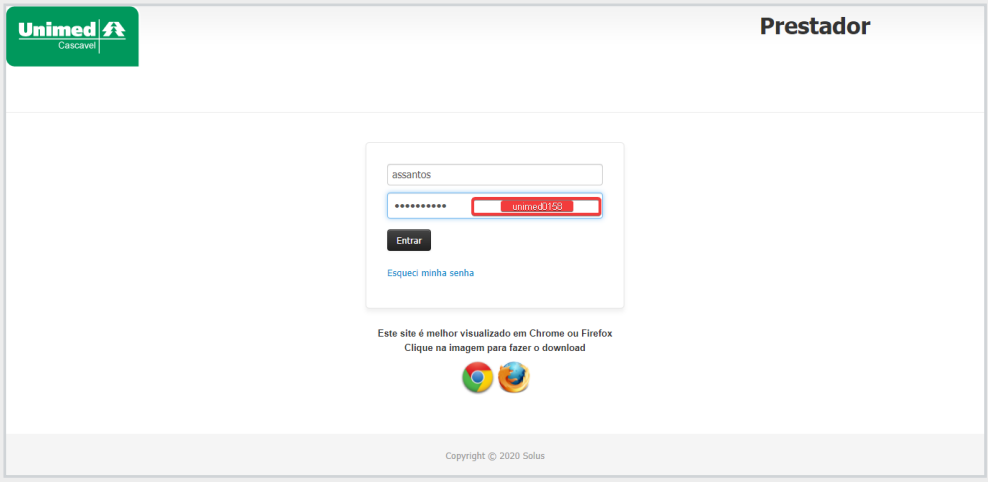


Figura 01

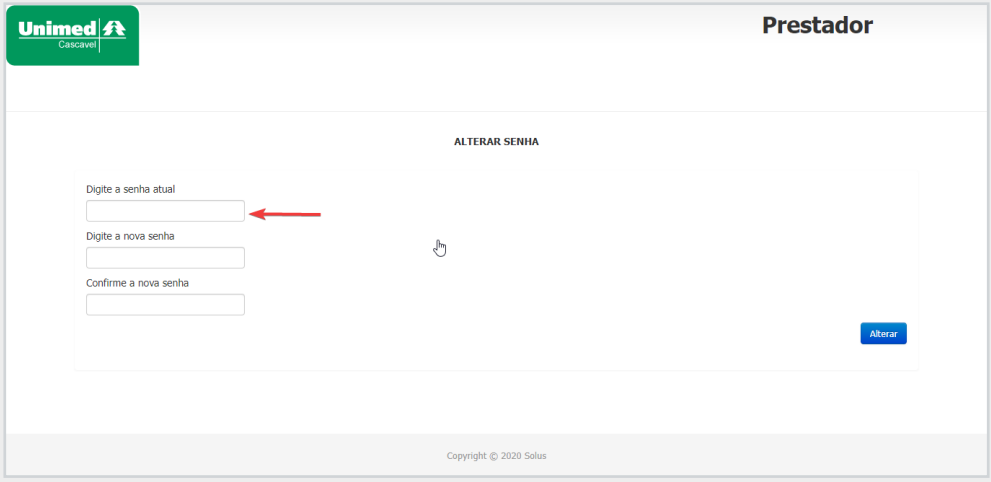


Figura 02

Configurações do navegador

No primeiro acesso ao sistema será necessário configurar o navegador utilizado para que não haja o bloqueio de nenhum pop-up.

Google Chrome

Para a liberação do pop-up no navegador Google Chrome, será necessário acessar a página de navegação e clicar no canto superior direito e em seguida selecionar a opção configurações:

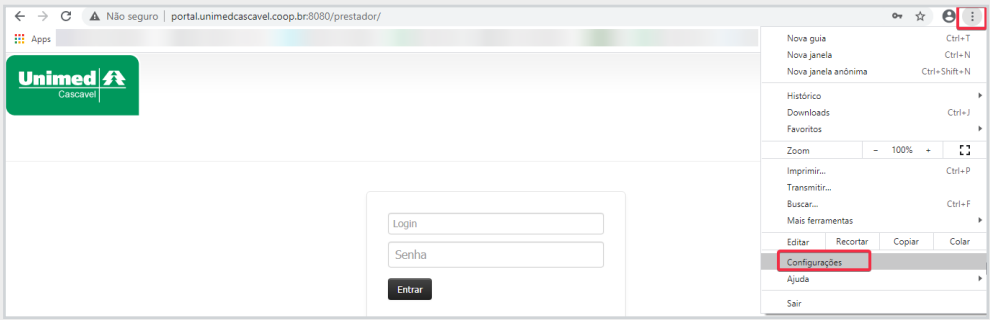


Figura 02.1

Pesquise na tela a opção pop-up e selecione a opção configurações do site:

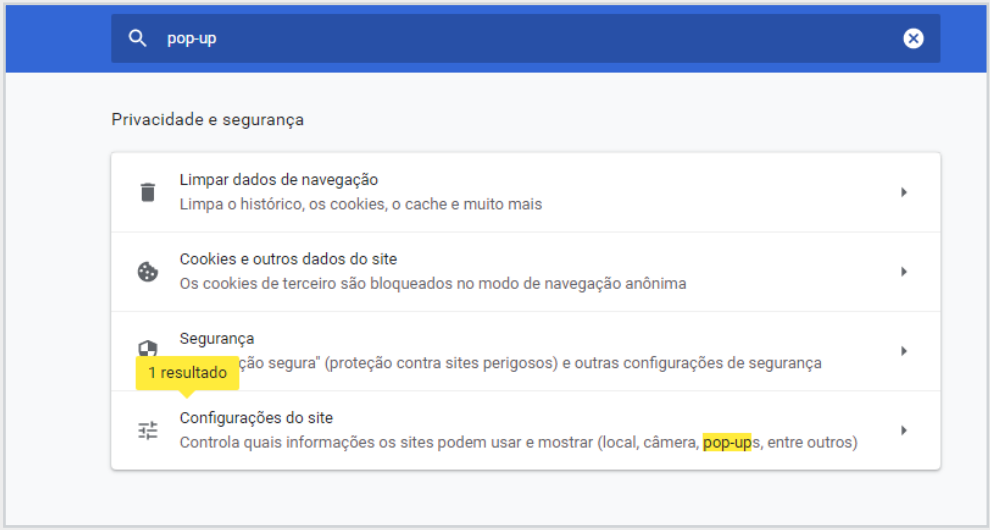


Figura 02.2

Em seguida localize a opção Pop-ups e redirecionamentos:

Figura 02.3

Clique em “Adicionar”:

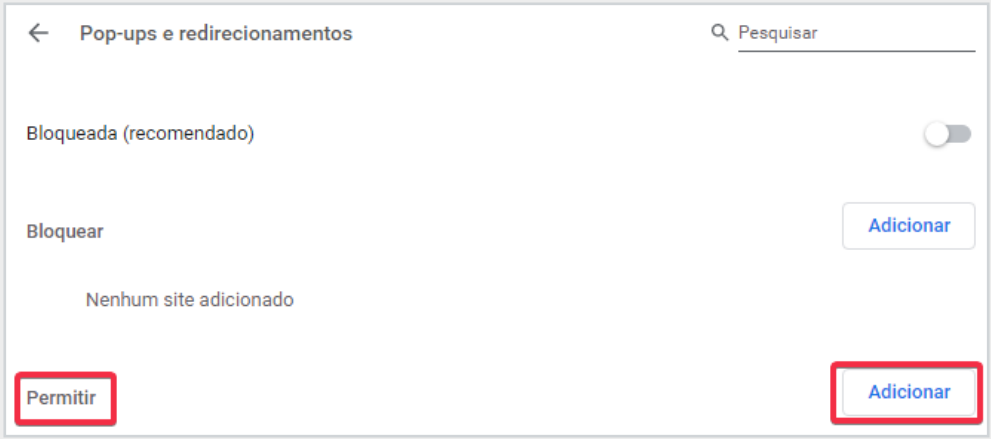


Figura 02.4

Digite o link de acesso ao sistema e clique novamente em adicionar:

Figura 02.5

Pronto, agora você já pode acessar o sistema normalmente.

Mozilla Firefox

Para a liberação do pop-up no navegador Mozilla Firefox, será necessário acessar a página de navegação e clicar no canto superior direito e em seguida clicar em “opções”:

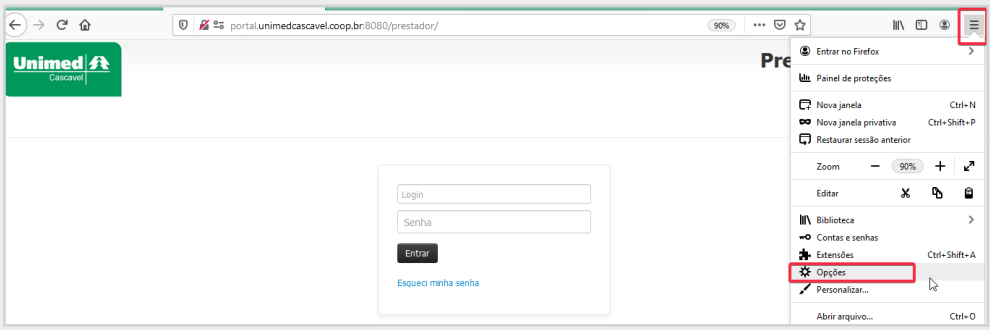


Figura 02.6

Digite no campo de busca “pop-up” e acesse a opção “exceções”:

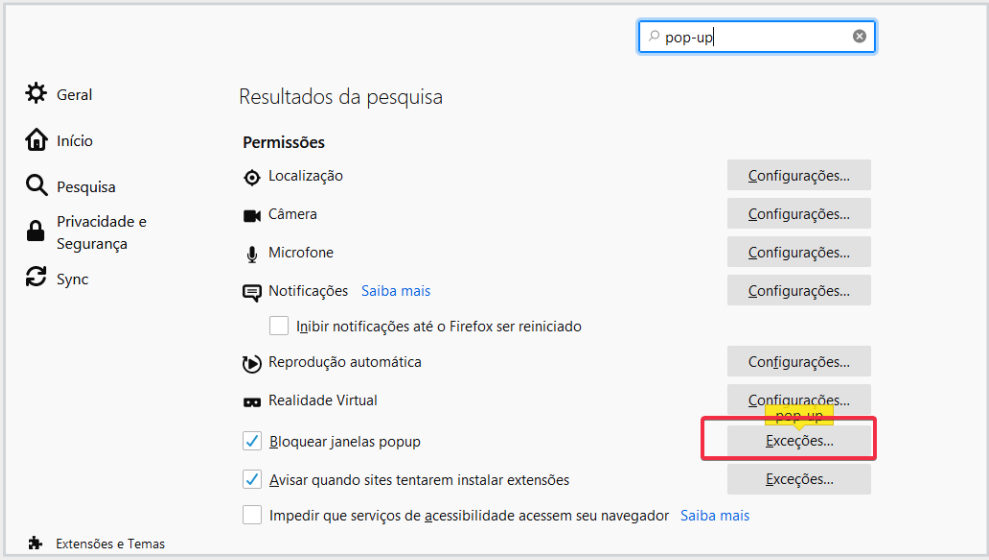


Figura 02.7

Digite o link de acesso ao sistema, clique em “Permitir” e em seguida “salvar alterações”:

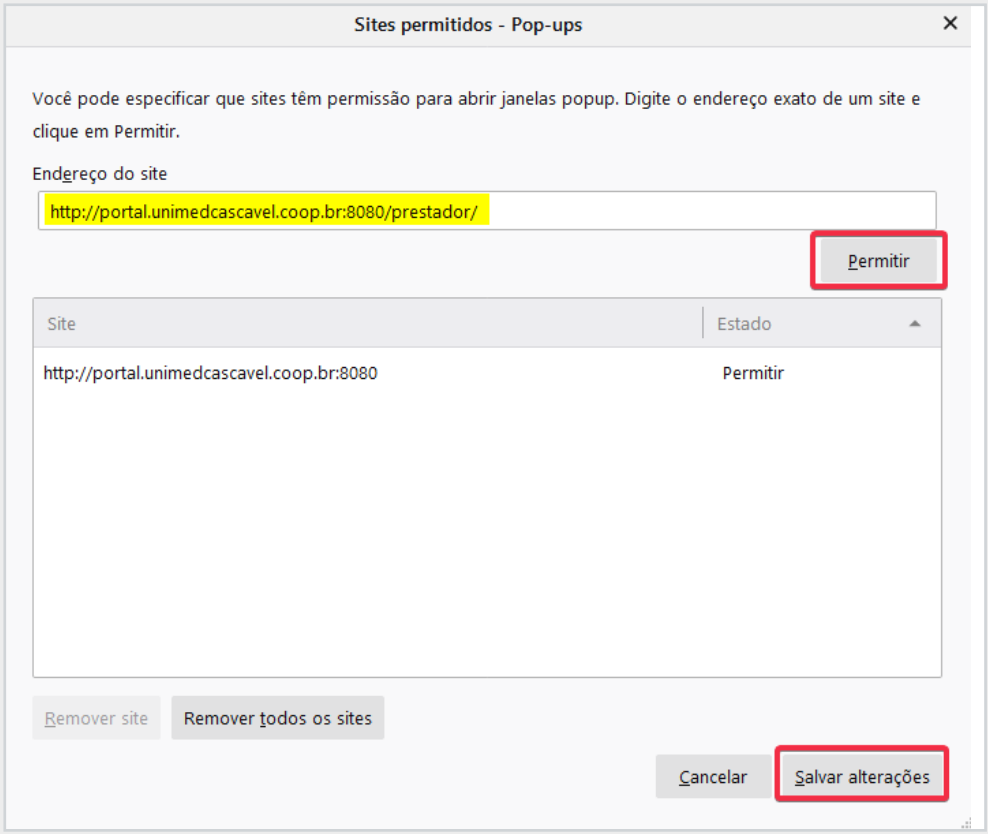


Figura 02.8

Pronto, agora você já pode acessar o sistema normalmente.

1. Emissão de guias

1. 1. Guia de consulta de Pronto Socorro 10101039:

Para emitir guias consultas de pronto socorro (10101039), é necessário acessar o menu "Emissão de guias" e em seguida selecionar a opção "Guia de SP/SADT" conforme print abaixo:

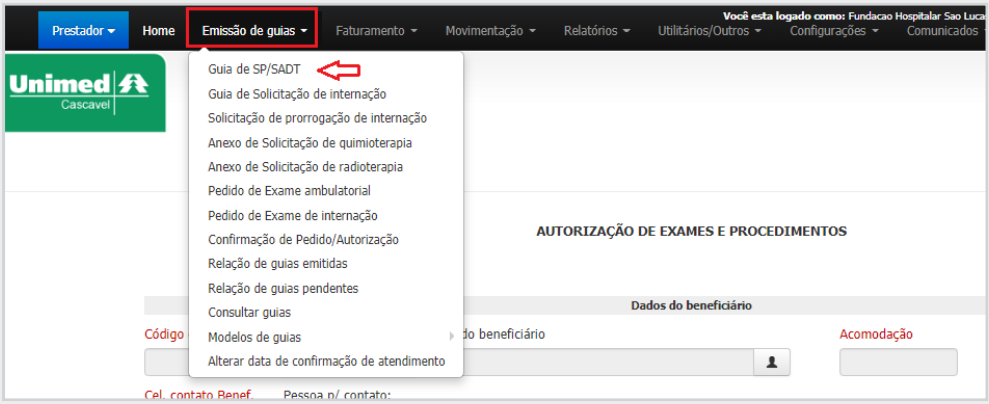


Figura 03

Em seguida será necessário informar os dados do beneficiário que realizará o atendimento, desta forma clicar no ícone da lupa e passar o cartão ou "validar token" (Obs: o token é válido para beneficiários com Unimed dentro do estado do Paraná) de atendimento caso o beneficiário não possua o cartão físico:

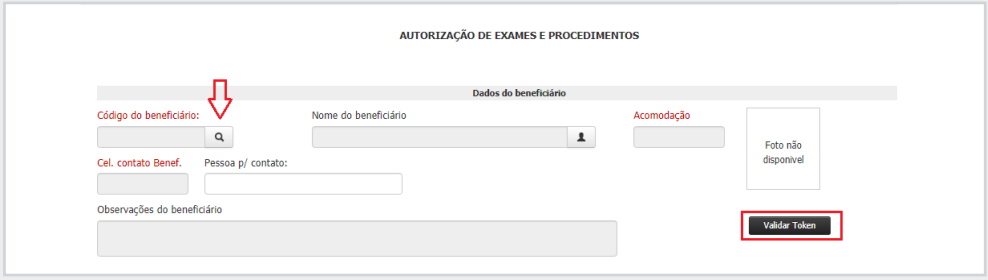


Figura 04

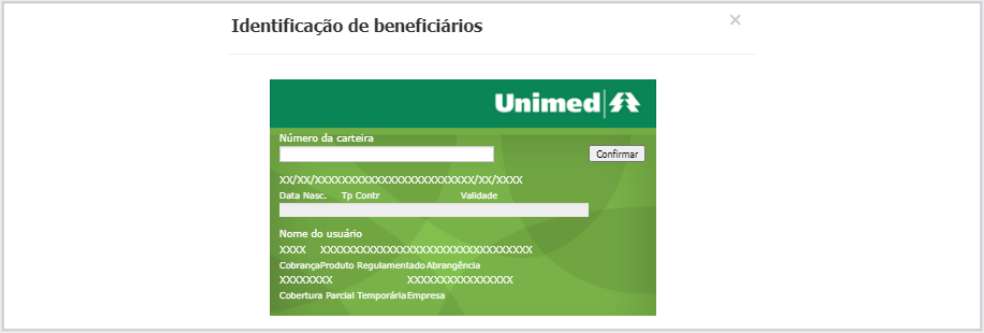


Figura 05

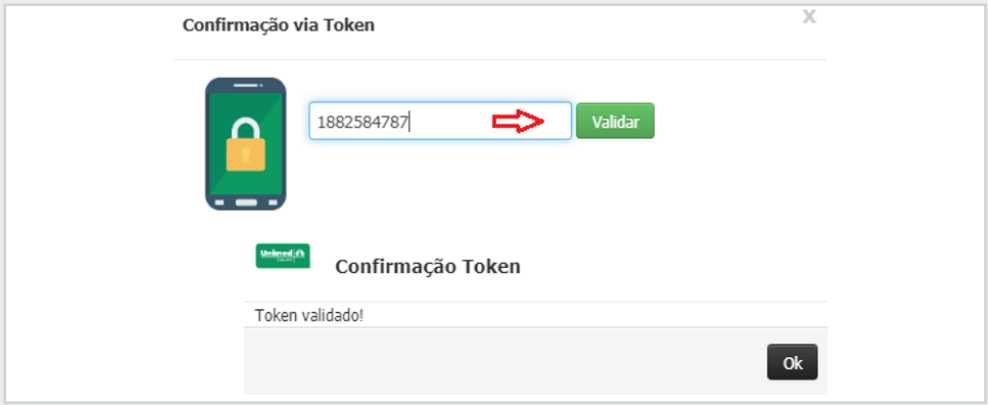


Figura 06

Em seguida, preencher os campos obrigatórios abaixo sinalizados em destaque:

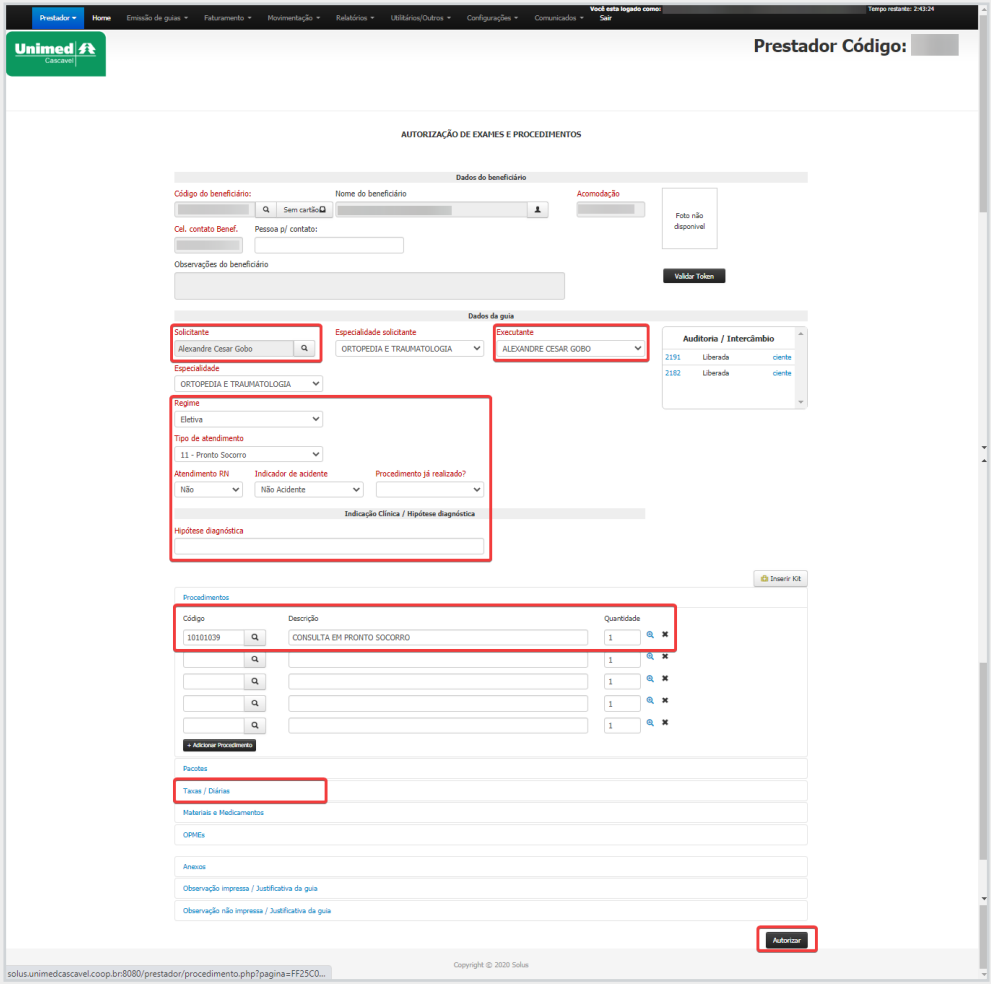


Figura 07

Solicitante: Deverá ser informado o nome do médico que realizará o atendimento. Caso o médico não seja cooperado, deverá realizar o cadastro do médico conforme o print abaixo:

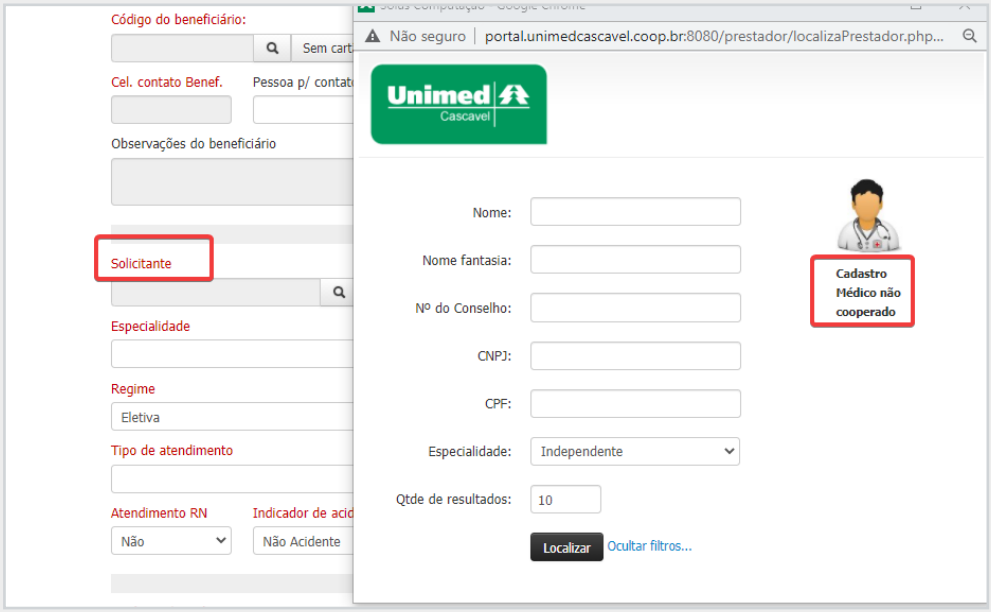


Figura 08

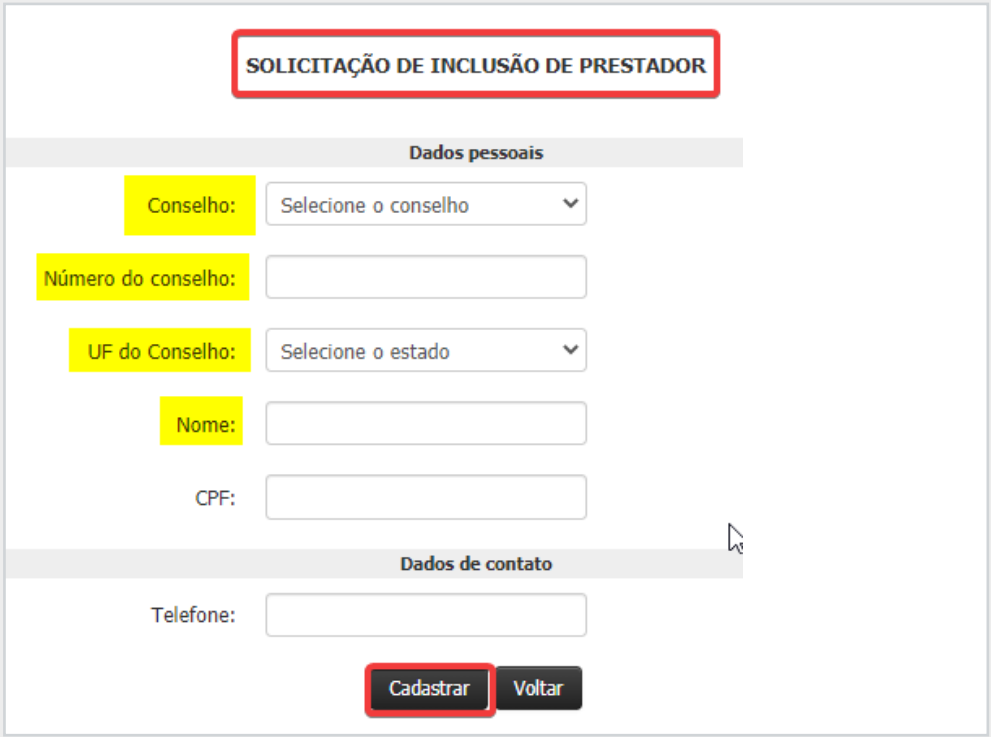


Figura 09

Especialidade solicitante: O campo será preenchido automaticamente, de acordo com a especialidade do médico solicitante, se o profissional indicado possuir duas ou mais especialidades o campo poderá ser alterado manualmente, porém apenas uma especialidade poderá ser informada.

Executante: Deverá ser informado o médico que irá realizar o atendimento (solicitante). Caso o médico não for cooperado o executante deverá ser o hospital.

Regime: Urgente.

Tipo de atendimento: 11 – pronto socorro.

Atendimento RN: Deverá ser preenchido quando o atendimento for prestado ao recém-nascido, utilizando o plano de seu responsável legal, o qual poderá ocorrer nos 30 primeiros dias de vida do menor, se o mesmo não possuir cartão próprio. Nesse caso, será necessário informar a data de nascimento do RN e o nome da criança.

Indicador de acidente: Indica se o atendimento é devido a acidente de trabalho/trânsito/Outros, se o atendimento não for decorrente de acidente o preenchimento do campo deverá ficar como "Não acidente".

Procedimento já realizado: Caso o atendimento já tenha sido realizado o campo deverá ser sinalizado como SIM e a data de atendimento preenchida.

Hipótese diagnóstica: Será obrigatório o preenchido com o quadro clínico do beneficiário.

Procedimentos: Deverá ser informado o código da consulta 10101039 –CONSULTA EM PRONTO SOCORRO

Taxas/Diárias: As taxas pertinentes ao atendimento prestado deverão ser informadas nesse campo especifico.

Anexos: Possibilita o envio de arquivos como justificativa, pedido médico, entre outros, sempre que necessário.

Observação impressa/Justificativa da guia: Todas as informações que forem escritas nesse campo ficaram gravadas e ao gerar a impressão da guia esses dados serão impressos e ficaram visíveis no rodapé da guia.

Observação não impressa/Justificativa da guia: Deverá ser preenchida sempre que houver a sinalização do sistema, as informações preenchidas nesse campo auxiliarão no processo de auditoria do procedimento solicitado.

Auditoria/Intercâmbio: Corresponde as guias locais e intercâmbio que ficam para análise da auditoria, por este campo poderá ser acompanhado diariamente o status da mesma.

As guias de intercâmbio após a origem realizar a liberação o sistema apresentará como "LIBERADA"ou "NEGADA", posteriormente é necessário clicar em ciente e a guia saira deste painel:

Figura 09.1

As guias locais quando finalizadas pela auditoria, saíra automanticamente deste campo de atalho.

1. 2. Guia de SP/SADT (autogerado)

O tipo de guia SP/SADT será utilizado para solicitações de procedimentos/ exames que são executados pelo prestador solicitante.

Quando a solicitação ocorrer com esse tipo de guia não será necessário a confirmação **(captura)** do pedido de autorização pois o mesmo, após liberado, já ficará disponível para ser faturado.

Para emitir guias de procedimentos/exames, é necessário acessar o menu Emissão de guias e em seguida selecionar a opção "Guia de SP/SADT" conforme print abaixo:

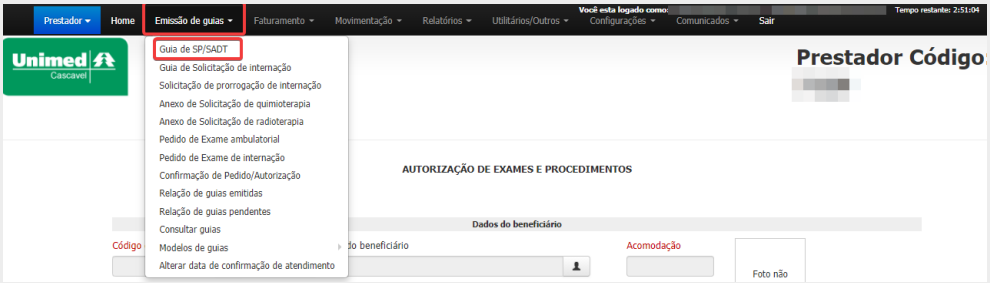


Figura10

Em seguida será necessário informar os dados do beneficiário que realizará o atendimento, a identificação poderá ocorrer através da utilização do cartão magnético ou com a validação do token (Obs: o token é valido para beneficiários com Unimed dentro do estado do Paraná) de atendimento:

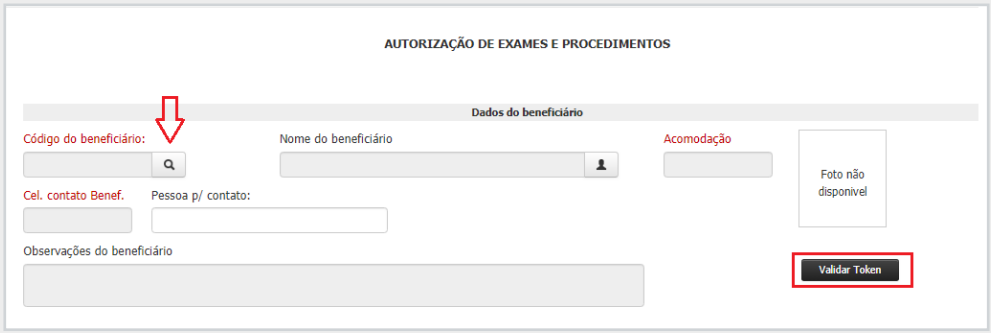


Figura 11

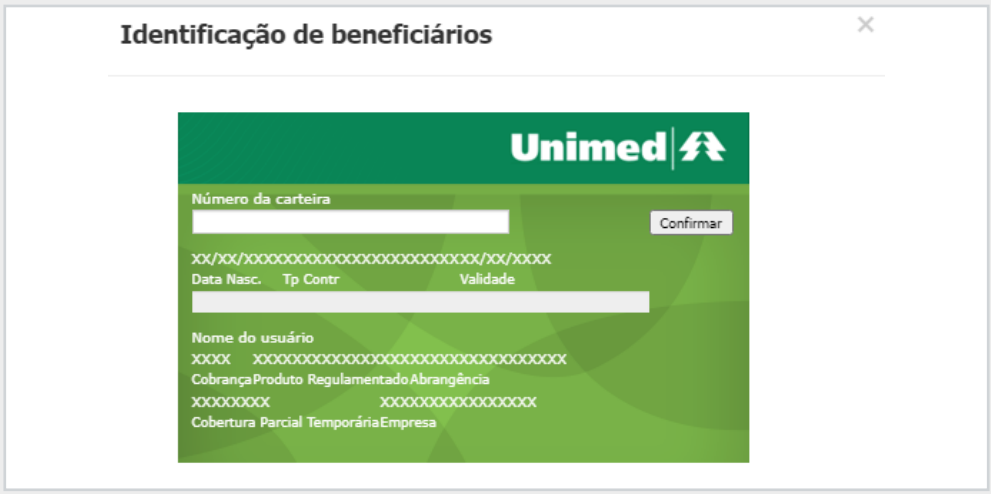


Figura 12

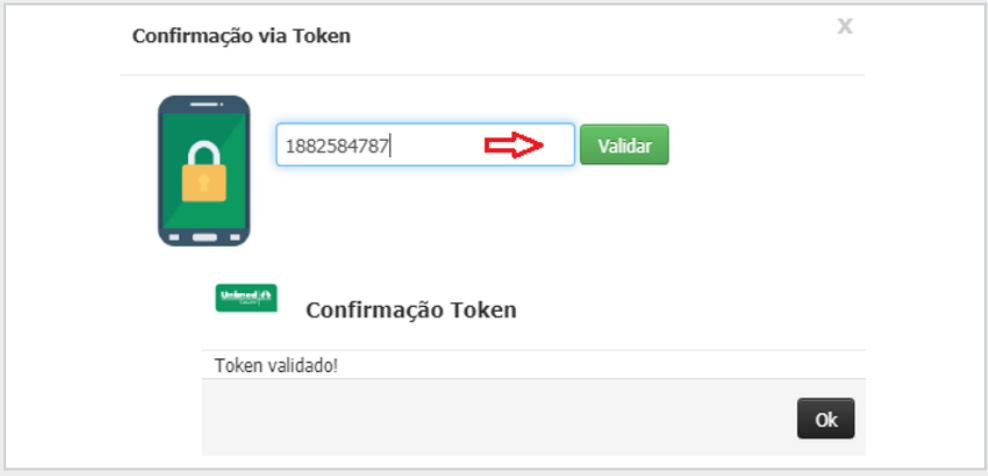


Figura 13

Em seguida basta preencher os campos obrigatórios, em destaque:

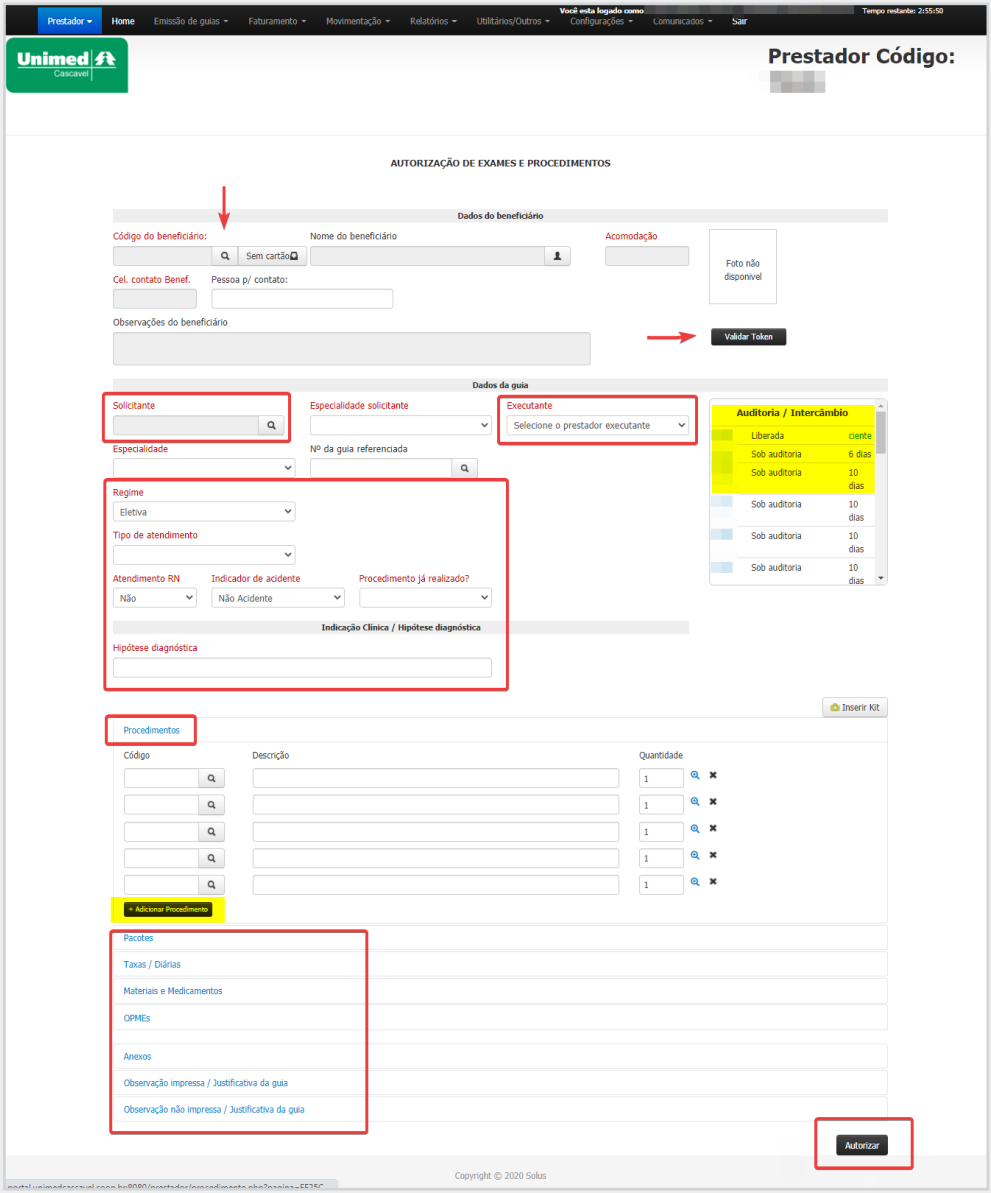


Figura 14

Solicitante: Deverá ser informado o nome do médico que realizará o atendimento. Caso o médico não seja cooperado, deverá realizar o cadastro do médico conforme o print abaixo:

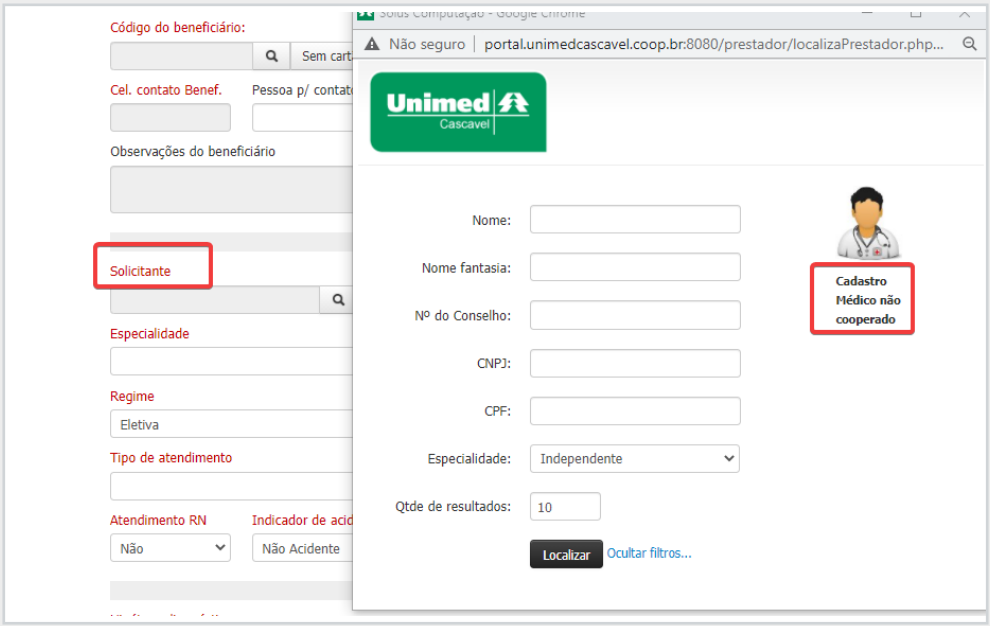


Figura 15

Figura 16

Especialidade solicitante: O campo será preenchido automaticamente, de acordo com a especialidade do médico solicitante, se o profissional indicado possuir duas ou mais especialidades o campo poderá ser alterado manualmente.

Executante: Sempre informar como executante o local de atendimento (pessoa jurídica).

Especialidade: Será preenchido automaticamente, de acordo com a especialidade do executante.

Regime: Deverá ser preenchido de acordo com a indicação do médico no pedido.

Tipo de atendimento: O preenchimento deverá ser preenchido de acordo com o atendimento prestado.

Atendimento RN: Deverá ser preenchido quando o atendimento for prestado ao recém-nascido, utilizando o plano de seu responsável legal, o qual poderá ocorrer nos 30 primeiros dias de vida do menor, se o mesmo não possuir cartão próprio. Nesse caso, será necessário informar a data de nascimento do RN e o nome da criança.

Indicador de acidente: Indica se o atendimento é devido a acidente de trabalho/trânsito/Outros, se o atendimento não for decorrente de acidente o preenchimento do campo deverá ficar como "Não acidente".

Procedimento já realizado: Caso o atendimento já tenha sido realizado o campo deverá ser sinalizado como SIM e a data de atendimento precisará ser preenchida.

Hipótese diagnóstica: Será preenchida com o quadro clínico do beneficiário.

Procedimentos: O campo será utilizado para informar o código do procedimento a ser realizado.

Auditoria/Intercâmbio: Corresponde a guias locais e intercâmbio que ficam para análise da auditoria, por este campo poderá ser acompanhado diariamente o status da solicitação.

As guias de intercâmbio após a origem realizar a liberação o sistema apresentará como "LIBERADA"ou "NEGADA", posteriormente é necessário clicar em ciente e a guia saira deste painel:

Figura 16.1

Inserir Kit: O prestador poderá criar kit's para facilitar o processo de pedido de autorização. Caso o mesmo possua Kit cadastrado basta clicar em "Inserir Kit" e clicar no Kit que deseja inserir, após aparecer a composição dos itens basta clicar em aplicar que os procedimentos serão adicionados à solicitação:

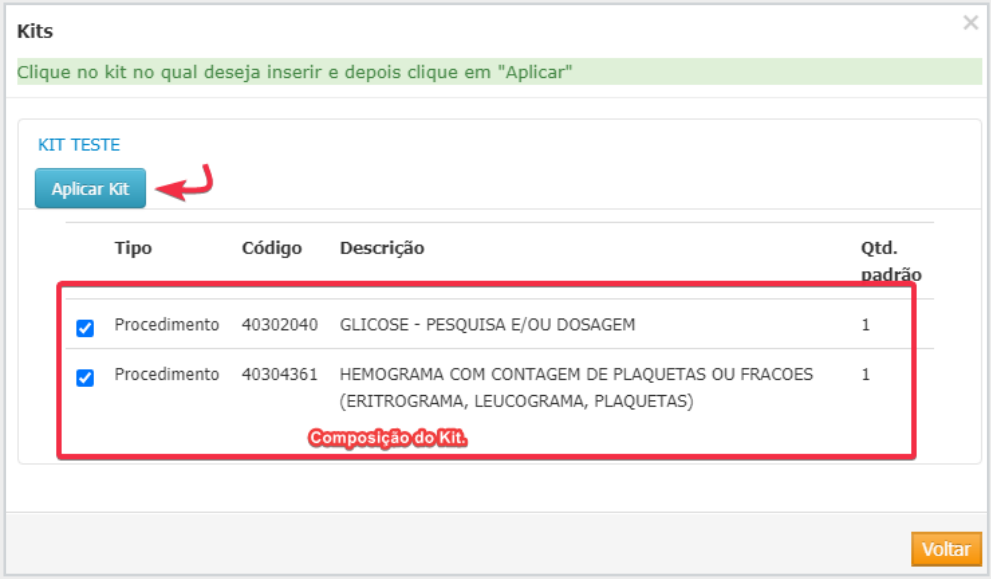


Figura 17

+ Adicionar procedimento: Utilizar para aumentar a quantidade de procedimentos na solicitação e para inserir novos procedimentos.

Taxas/Diárias: Sempre que houver taxas pertinentes ao atendimento prestado, elas deverão ser informadas nesse campo especifico.

Anexos: Possibilita o envio de arquivos como justificativa, pedido médico, entre outros, sempre que necessário. No entanto, se o sistema sinalizar que o envio do anexo é obrigatório, o pedido de autorização só será concluído após o envio da documentação.

Observação impressa/Justificativa da guia: Todas as informações que forem escritas nesse campo ficaram gravadas e ao gerar a impressão da guia esses dados serão impressos e ficaram visíveis no rodapé da guia.

Observação não impressa/Justificativa da guia: Deverá ser preenchida sempre que houver a sinalização do sistema, as informações preenchidas nesse campo auxiliarão no processo de auditoria do procedimento solicitado.

Auditoria/Intercâmbio: Corresponde a guias locais e intercâmbio que ficam para análise da auditoria, por este campo poderá ser acompanhado diariamente o status da solicitação.

As guias de intercâmbio após a origem realizar a liberação o sistema apresentará como "LIBERADA"ou "NEGADA", posteriormente é necessário clicar em ciente e a guia saira deste painel:

Figura 17.1

As guias locais quando finalizadas pela auditoria, saíra automanticamente deste campo de atalho.

1. 3. Guia de solicitação de internação

Para emitir uma solicitação de guia de internação é necessário acessar o menu "Emissão de guias" e selecionar a opção "guia de solicitação de internação":

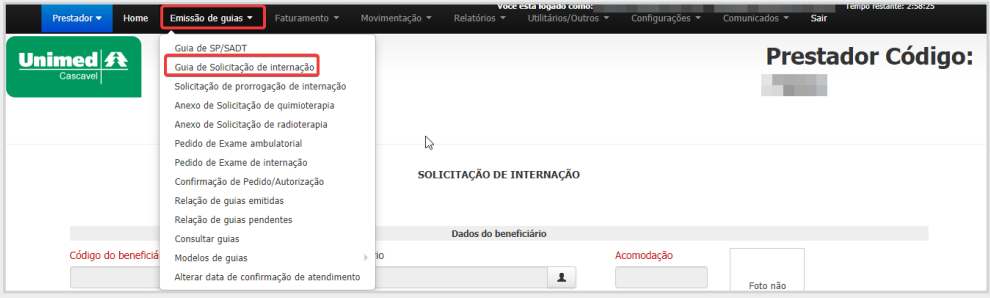


Figura 18

Em seguida será necessário informar os dados do beneficiário que realizará o atendimento, a identificação poderá ocorrer através da utilização do cartão magnético ou com a validação do token (Obs: o token é valido para beneficiários com Unimed dentro do estado do Paraná) de atendimento:

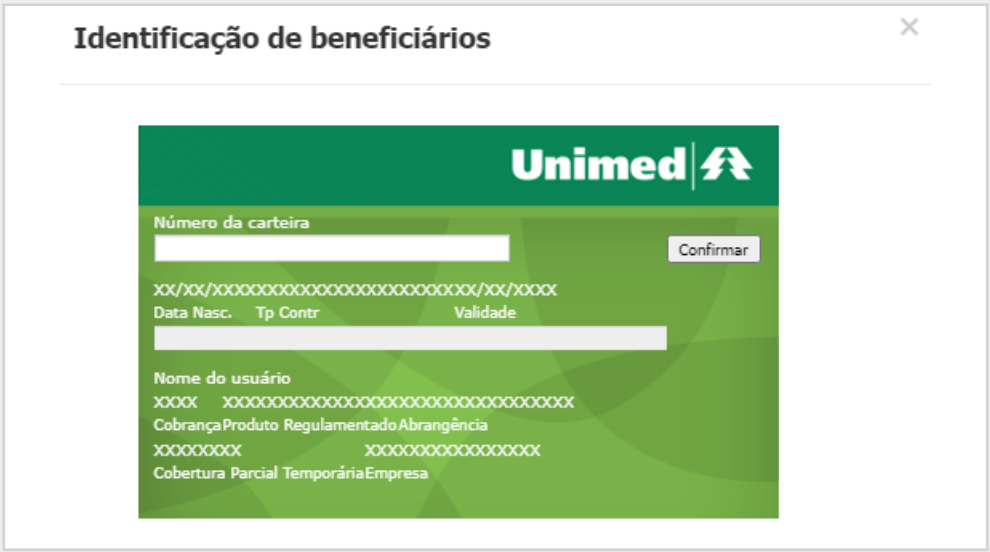


Figura 19

Figura 20

Após inserir o beneficiário é necessário preencher os campos obrigatórios, em destaque:

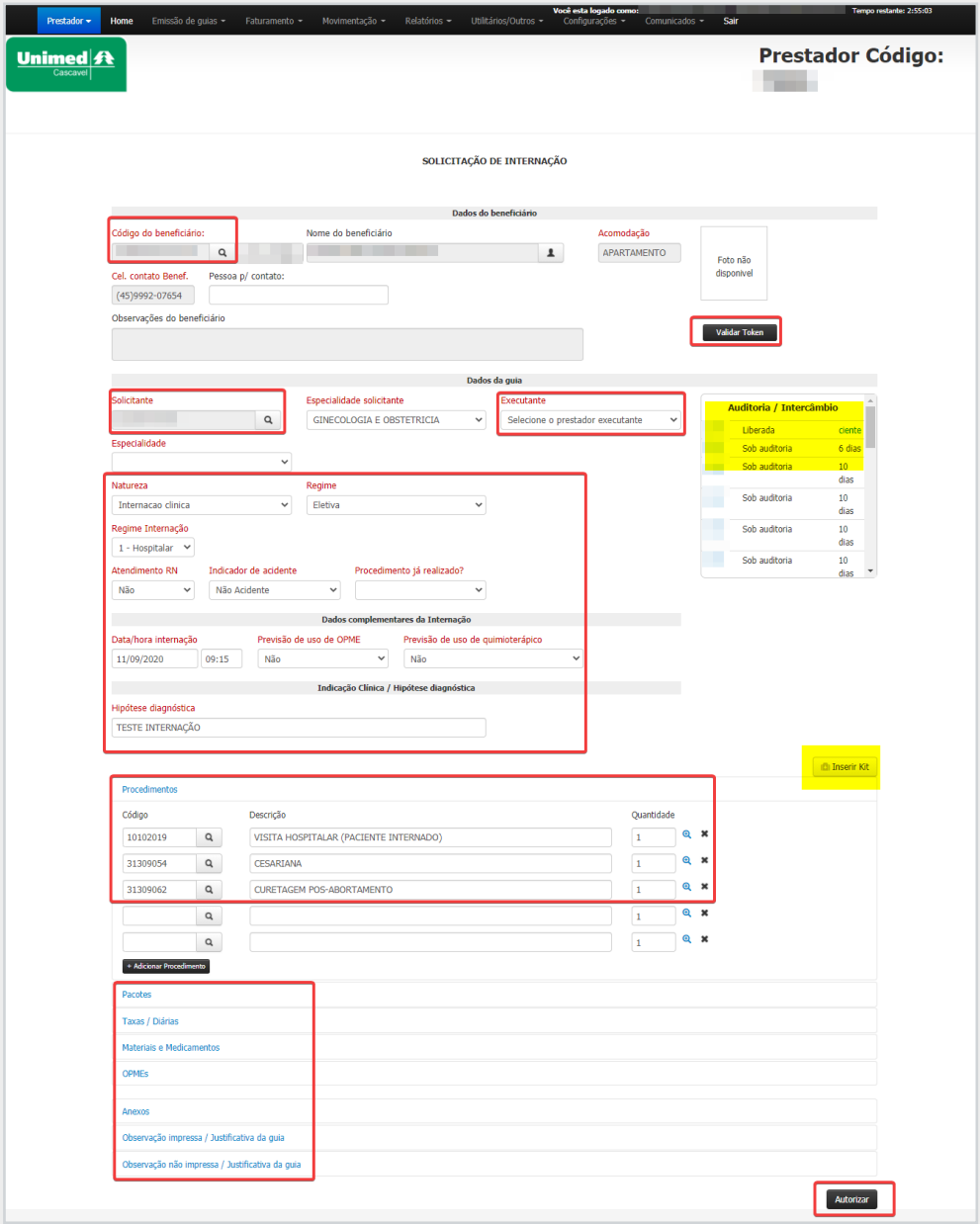


Figura 21

Solicitante: Deverá ser informado o nome do médico cooperado que realizará o atendimento.

Executante: Deverá ser informado a pessoa jurídica, ou seja, sempre informar o nome do Hospital.

Natureza: informar qual o tipo da internação do beneficiário conforme abaixo:

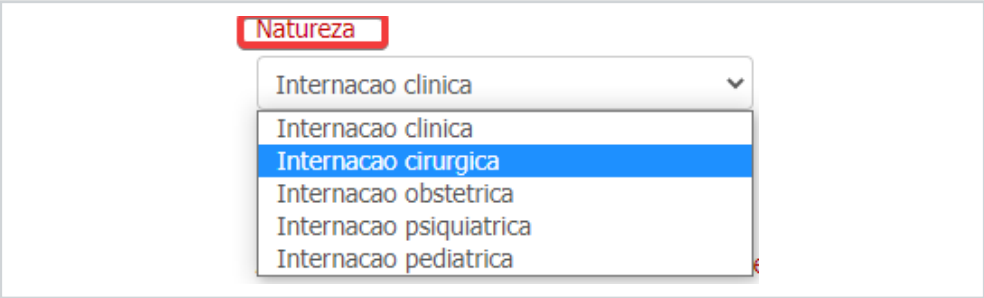


Figura 22

Regime: Deve ser preenchidas como eletivas ou urgente, a indicação do médico assistente.

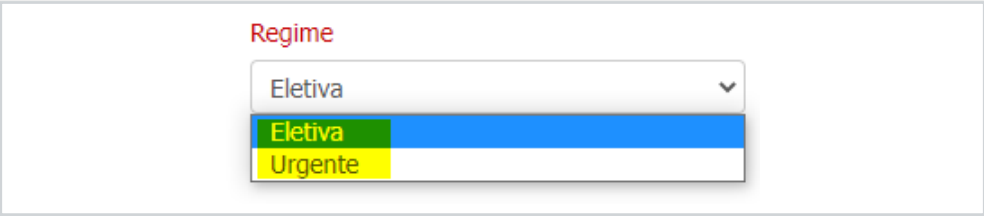


Figura 23

Regime internação: Deverá ser informado se a internação é "hospitalar" ou "hospital dia", conforme a solicitação médica:

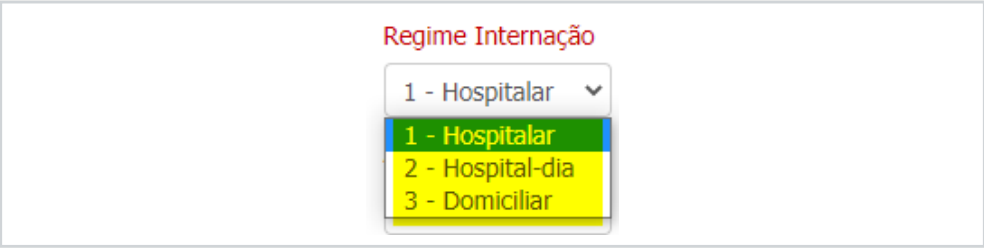


Figura 24

Atendimento RN: Deverá ser preenchido quando o atendimento for prestado ao recém-nascido, utilizando o plano de seu responsável legal, o qual poderá ocorrer nos 30 primeiros dias de vida do menor, se o mesmo não possuir cartão próprio. Nesse caso, será necessário informar a data de nascimento do RN e o nome da criança.

Indicador de acidente: Indica se o atendimento é devido a acidente de trabalho/trânsito/Outros, se o atendimento não for decorrente de acidente o preenchimento do campo deverá ficar como "Não acidente".

Procedimento já realizado: Caso o atendimento já tenha sido realizado o campo deverá ser sinalizado como SIM e a data de atendimento preenchida.

Data/hora internação: informar a data e horário da internação do paciente.

Previsão de uso de OPME: Deverá informar se o procedimento haverá a utilização de materiais como órtese/prótese e materiais especiais.

Previsão de uso de Quimioterápico: Informar se o paciente fará uso de medicamentos de quimioterápicos.

Hipótese diagnóstica: Será obrigatório o preenchimento com o quadro clínico do beneficiário:

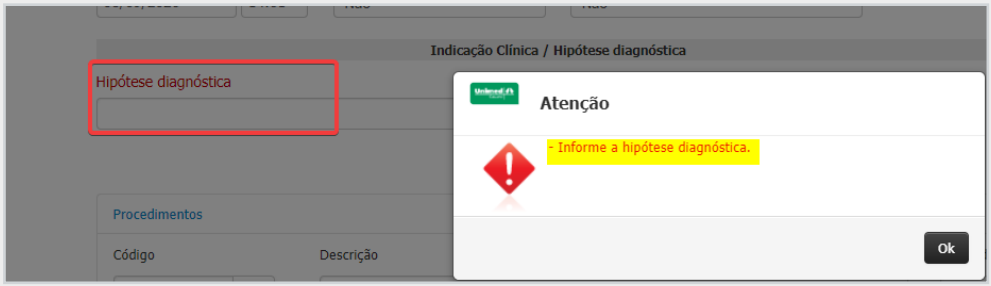


Figura 25

Procedimentos: Será informado o código da visita 10102019 ou o procedimento a ser realizado.

+ Adicionar procedimento: Utilizar para aumentar a quantidade de procedimentos na solicitação e insiserir mais procedimentos.

Pacotes: Quando o procedimento inserido possuir pacote vinculado, o sistema apresentará na tela uma lista dos pacotes que são contratualizados com o hospital, em seguida o sistema abrirá uma tela com o código do pacote para que seja selecionado e incluso na guia, caso necessite de outro pacote o sistema permite a inserção de forma manual.

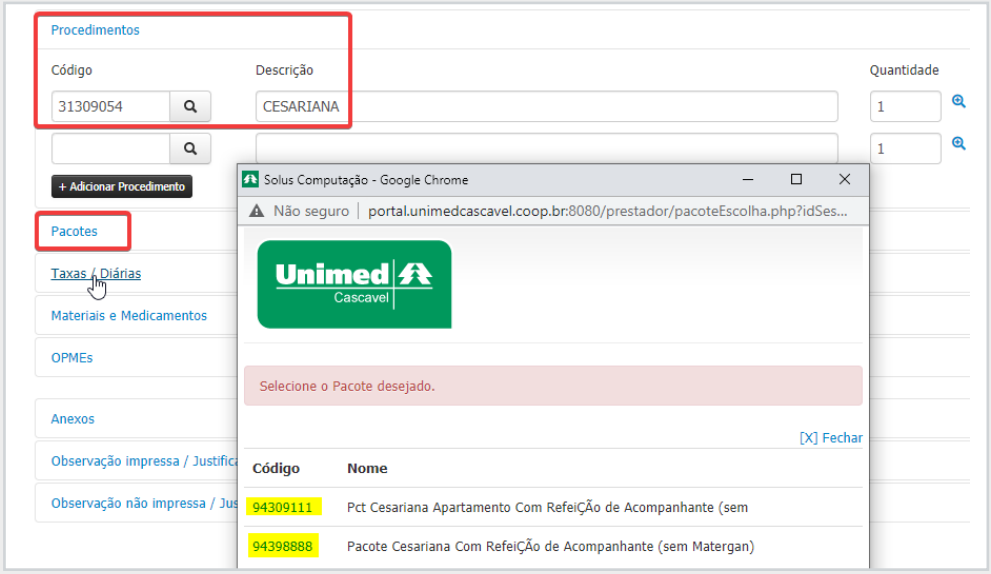


Figura 26

Taxas/Diárias: Deverá ser inserido a acomodação do beneficiário e as taxas de vídeo do procedimento conforme exemplo abaixo:

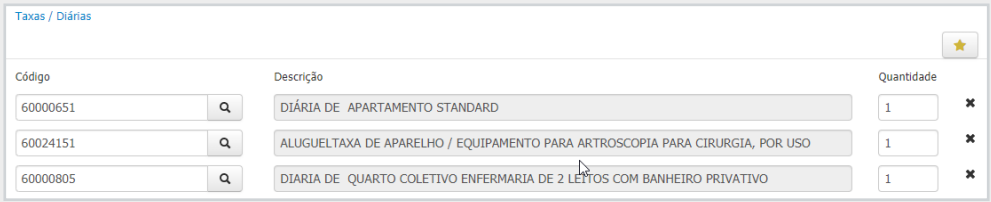


Figura 27

Materiais/Medicamentos: Informar os medicamentos e materiais utilizados no procedimento, os materiais de consumo hospitalar não é necessário solicitar liberação em guia.

OPME: Quando o procedimento a ser realizado possuir OPME, é necessário informar na guia os códigos e fornecedor. Realizar o preenchimento do campo "Previsão de uso de OPME" como "SIM" e também o preenchimento dos campos Justificativa técnica, Especificação do material, Observações e Justificativa de Opme conforme exemplo abaixo:

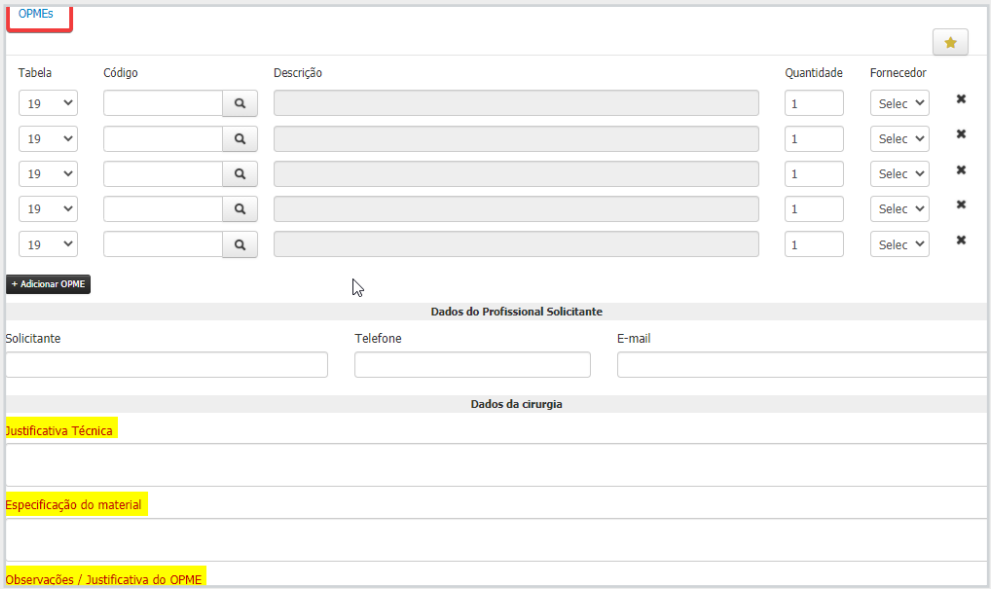


Figura 28

Anexos: Possibilita o envio de arquivos como justificativa, pedido médico, entre outros, sempre que necessário. No entanto, se o sistema sinalizar que o envio do anexo é obrigatório, o pedido de autorização só será concluído após o envio das informações.

Observação impressa/Justificativa da guia: Todas as informações que forem escritas nesse campo ficaram gravadas e ao gerar a impressão da guia esses dados serão impressos e ficaram visíveis no rodapé da guia.

Observação não impressa/Justificativa da guia: Deverá ser preenchida sempre que houver a sinalização do sistema, as informações preenchidas nesse campo auxiliarão no processo de auditoria do procedimento solicitado.

Auditoria/Intercâmbio: Corresponde a guias locais e intercâmbio que ficam para análise da auditoria, por este campo poderá ser acompanhado diariamente o status da solicitação.

As guias de intercâmbio após a origem realizar a liberação o sistema apresentará como "LIBERADA"ou "NEGADA", posteriormente é necessário clicar em ciente e a guia saira deste painel:

Figura 28.1

As guias locais quando finalizadas pela auditoria, saíra automanticamente deste campo de atalho.

Inserir Kit: O prestador poderá criar kit's para facilitar o processo de pedido de autorização. Caso o mesmo possua Kit cadastrado basta clicar em "Inserir Kit" e clicar no Kit que deseja inserir, após aparecer a composição dos itens basta clicar em aplicar que os procedimentos serão adicionados à solicitação. Para realizar a crição do kit é necessário acessar na barra de menu a opção movimentação conforme consta no capítulo 3 deste manual.

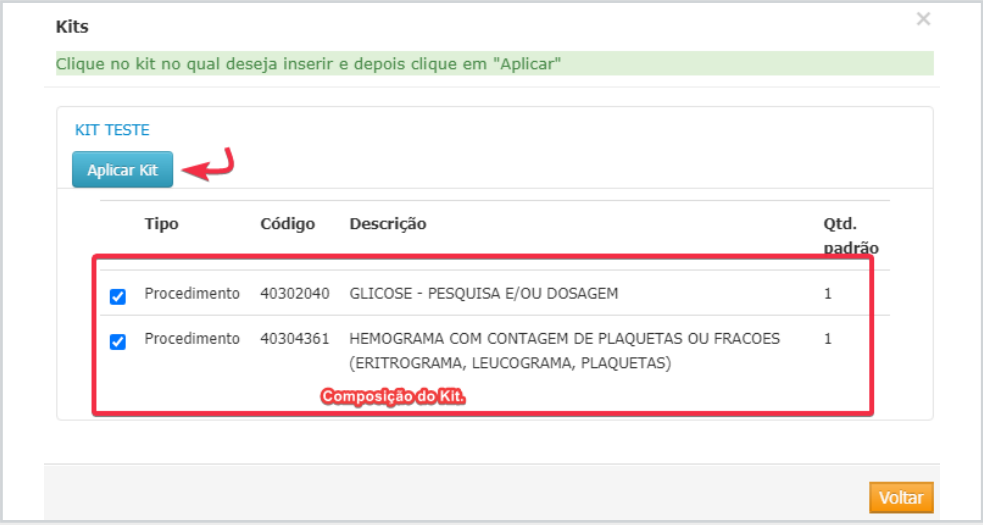


Figura 29

1. 4. Confirmação de Pedido/Autorização

Essa opção deverá ser utilizada sempre que o atendimento ocorrer ao beneficiário que já possui uma guia autorizada.

A confirmação do pedido será a "captura" da guia e ela ficará vinculada ao prestador que realizará o atendimento e só será possível confirmar se a guia estiver emitida para o prestador.

Para confirmar a guia é preciso acessar o menu "Emissão de guias" e posteriormente clicar em "Confirmação de Pedido/Autorização":

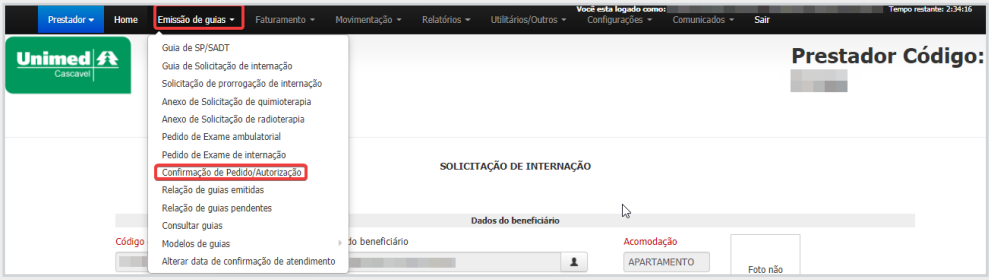


Figura 30

Em seguida será necessário informar o número da guia que será confirmada:

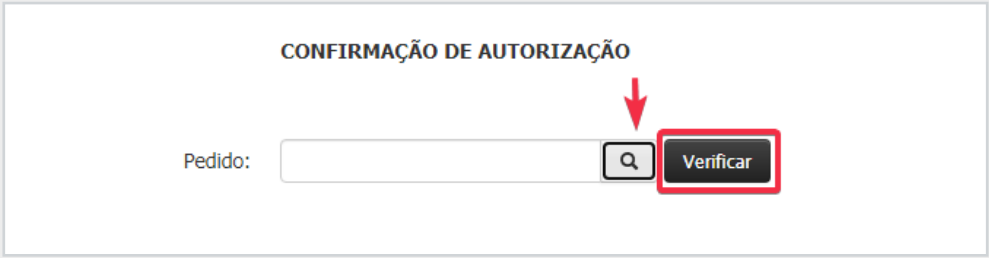


Figura 31

Em casos que o prestador não possui o número da autorização o sistema possibilita a pesquisa das guias liberadas com o preenchimento do nome do beneficiário ou código do cartão:

Figura 32

Em seguida selecionar a guia onde consta a liberação do procedimento, para visualizar os itens liberados é só clicar no + de acordo com a figura a seguir:

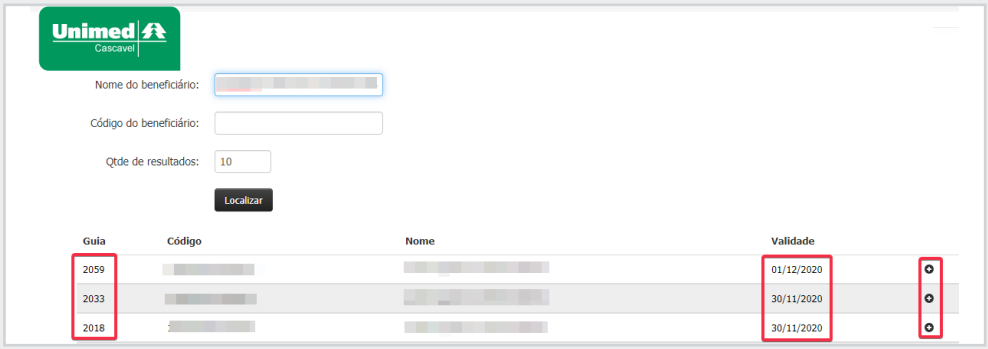


Figura 33

Posteriormente abrirá a guia com a relação dos procedimentos autorizados, nessa tela **será necessário alterar somente o campo executante, que deverá ser informado o local de atendimento (pessoa jurídica)**, em seguida será necessário passar o cartão do beneficiário e clicar em confirmar autorização:

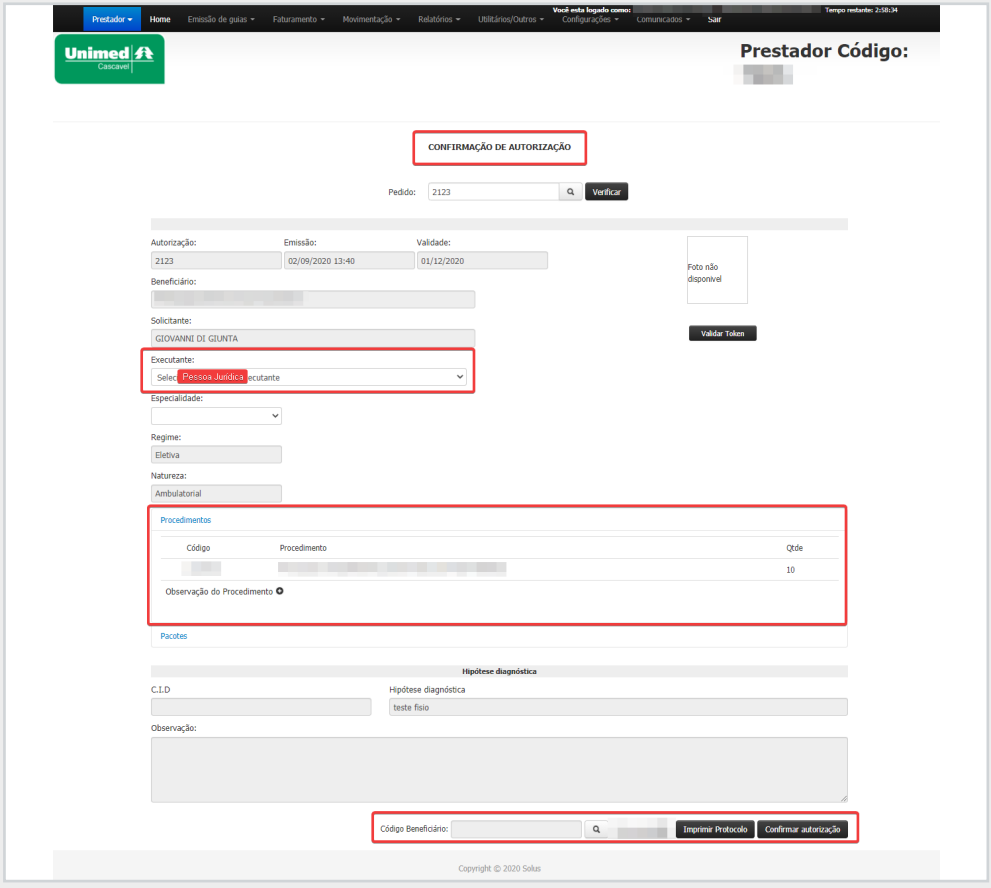


Figura 34

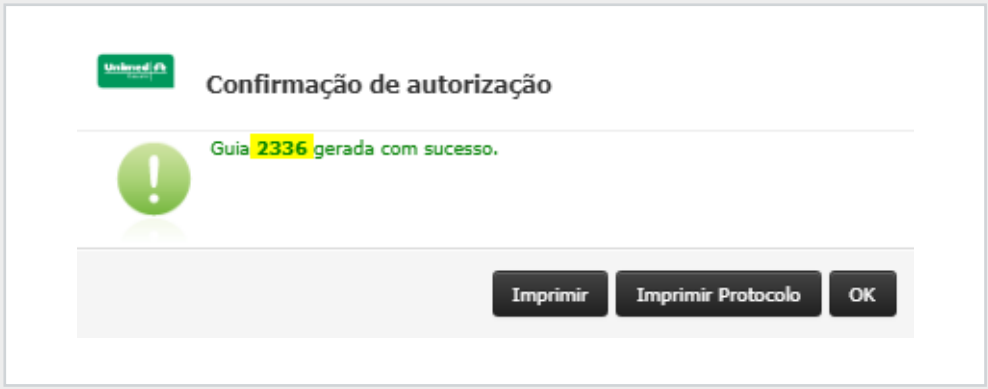


Figura 35

Importante! Posterior à confirmação da guia, será necessário realizar o faturamento da guia fruto.

1. 4. 1. Cancelamento da confirmação

O cancelamento acontecerá em situações que a confirmação da guia ocorrer de forma indevida e/ou em casos que o beneficiário desista de realizar o atendimento.

A opção de cancelamento está disponível através do menu "Emissão de guias" > "Relação de guias emitidas":

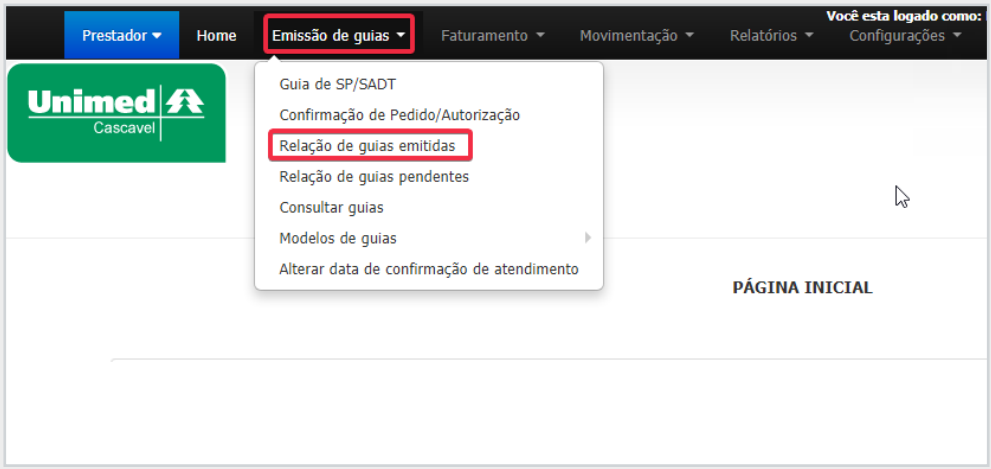


Figura 39

É possível localizar a guia que deseja cancelar tanto pelo número da autorização, quanto pelos filtros disponíveis na tela, já o preenchimento dos filtros em destaque, são essenciais no momento da pesquisa das liberações:

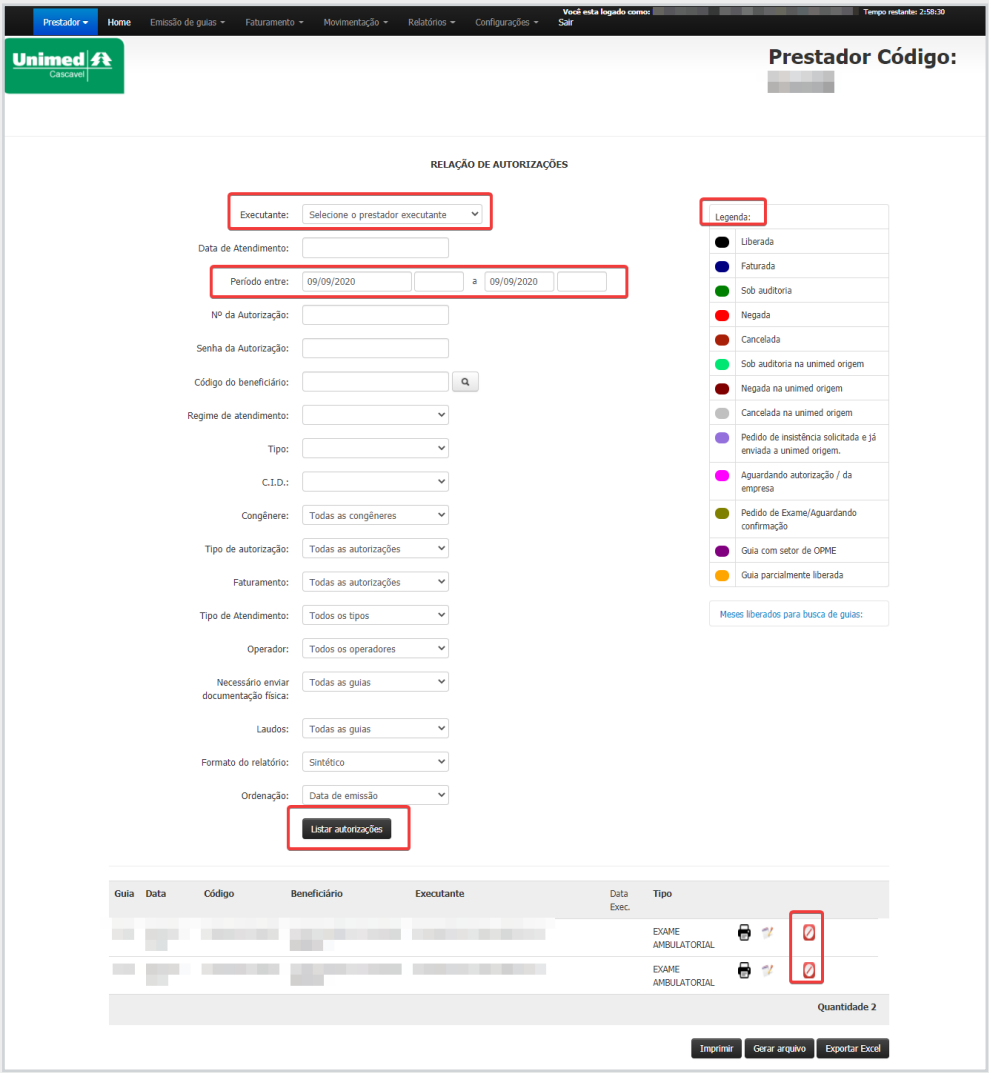


Figura 40

Após localizar a guia, basta clicar no ícone de cancelamento, em seguida o sistema abrirá uma tela com o resumo da guia a qual deseja cancelar:

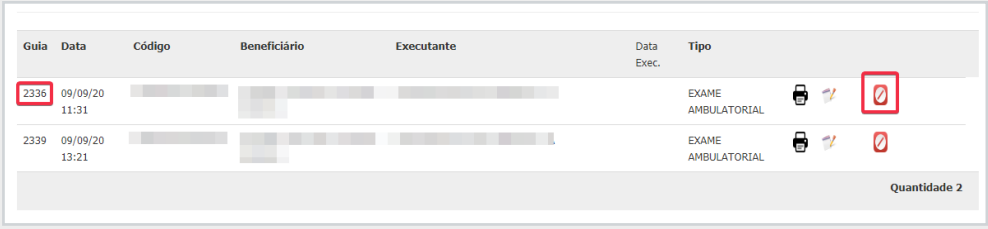


Figura 41

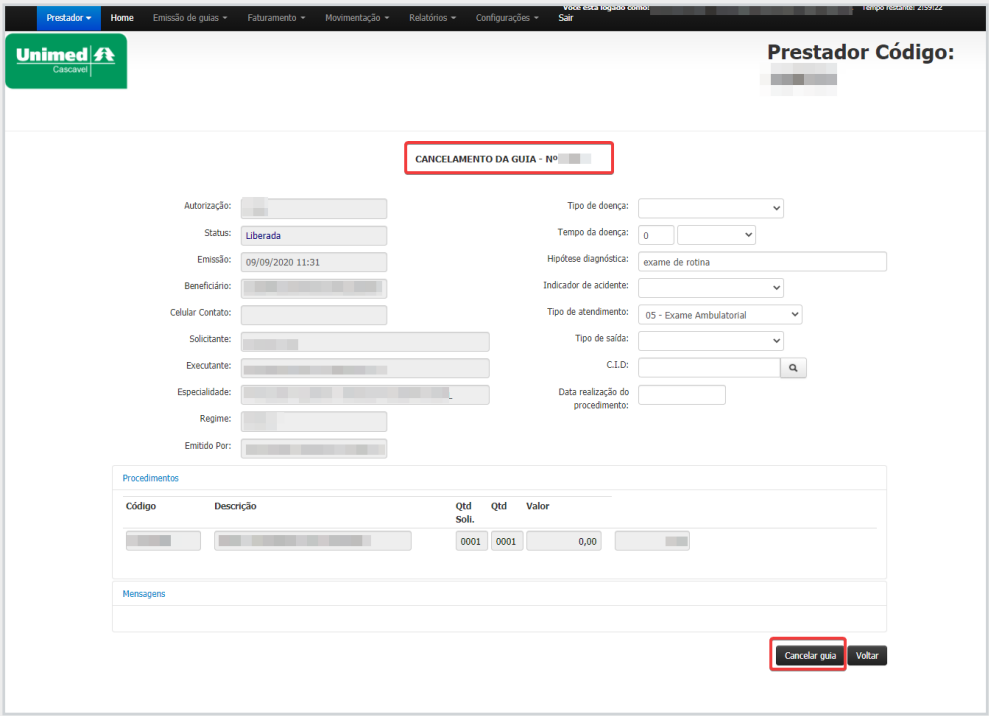


Figura 42

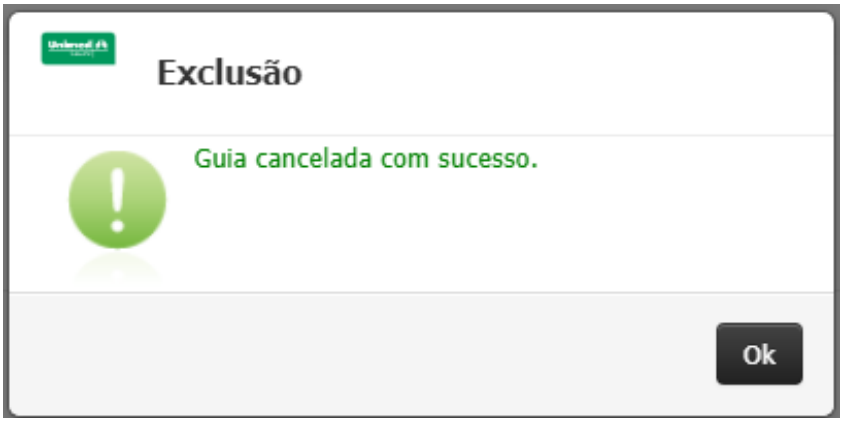


Figura 43

Na tela além dos filtros disponíveis, consta na lateral, uma legenda para auxilia-los em relação ao status em que se encontram as guias:

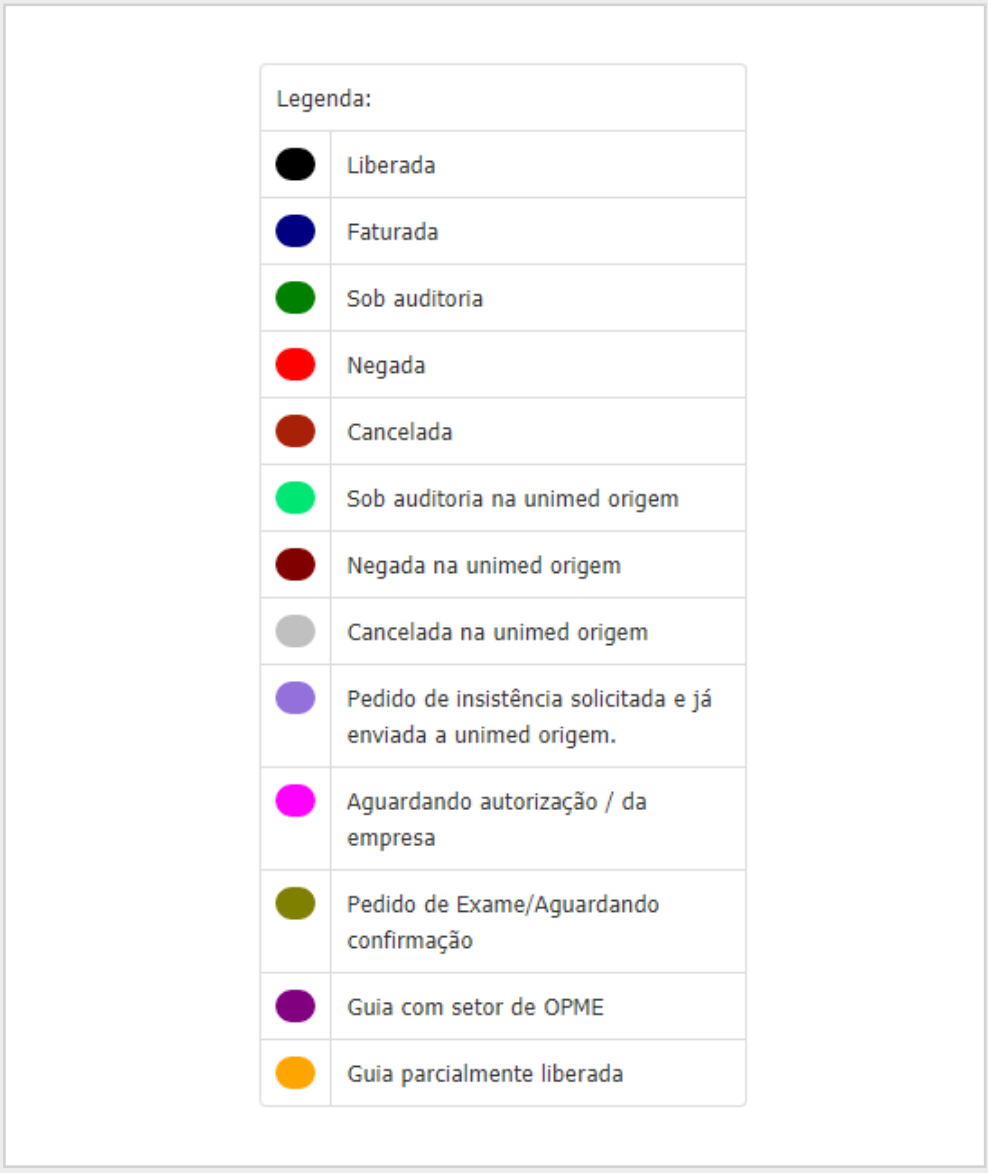


Figura 44

Atenção! Só é possível o cancelamento da guia via Web se a mesma não estiver faturada/cobrada.

1. 5. Solicitação de prorrogação de internação

Para emitir guias de prorrogações de diárias, procedimentos, pacotes e OPME, é necessário acessar o menu "Emissão de guias" e em seguida selecionar a opção "solicitação de prorrogação de internação" conforme print abaixo:

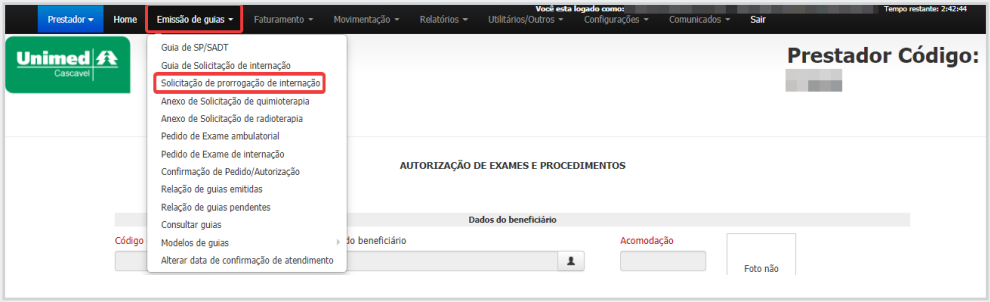


Figura 45

Na sequência será necessário informar o número da guia principal que deseja realizar as prorrogações, conforme imagem abaixo:

Figura 46

Posteriormente preencher os campos em destaque, que constam na imagem abaixo:

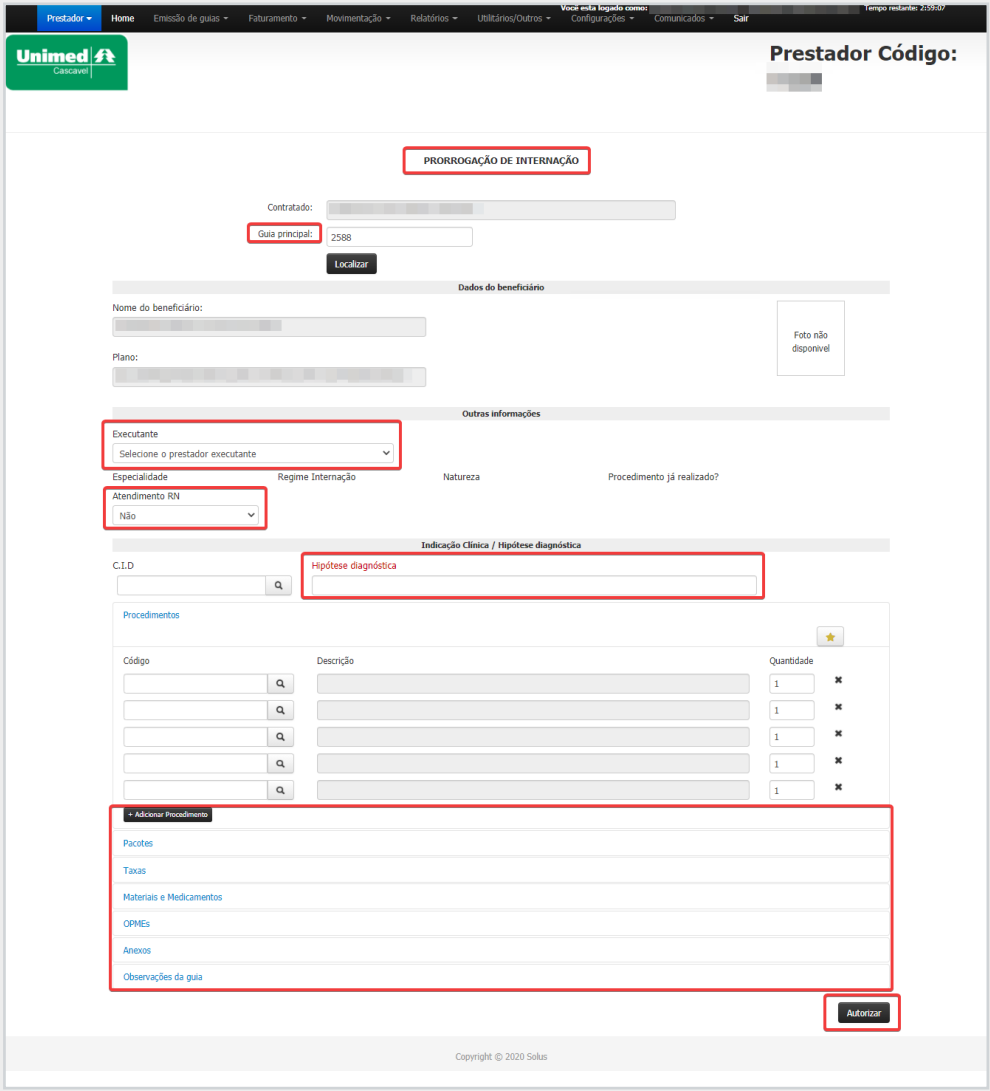


Figura 47

Executante: Deverá ser informado a pessoa jurídica, ou seja, nome do Hospital.

Atendimento RN: Deverá ser preenchido quando o atendimento for prestado ao recém-nascido, utilizando o plano de seu responsável legal, o qual poderá ocorrer nos 30 primeiros dias de vida do menor, se o mesmo não possuir cartão próprio. Nesse caso, será necessário informar a data de nascimento do RN e o nome da criança.

Hipótese diagnóstica: Será obrigatório o preenchimento com o quadro clínico do beneficiário:

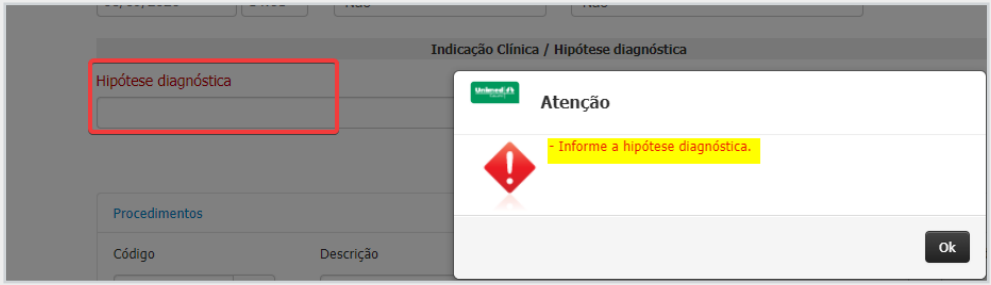
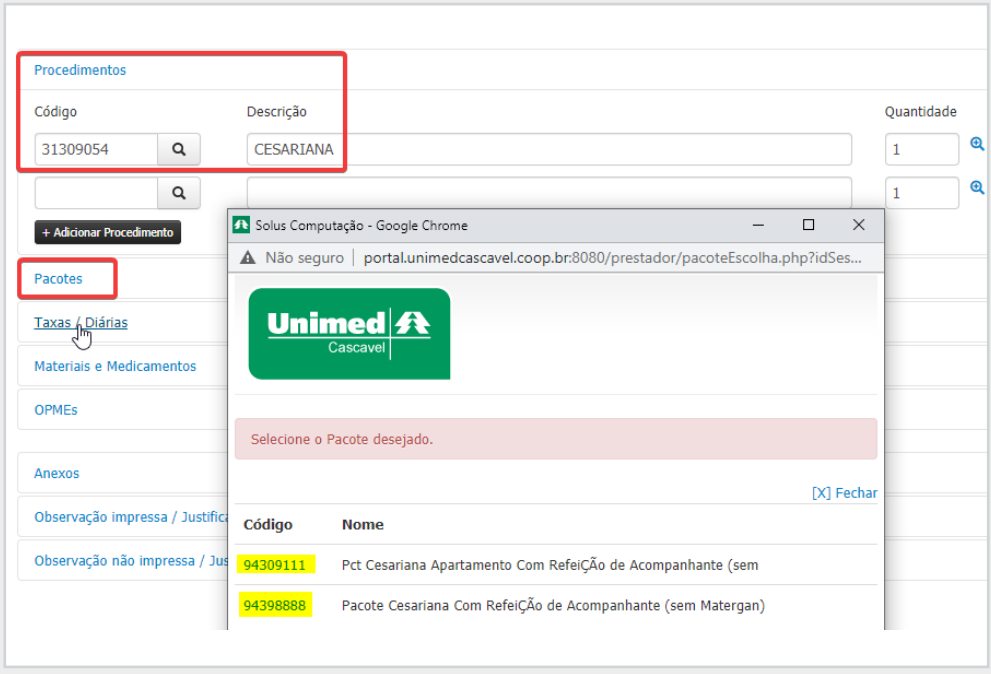


Figura 48

Procedimentos: Será informado o código do procedimento ou exame a ser realizado como complemento.

+ Adicionar procedimento: Utilizar para aumentar a quantidade de procedimentos na solicitação e inserir mais procedimentos.

Pacotes: Quando o procedimento inserido possuir pacote vinculado, o sistema apresentará na tela uma lista dos pacotes que são contratualizados com o hospital, em seguida o sistema abrirá uma tela com o código do pacote para que seja selecionado e incluso na guia, caso necessite de outro pacote o sistema permite a inserção de forma manual.



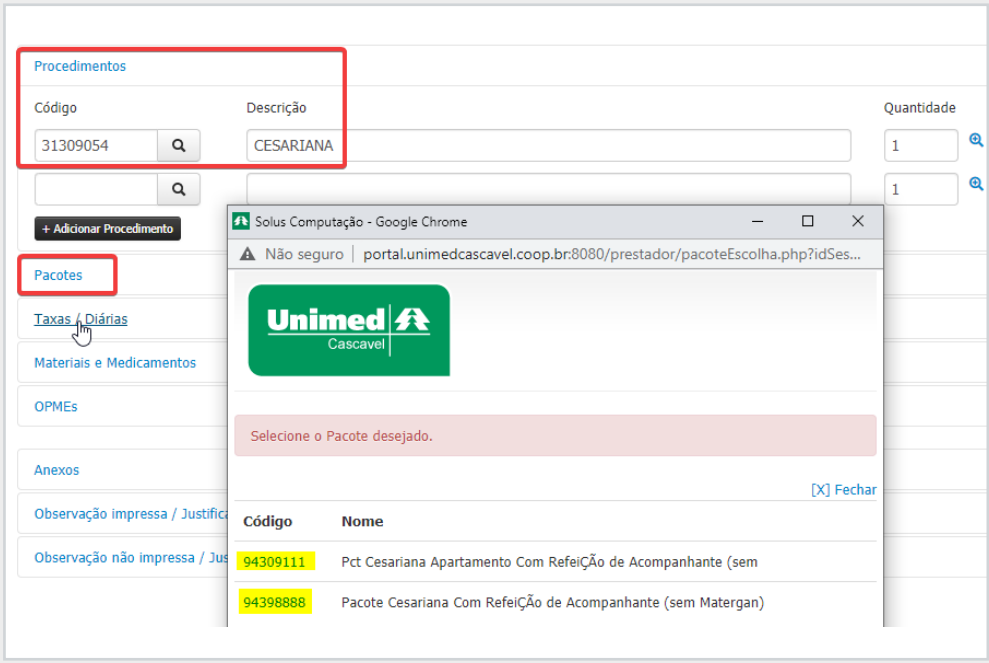


Figura 49

Taxas: Deverá ser inserido a acomodação do beneficiário e as taxas de vídeo do procedimento conforme exemplo abaixo:

Figura 50

Materiais/Medicamentos: Informar os medicamentos e materiais utilizados no procedimento, os materiais de consumo hospitalar não é necessário solicitar liberação em guia.

OPME: Quando o procedimento a ser realizado possuir OPME, é necessário informar na guia os códigos e fornecedor. Realizar o preenchimento do campo "Previsão de uso de OPME" como "SIM" e também o preenchimento dos campos Justificativa técnica, Especificação do material, Observações e Justificativa de Opme conforme exemplo abaixo:

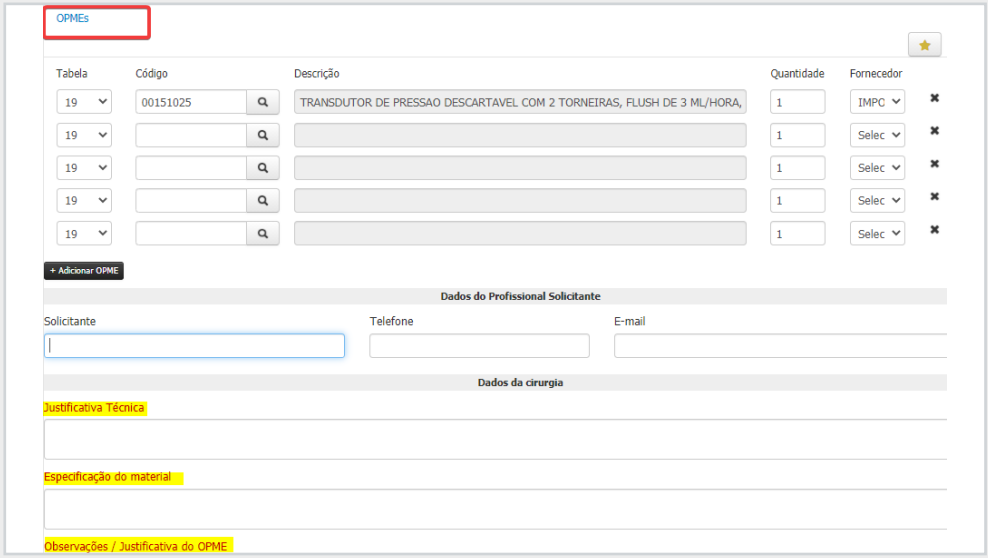


Figura 51

Anexos: Possibilita o envio de arquivos como justificativa, pedido médico, entre outros, sempre que necessário. No entanto, se o sistema sinalizar que o envio do anexo é obrigatório, o pedido de autorização só será concluído após o envio das informações.

Observação: Todas as informações que forem escritas nesse campo ficaram gravadas e ao gerar a impressão da guia esses dados serão impressos e ficaram visíveis no rodapé da guia.

1. 6. Anexo de Quimioterapia

O anexo de quimioterapia será utilizado sempre que houver solicitação de tratamento complementar, vinculado a guia principal de um internamento ou de um SADT já liberada. Basta acessar o menu "Emissão de guias" selecionar a opção "Anexo de Solicitação de quimioterapia":

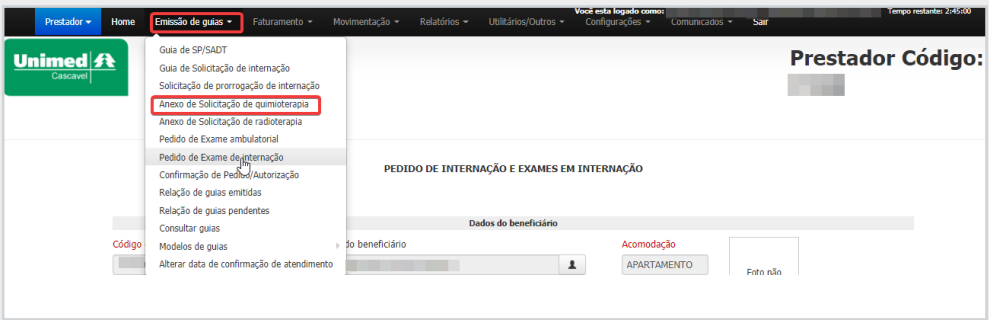


Figura 56

Em seguida é necessário preencher os campos obrigatórios, em destaque:

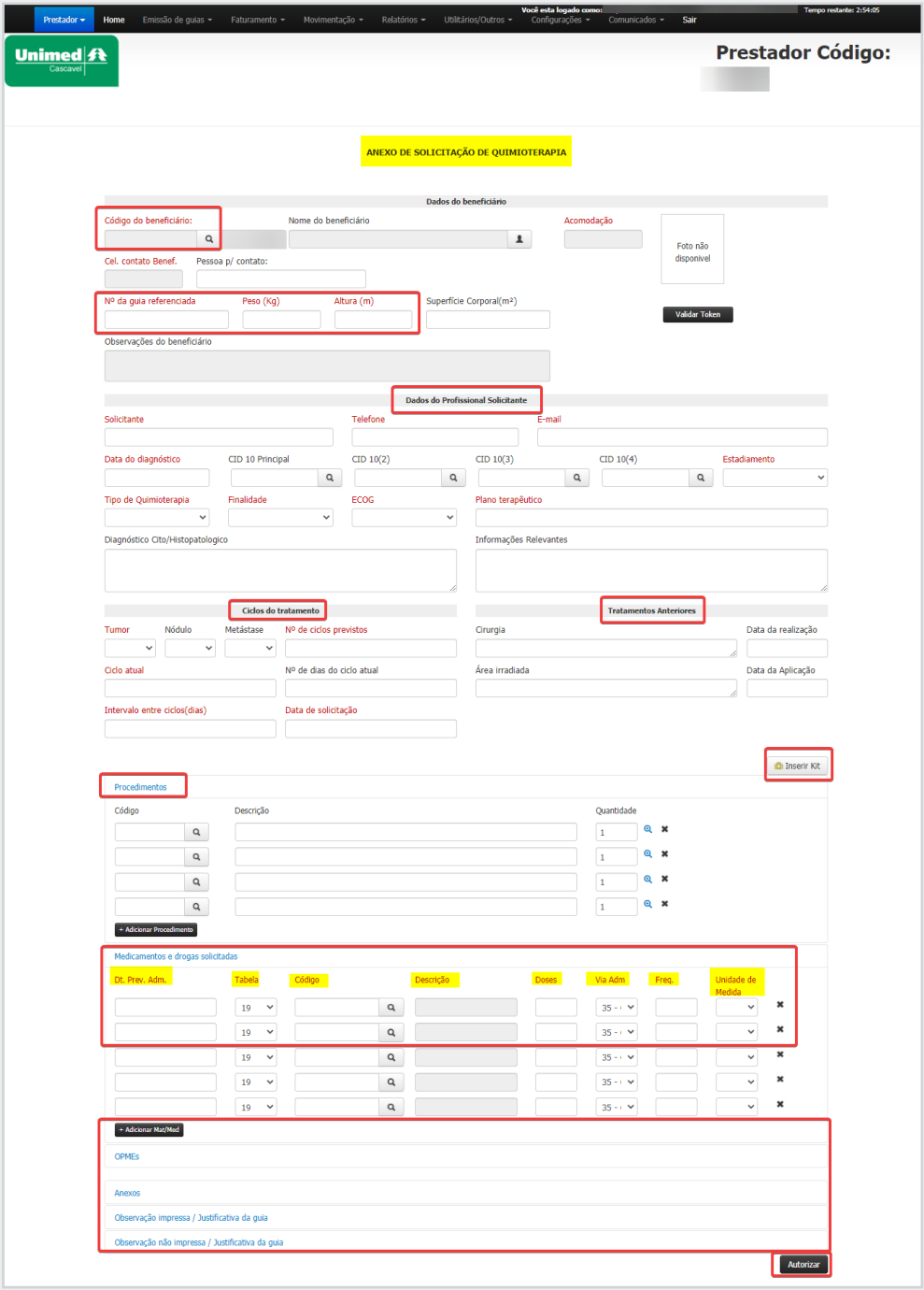


Figura 57

Nº da Guia Referenciada: É necessário informar qual a guia principal que deseja realizar o complemento da quimioterapia.

Peso (kg): Informar peso atual do paciente conforme consta na descrição do pedido médico na folha de anexo.

Altura (m): Informar altura do paciente conforme consta na descrição do pedido médico na folha de anexo.

Dados do Profissional Solicitante: Deverá ser informado o nome do médico cooperado que realizará o atendimento, contendo o telefone e e-mail do mesmo.

Data do Diagnóstico: Inserir a data do diagnóstico da doença conforme consta na descrição do pedido médico na folha de anexo.

Estadiamento: Informar qual estágio está a doença do beneficiário conforme consta na descrição do pedido médico na folha de anexo

Tipo de Quimioterapia: Deverá ser informado qual linha de tratamento a ser realizado conforme prescrição médica.

Ecog: Informar a escala de performance do beneficiário conforme consta na descrição do pedido médico na folha de anexo.

Plano Terapêutico: Informar o plano terapêutico da doença conforme consta na descrição do pedido médico na folha de anexo.

Ciclos do Tratamento: Deverá constar os ciclos atuais do paciente e os previstos, conforme consta na descrição do pedido médico da folha de anexo.

Tratamento Anteriores: Inserir os tratamentos realizados anteriormente pelo beneficiário.

Procedimentos: Será informado o código do procedimento a ser realizado.

Medicamentos e Drogas Solicitadas: Inserir a medicação quimioterápico prescrito pelo médico assistente informando a data prevista de uso, dose, frequência e unidade de medida.

OPME: Quando o procedimento possui material é necessário informar na guia inserindo o fornecedor. Realizar o preenchimento do campo "Previsão de uso de OPME" como "SIM" e também o preenchimento dos campos Justificativa técnica, Especificação do material, Observações e Justificativa de Opme.

Inserir Kit: O prestador poderá criar kit's para facilitar o processo de pedido de autorização. Caso o mesmo possua Kit cadastrado basta clicar em "Inserir Kit" e clicar no Kit que deseja inserir, após aparecer a composição dos itens basta clicar em aplicar que os procedimentos serão adicionados à solicitação: Para realizar a crição do kit é necessário acessar na barra de menu a opção movimentação conforme consta no capítulo 3 deste manual.

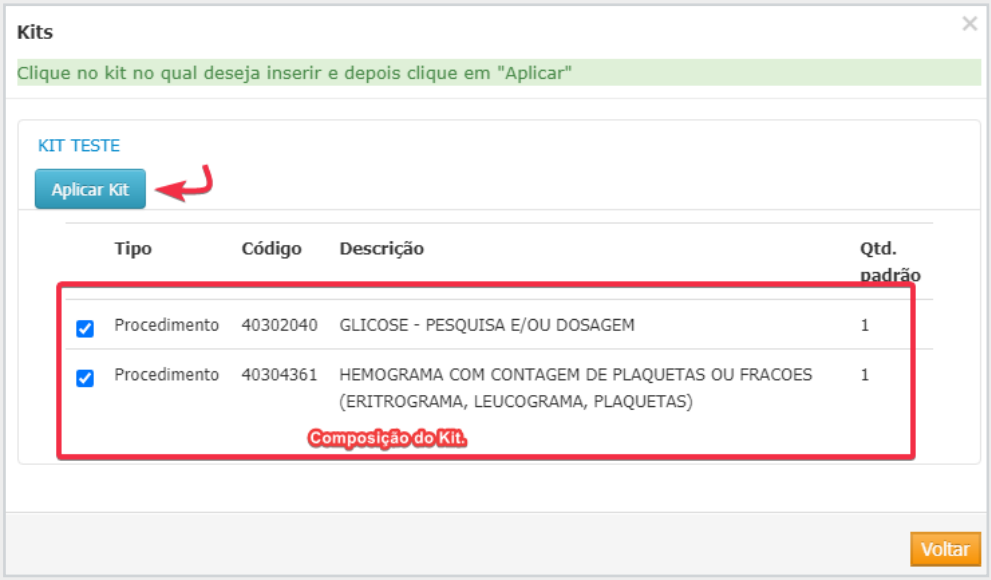


Figura 57.1

Anexos: Possibilita o envio de arquivos como justificativa, pedido médico, entre outros, sempre que necessário. No entanto, se o sistema sinalizar que o envio do anexo é obrigatório, o pedido de autorização só será concluído após o envio das informações.

Observação impressa/Justificativa da guia: Todas as informações que forem escritas nesse campo ficaram gravadas e ao gerar a impressão da guia esses dados serão impressos e ficaram visíveis no rodapé da guia.

Observação não impressa/Justificativa da guia: Deverá ser preenchida sempre que houver a sinalização do sistema, as informações preenchidas nesse campo auxiliarão no processo de auditoria do procedimento solicitado.

1. 7. Anexo de Radioterapia

O anexo de radioterapia será utilizado sempre que houver solicitação de tratamento complementar vinculado a guia principal de um internamento ou de um SADT já liberada. Para realizar o complemento é necessário acessar o menu "Emissão de guias" selecionar a opção "Anexo de Solicitação de radioterapia":

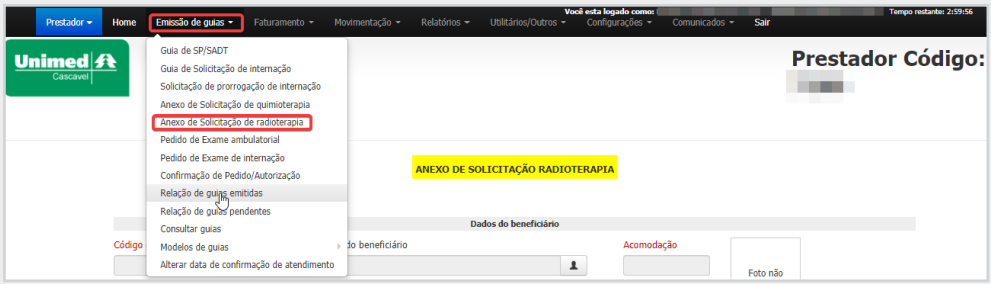


Figura 58

Na sequência é necessário preencher os campos obrigatórios, em destaque:

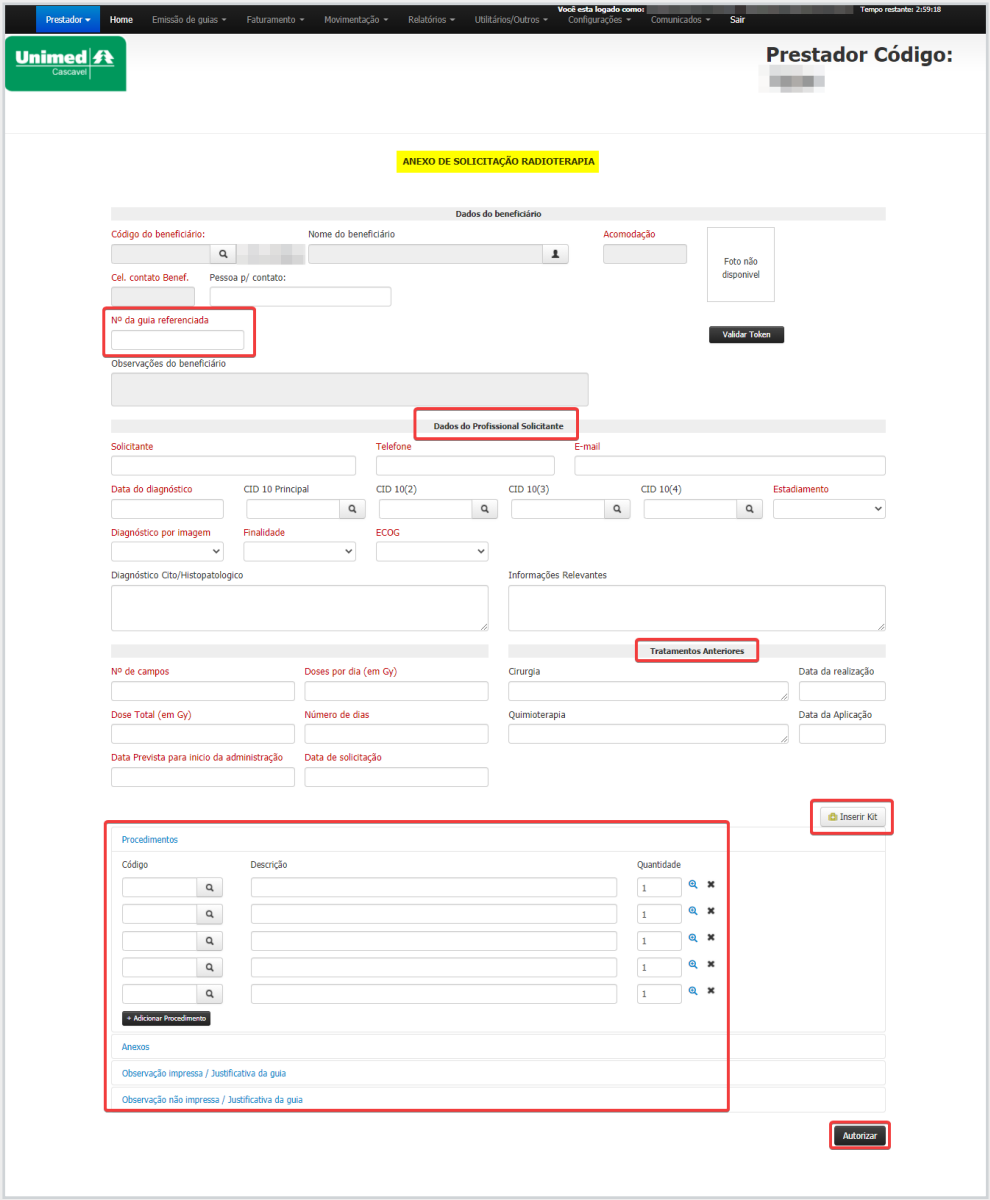


Figura 59

Nº da Guia Referenciada: É necessário informar qual a guia principal que deseja realizar o complemento da radioterapia.

Dados do Profissional Solicitante: Deverá ser informado o nome do médico cooperado que realizará o atendimento, contendo o telefone e e-mail do mesmo.

Data do Diagnóstico: Inserir a data do diagnóstico da doença conforme consta na descrição do pedido médico na folha de anexo.

Estadiamento: Informar qual estágio está a doença do beneficiário conforme consta na descrição do pedido médico na folha de anexo

Diagnóstico por imagem: Informar qual tipo de exame que houve o diagnóstico da doença.

Finalidade: Inserir a finalidade da realização da radioterapia

Ecog: Informar a escala de performance do beneficiário conforme consta na descrição do pedido médico na folha de anexo.

Nº de campos: Inserir local do corpo a ser realizado conforme consta na descrição do pedido médico na folha de anexo.

Doses por dia (em Gy): Informar qual a dose diária a ser realizado.

Dose Total (em Gy): Informar a dose total a ser realizado conforme o número de dias.

Número de dias: Informar os dias que serão realizados as radioterapias conforme consta na descrição do pedido médico na folha de anexo.

Data prevista para início da administração: Inserir data de início do tratamento.

Data de solicitação: Informar a data da solicitação da radioterapia em sistema.

Inserir Kit: O prestador poderá criar kit's para facilitar o processo de pedido de autorização. Caso o mesmo possua Kit cadastrado basta clicar em "Inserir Kit" e clicar no Kit que deseja inserir, após aparecer a composição dos itens basta clicar em aplicar que os procedimentos serão adicionados à solicitação. Para realizar a crição do kit é necessário acessar na barra de menu a opção movimentação conforme consta no capítulo 3 deste manual.

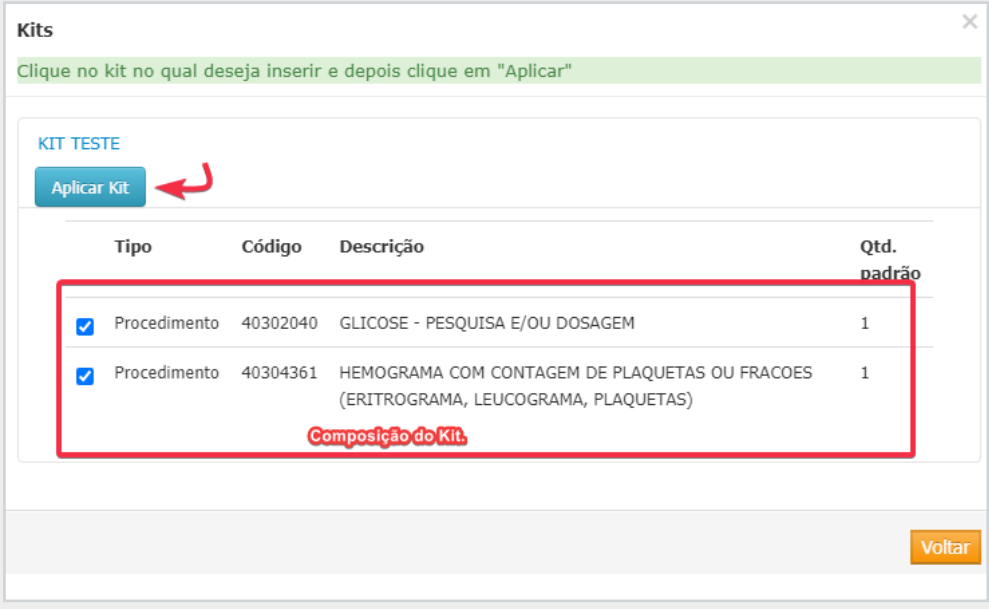


Figura 59.1

Procedimentos: Será informado o código do procedimento a ser realizado.

Anexos: Possibilita o envio de arquivos como justificativa, pedido médico, entre outros, sempre que necessário. No entanto, se o sistema sinalizar que o envio do anexo é obrigatório, o pedido de autorização só será concluído após o envio das informações.

Observação impressa/Justificativa da guia: Todas as informações que forem escritas nesse campo ficaram gravadas e ao gerar a impressão da guia esses dados serão impressos e ficaram visíveis no rodapé da guia.

Observação não impressa/Justificativa da guia: Deverá ser preenchida sempre que houver a sinalização do sistema, as informações preenchidas nesse campo auxiliarão no processo de auditoria do procedimento solicitado.

1. 8. Pedido de exame ambulatorial

O Pedido de Exame Ambulatorial é para solicitar exames de diversas especialidades onde serão realizados em locais diferentes, como Ressonância, Hemograma, raio x tomografia e etc.

Para realizar a solicitação do exame é necessário acessar o menu "Emissão de guias" selecionar a opção "Pedido de Exame Ambulatorial":

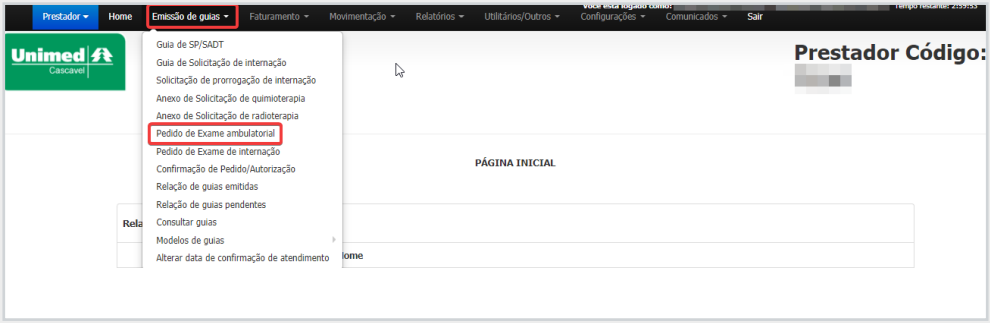


Figura 60

Posteriormente é necessário preencher os campos obrigatórios, em destaque:

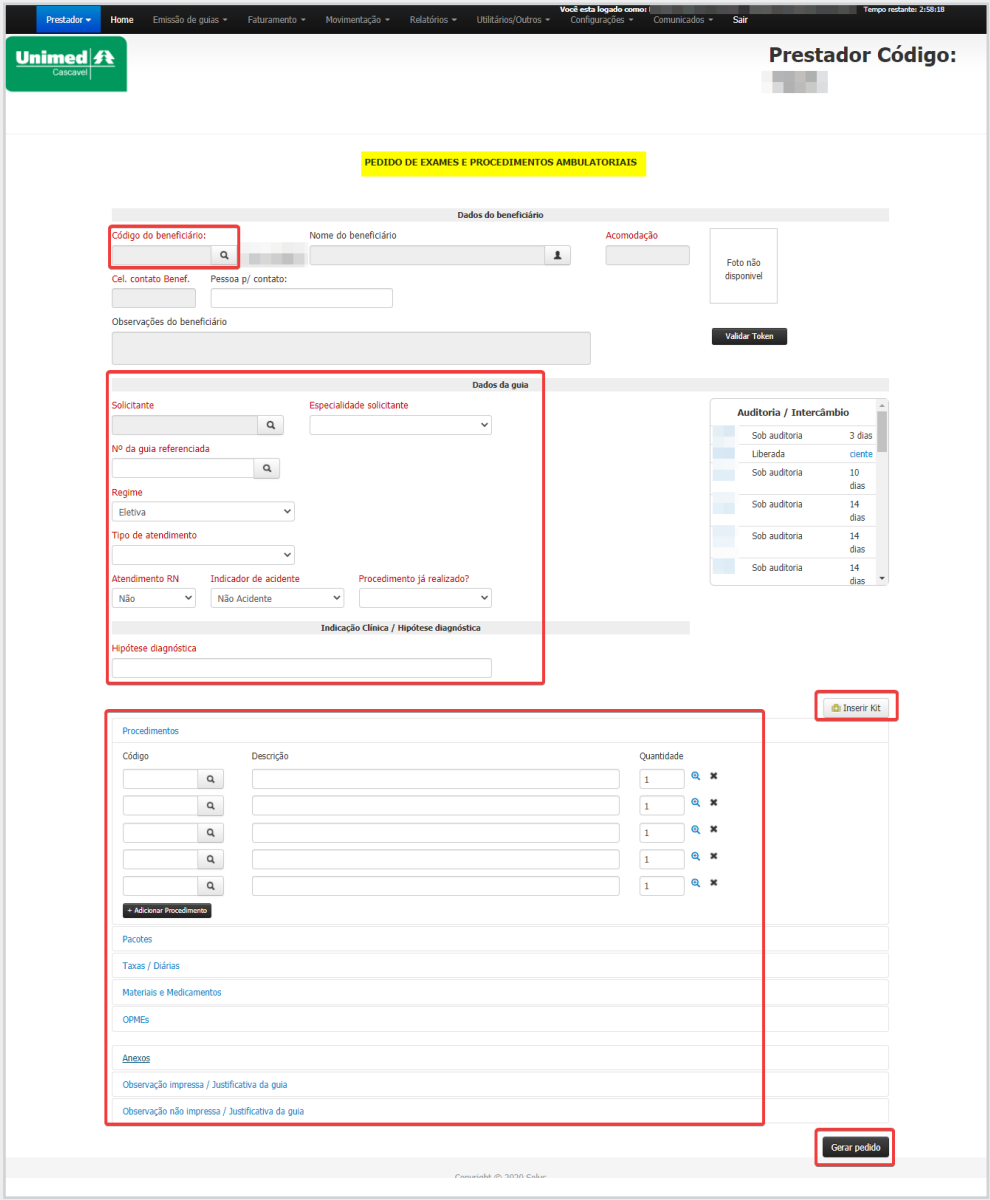


Figura 61

Solicitante: Deverá ser informado o nome do médico solicitante do exame conforme constar no pedido médico.

Regime: Conforme o pedido médico informar se o exame é urgência ou eletivo.

Tipo de atendimento: Informar o tipo de atendimento conforme prescrição médica, podendo ser exame ambulatorial, quimioterapia, radioteriapia.

Atendimento RN: Deverá ser preenchido quando o atendimento for prestado ao recém–nascido, utilizando o plano de seu responsável legal, o qual poderá ocorrer nos 30 primeiros dias de vida do menor, se o mesmo não possuir cartão próprio. Nesse caso, será necessário informar a data de nascimento do RN e o nome da criança.

Indicador de acidente: Indica se o atendimento é devido a acidente de trabalho/trânsito/Outros, se o atendimento não for decorrente de acidente o preenchimento do campo deverá ficar como "Não acidente".

Procedimento já realizado: Caso o atendimento já tenha sido realizado o campo deverá ser sinalizado como SIM e a data de atendimento preenchida.

Hipótese diagnostica: Será obrigatório o preenchido com o quadro clínico do beneficiário.

Procedimentos: Será informado o código do exame conforme constar no pedido médico.

+ Adicionar procedimento: Utilizar para aumentar a quantidade de procedimentos na solicitação e inserir mais procedimentos.

Taxas/Diárias: Sempre que houver taxas pertinentes ao atendimento prestado, elas deverão ser informadas nesse campo especifico.

Anexos: Possibilita o envio de arquivos como justificativa, pedido médico, entre outros, sempre que necessário. No entanto, se o sistema sinalizar que o envio do anexo é obrigatório, o pedido de autorização só será concluído após o envio das informações.

Observação impressa/Justificativa da guia: Todas as informações que forem escritas nesse campo ficaram gravadas e ao gerar a impressão da guia esses dados serão impressos e ficaram visíveis no rodapé da guia.

Observação não impressa/Justificativa da guia: Deverá ser preenchida sempre que houver a sinalização do sistema, as informações preenchidas nesse campo auxiliarão no processo de auditoria do procedimento solicitado.

1. 9. Relação de guias emitidas

Neste item será utilizado para consultar as guias geradas e confirmadas pelo prestador. Para consulta-las é necessário acessar o menu "Emissão de guias" e selecionar a opção Relação de guias emitidas:

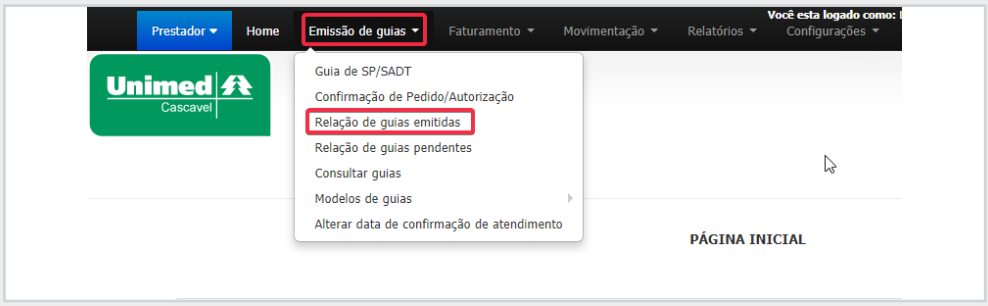


Figura 62

Em seguida abrirá uma tela onde será possível realizar alguns filtros para aprimoramento da busca. Após o preenchimento dos filtros desejados é só clicar em "Listar autorizações":

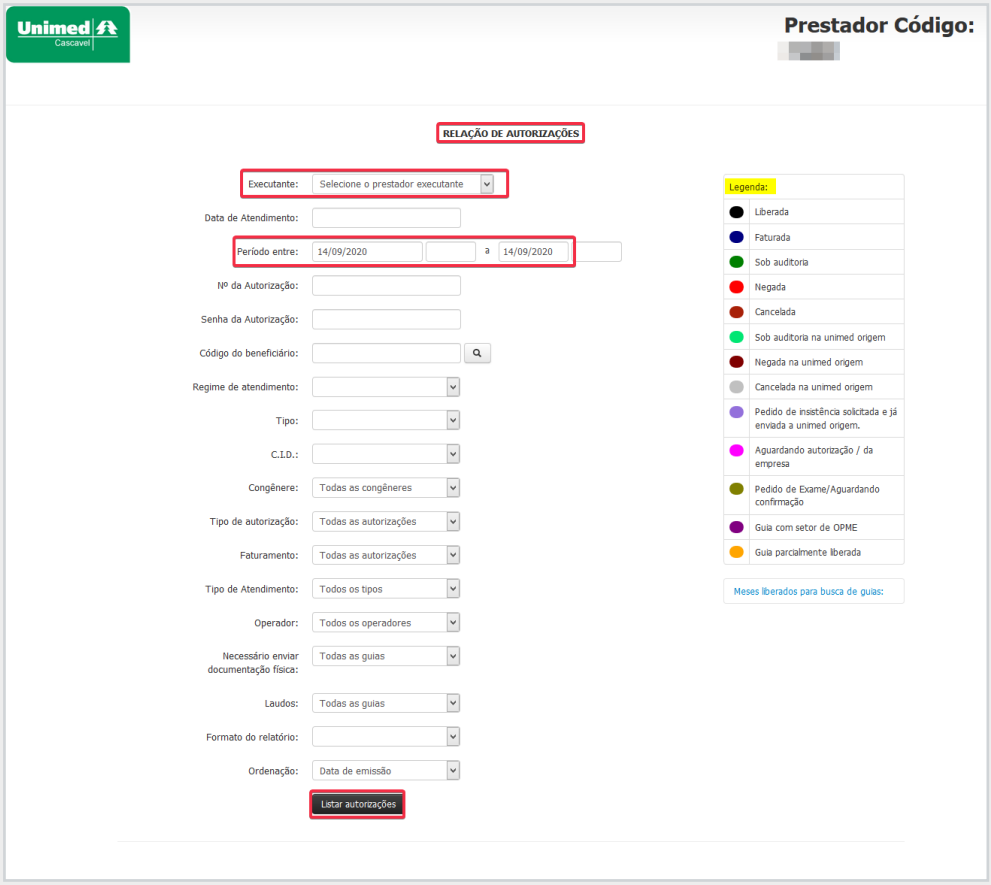


Figura 63

Tipo de autorização: possibilita a busca de todas as guias geradas/confirmadas pelo prestador de modo geral ou através do status atual da guia.

Formato do relatório: Sintético, lista apenas a relação das guias. Analítico, lista a relação das guias com um resumo de sua composição.

Após listar as autorizações, o prestador conseguirá visualizar as guias confirmadas, liberadas, faturadas, entre outras, conforme a legenda que consta na lateral da página:

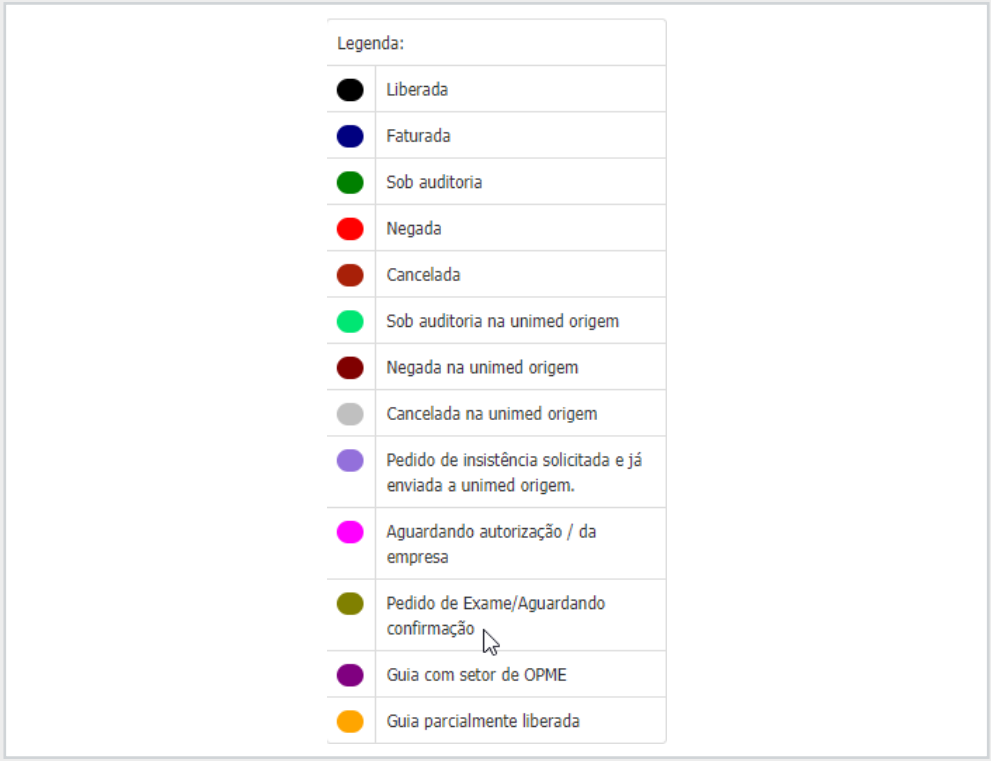


Figura 64

Na referida tela o prestador também conseguirá realizar o cancelamento da guia via Web, se a mesma não estiver faturada, realizar a impressão da guia autorizada (Padrão TISS), solicitar a insistência das guias negadas e visualizar as guias com mensagens pendentes de retorno.

Cancelamento:

Figura 65

Insistência de guia:

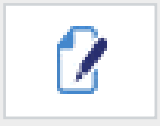


Figura 66

Impressão da guia:

Figura 67

Mensagem pendente de retorno para a auditoria da Unimed:

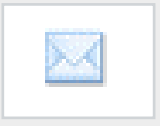
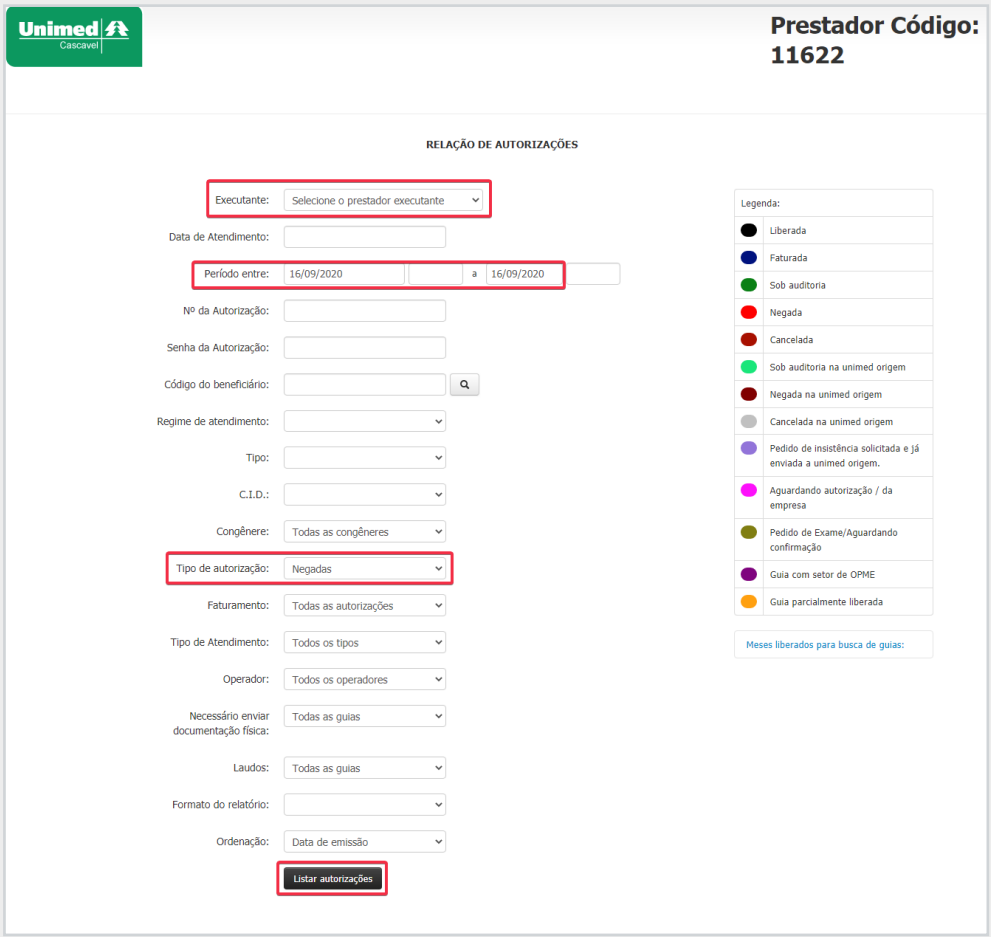


Figura 68

1. 9. 1. Guias negadas –Pedido de insistência

Ao acessar o menu "Emissão de Guias" e selecionar a opção relação de guias pendentes, o prestador conseguirá filtrar a relação de guias que foram negadas e se necessário, solicitar para a Unimed uma revisão da negativa. Após realizar os filtros na tela clique em listar:



Figuras 68.1

Em seguida o sistema listará a relação de guias negadas as quais poderão ser solicitadas as insistências, para prosseguir será necessário clicar no botão "editar guias", em destaque, conforme a figura abaixo:

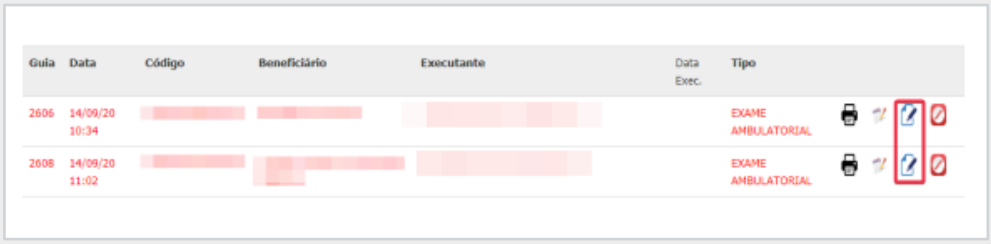


Figura 68.2

Nesse momento o sistema abrirá a guia com a relação dos itens solicitados, dessa forma clique no botão de insistência para confirmar a solicitação:

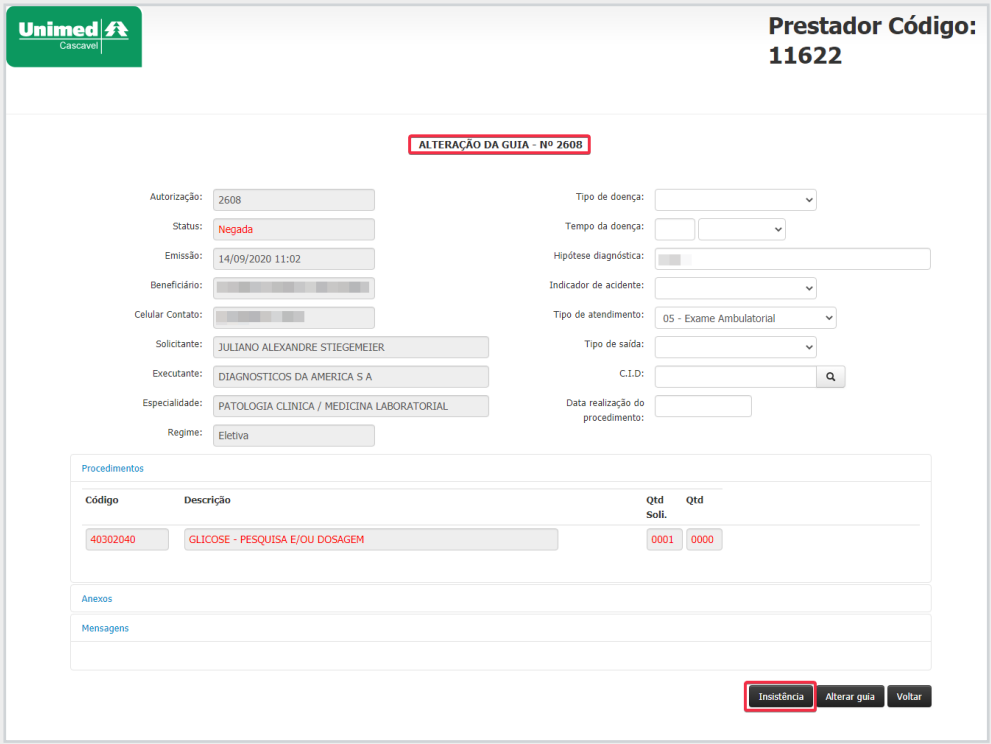


Figura 68.3

Posteriormente informe a justificativa para a revisão e clique em inserir:

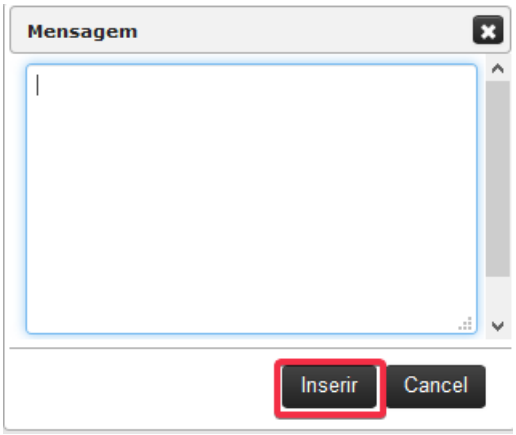


Figura 68.4

Ao clicar em inserir o sistema poderá sinalizar as seguintes mensagens:

- **Mensagem incluída com sucesso!** – Significa que a guia entrou em auditoria com a Unimed;
- **Não é permitido uma nova insistência, pois o prazo máximo foi atingido** – Significa que não foi possível a revisão da guia pois a negativa foi emitida a mais de 48 horas, prazo máximo para pedido de insistência.

1. 10. Relação de guias Pendentes

Nessa tela constará a relação de guias nas quais houveram questionamentos ou solicitação de informações complementares, pela auditoria, que estão pendentes de retorno por parte do prestador.

Para acessar a tela selecione no menu "Emissão de guias" a opção "Relação de guias emitidas", em seguida o sistema abrirá uma tela com a relação das guias pendentes:

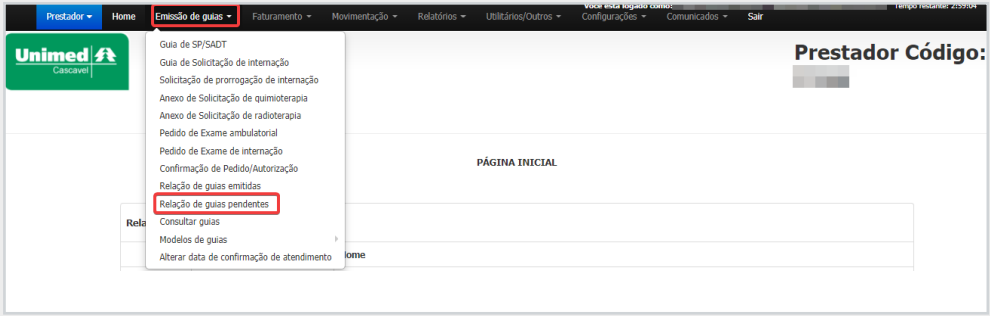


Figura 69

Em seguida será necessário acessar o ícone "Editar guia", conforme destaque, para que seja possível inserir as justificativas e anexos para à auditoria:

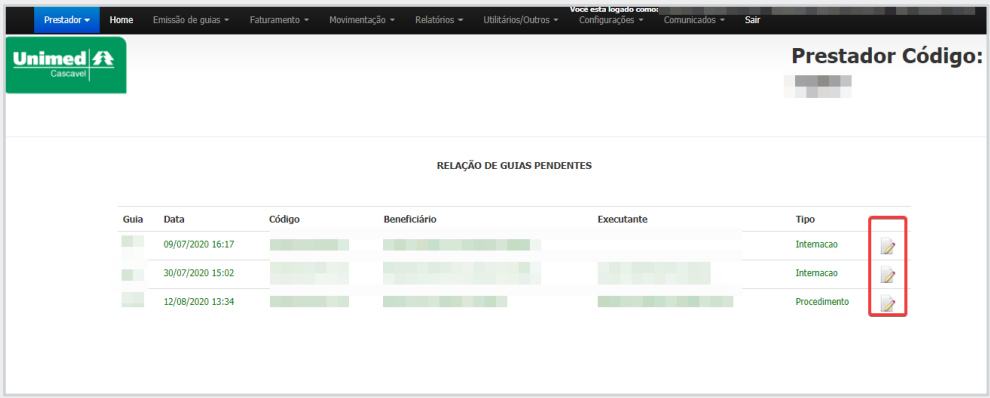


Figura 70

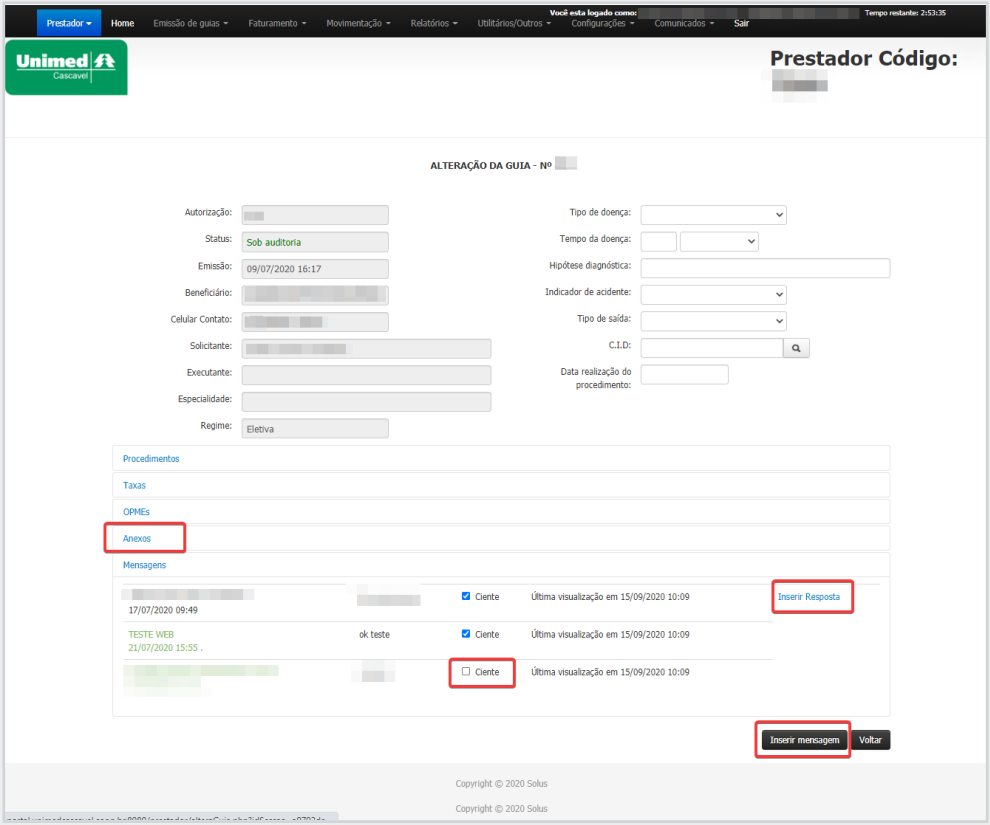


Figura 71

Ao acessar a guia será preciso selecionar a opção **ciente** e clicar em **inserir resposta** para que o sistema habilite a tela de resposta:

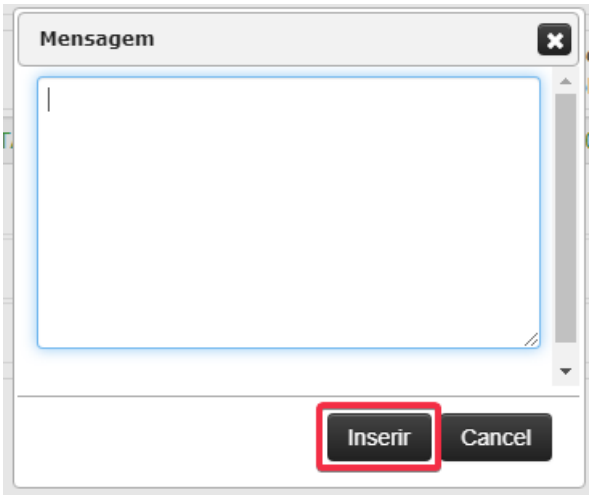


Figura 72

Após inserir as justificativas e anexos, se necessário, é preciso clicar em inserir mensagem para que a resposta seja encaminhada para à Unimed.

Sempre que houver guias pendentes de resposta, ao acessar o sistema, aparecerá um alerta para o prestador uma sinalização que ao clicar em visualizar será direcionado para a tela de resposta descrita no processo citado anteriormente:

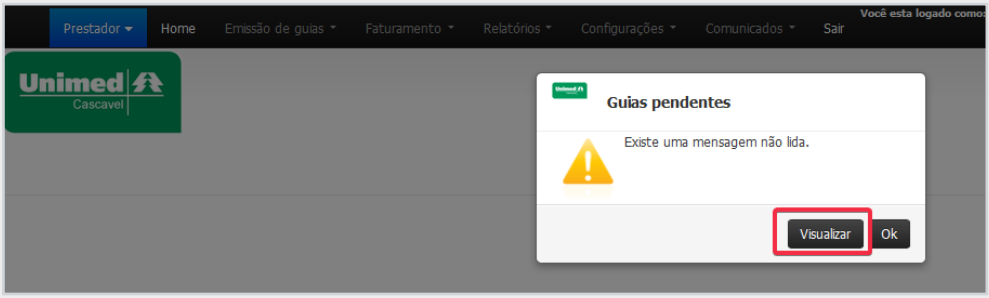


Figura 73

1. 11. Consultar Guias

Possibilita consultar o status da guia (autorizada, negadas, sob auditoria e canceladas) de todos os tipos de solicitações como consulta de Pronto Socorro, internações, exames em geral, prorrogações, quimioterapia e radioterapia. Para consultar o status da guia é necessário acessar o menu "Emissão de guias" e selecionar a opção "Consultar Guias":

Figura 74

Ao clicar em Consultar, o sistema abrirá uma tela com a composição dos itens solicitados na guia:

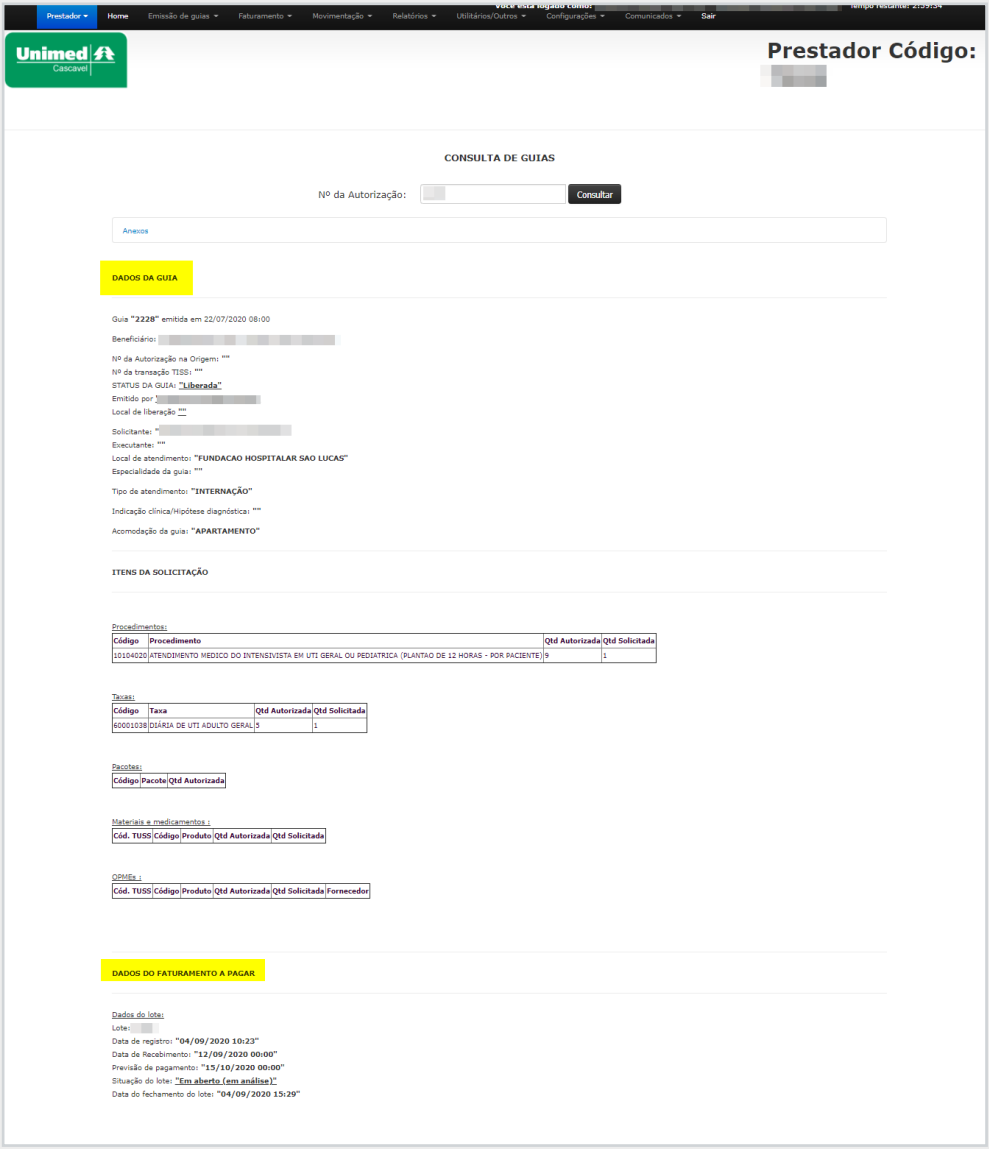


Figura 75

1.12. Modelo de Guias

Ao acessar o menu "Emissão de guias" e selecionar opção "Modelos de guias" o prestador poderá imprimir os modelos em branco, conforme o padrão TISS de guias SADT (auto-gerado), solicitação de internação, resumo de internação, prorrogação, anexo de quimioterapia e radioterpia e comprovante presencial conforme a necessidade do prestador logado:

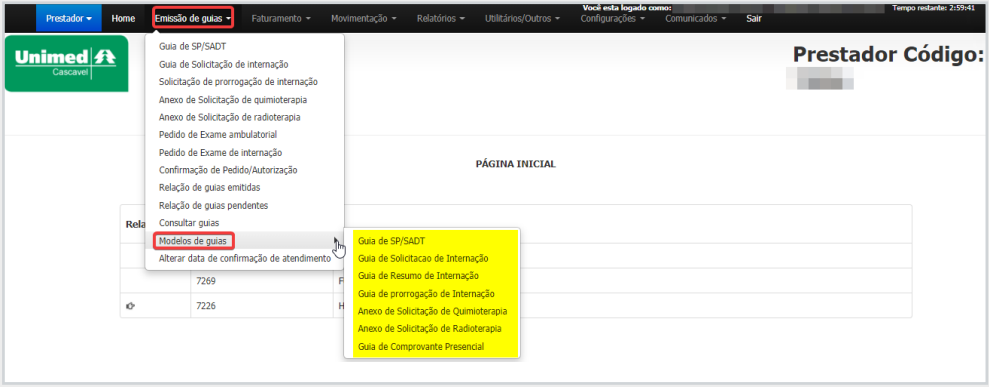


Figura 76

1. 13. Alterar Data de Confirmação de Atendimento

A alteração da data de atendimento acontecerá nas situações em que o prestador identificar que a confirmação da guia, ocorreu em uma data divergente da realização do atendimento.

Para localizar essa opção é necessário acessar o menu "Emissão de guias" e selecionar a opção "Alterar data de confirmação de atendimento":

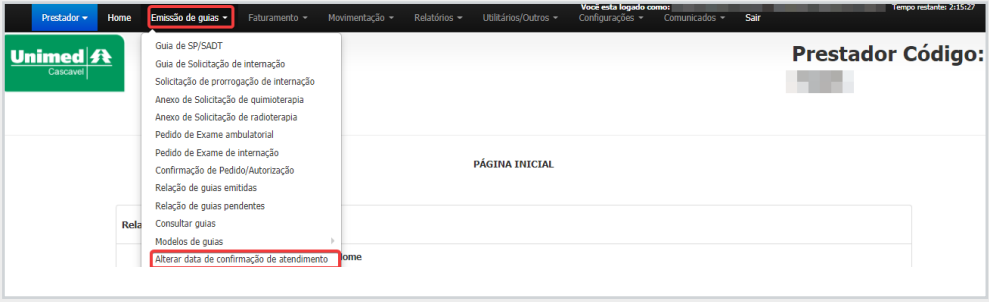


Figura 77

Em seguida será necessário informar o número da guia que deseja alterar e clicar em consultar. Posteriormente será possível informar a data de realização correta e alterar as informações da guia:

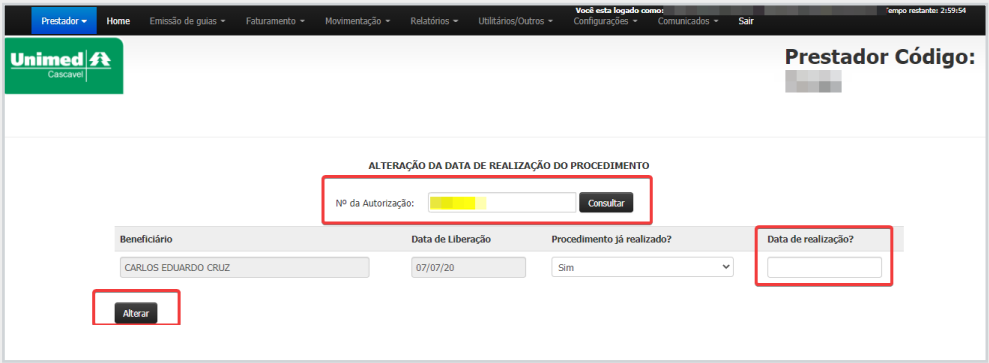


Figura 78

Atenção! A alteração da data só poderá ocorrer para atendimentos realizados dentro do prazo de 48 horas.

2. Faturamento

2. 1. Envio de arquivos XML

Para realizar o faturamento da conta como arquivo XML é necessário acessar o menu "Faturamento" e selecionar opção "Envio de arquivos xml" conforme imagem abaixo:

Figura 79

Na tela de "Envio de arquivos XML", o prestador fará a inclusão dos arquivos XML (Padrão TISS) para envio da produção com as contas médicas. Assim que aberta a tela de faturamento, o prestador poderá consultar a previsão de pagamento referente as contas que ele estará enviando. Deverá anexar o arquivo através do botão "Escolher arquivo":

Figura 80

Assim que o prestador incluir o arquivo XML, o sistema passará por uma etapa de validação automática, onde serão validadas regras de estruturas e algumas regras de negócio cadastradas.

O arquivo enviado será visualizado na tela “Arquivos submetidos”:

Figura 81

Podendo apresentar os seguintes Status: “Aguardando Validação, Arquivo sendo validado, Arquivo com erros e Arquivo validado com sucesso”. O tempo de validação levará cerca de 3 minutos.

Figura 82

Aguardando Validação: Arquivo está na fila para validação das regras cadastradas;

Arquivo sendo validado...: Arquivo está passando por validação da estrutura do arquivo e das regras de negócio;

Arquivo com erros: O arquivo já foi validado por completo e apresentou erro, sendo necessário à validação e a correção do erro por parte do prestador.

Arquivo validado com sucesso: O arquivo passou pela validação das regras de negócio e entrou no sistema para análise de auditoria/pagamento. Neste momento não é mais necessário análise por parte do prestador.

2. 1. 1. Erros apresentados no XML

Quando o arquivo enviado apresenta o STATUS "Arquivo validado com erro" é necessário que o prestador abra o relatório disponível na mensagem "Visualizar erros(s)" e faça a correção dos erros apresentados. Abaixo segue alguns exemplos de possíveis erros e como corrigi-los:

EXEMPLO ERRO 01:

Figura 83

Correção: Validar o arquivo enviado, pois possivelmente trata-se de duplicidade. É necessário identificar quais contas já foram inseridas em algum momento e retirar do arquivo XML.

EXEMPLO DE ERRO 02: "A guia existe, porém não pertence"

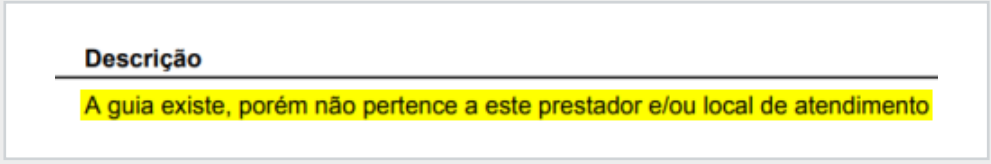


Figura 84

Correção: Validar a guia de liberação, pois possivelmente a guia em questão não foi liberada para o seu local de atendimento. Se verificar que houve divergência na liberação, retirar do XML, solicitar adequação à Unimed e reenviar o arquivo.

EXEMPLO ERRO 03: "Erro de Estrutura"

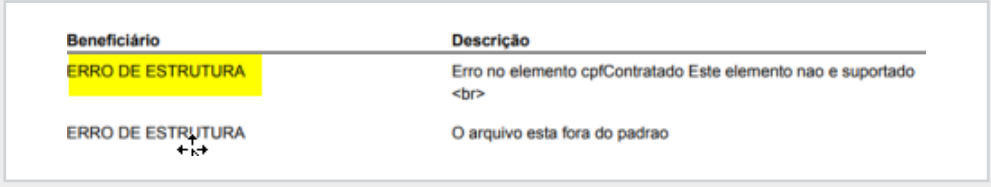


Figura 85

Correção: O arquivo pode ter sido alterado manualmente e ter ficado fora do padrão de arquivos XML-Tiss. Nesse caso, o arquivo precisa ser gerado novamente para adequar-se ao padrão. É possível também que o próprio sistema do prestador esteja gerando um arquivo fora do padrão. Neste caso, entrar em contato com sua equipe de suporte ao sistema para resolver o problema.

EXEMPLO ERRO 04: "Identificação do beneficiário não consistente"

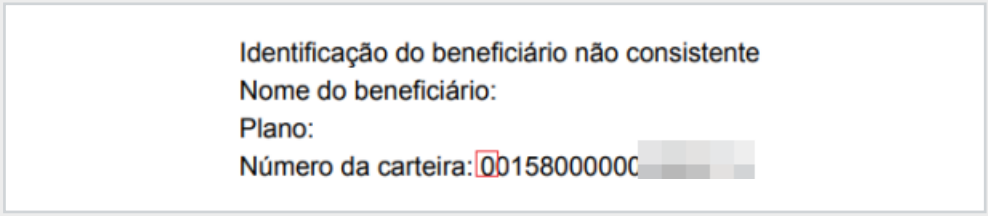


Figura 86

Correção: Remover o primeiro "zero" a frente do código da Unimed, na carteirinha do beneficiário.

EXEMPLO ERRO 05: "Número de guia inválido"

Figura 87

Correção: Alterar a "Guia na operadora" para a guia conforme liberação da Unimed Cascavel.

EXEMPLO ERRO 06: "Material/Medicamento inválido..."

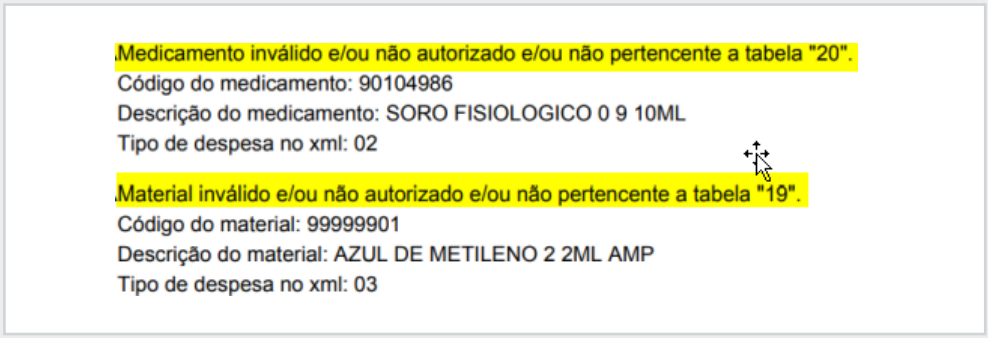


Figura 88

Correção: Validar se os códigos sinalizados pertencem à tabela do prestador enviada pela Unimed Cascavel. Atentar-se para as datas de vigência e códigos exclusos. Caso o código não pertencer a tabela, retirar a cobrança do mesmo ou enviar com um código substituto que esteja na tabela do prestador.

Caso o código em questão esteja correto e o sistema estiver apresentando erro, entrar em contato com a Unimed Cascavel.

2. 1. 2. Consulta dos lotes enviados

Após o envio dos arquivos XML, o sistema disponibiliza uma tela para consulta dos lotes enviados, onde é possível verificar quais contas foram cobradas, qual valor faturado e quem foi o operador que enviou. Essa consulta pode ser visualizada logo abaixo da tela de faturamento:

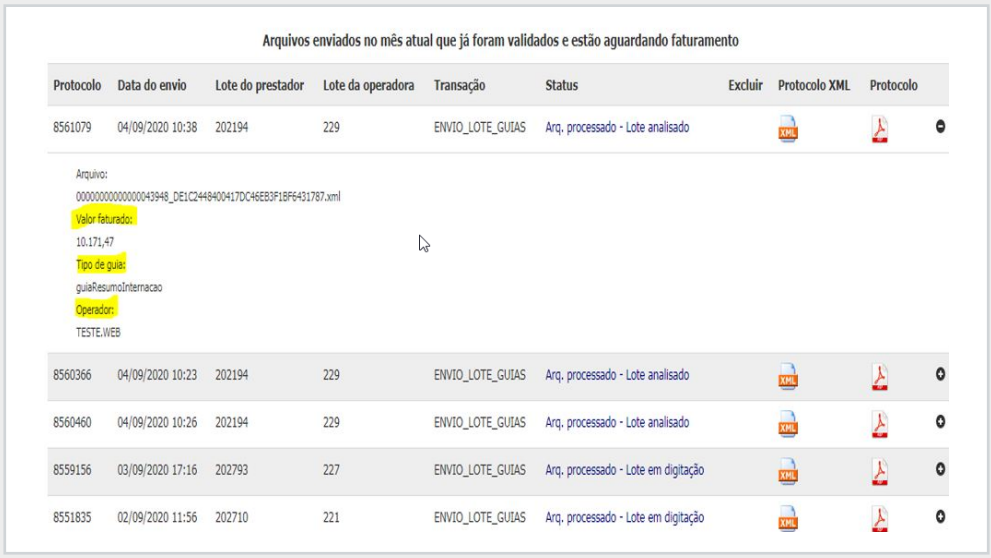


Figura 89

Posteriormente é possível verificar os históricos dos meses anteriores conforme figura abaixo:

Figura 90

2. 2. Histórico de arquivos XML enviado

A tela de histórico será utilizada para consulta de lotes de arquivos XML enviados. Para acessar esta opção é necessário clicar em "Faturamento" e posterior no "Histórico de arquivos XML enviado":

Figura 91

A consulta poderá ser realizada buscando por Protocolo, Lote do prestador, Lote da Operadora e data de envio de acordo com o filtro realizado, posteriormente deverá clicar em “Consultar”.

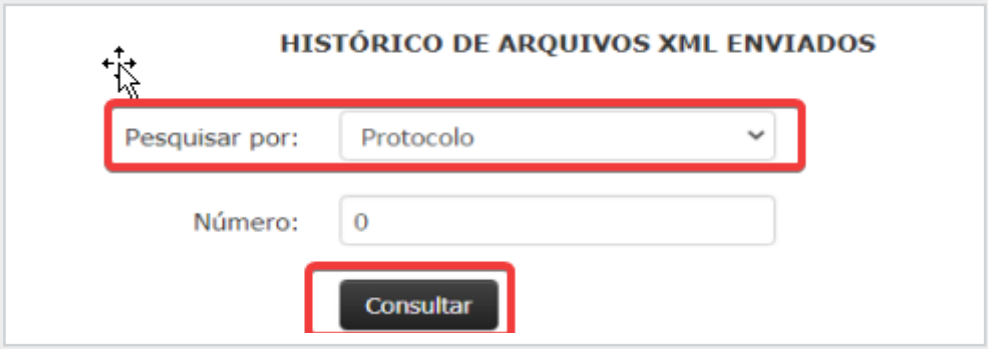


Figura 92

O sistema apresentara os últimos resultados dos lotes de arquivo XML enviados. É possível consultar os valores do lote enviado através do botão , bem como baixar o detalhamento das contas no lote:

Figura 93

As informações disponíveis no protocolo são:

1 – Protocolo;
2 – Data de envio;
3 – Lote do prestador: Lote que foi informado no XML original;
4 – Lote da operadora: Lote gerado pela operadora ao importar o arquivo XML;
5 – Transação: Formato do XML enviado;
6 – Status: Informação referente ao processamento do arquivo;
7 – Protocolo XML: informação do lote no formato XML;
8 – Protocolo: Informação do protocolo em PDF;
9 – Detalhamento: Informação do lote enviado no formato PDF e/ou xlsx.;

2. 3. Faturamento detalhado

O prestador poderá faturar as guias liberadas pela Unimed Cascavel caso o mesmo não tenha um sistema próprio que faça a emissão de um arquivo XML. Para realizar o faturamento detalhado é necessário acessar no menu o "Faturamento" e a opção "Detalhado":

Figura 99

Além dos itens que foram liberados, será possível que o prestador inclua outras cobranças que não necessitem de liberação.

Exemplo: Exames de sangue realizados dentro do internamento: O prestador fará a digitação dos exames utilizados e encaminhará a cobrança para a Unimed.

2. 3. 1. Faturamento de internação:

Para iniciar o processo de faturamento detalhado em casos de internação, será necessário que o prestador insira a guia de autorização que o mesmo deseja faturar no campo "Número da autorização":

Figura 100

Assim que listada a autorização, o sistema apresentará os dados referente a guia informada. Dados que são divididos em:

"Dados do beneficiário":

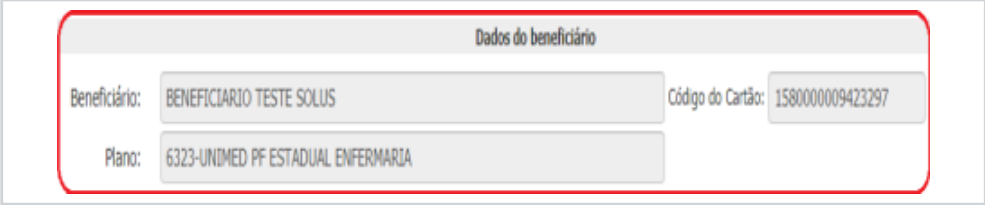


Figura 101

Dados do beneficiário: O sistema puxará automaticamente os dados referente a

“Dados do atendimento”

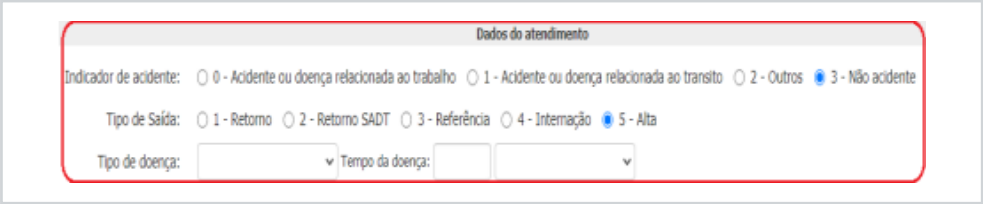


Figura 102

Dados do atendimento: O sistema puxará automaticamente os dados referente

“Dados da internação”

Figura 103

Dados da internação: O prestador precisará preencher os campos listados conforme orientação abaixo.

Data/Hora de atendimento: Preencher corretamente a data e hora de atendimento. Em caso de internação, preencher a data e hora de saída do beneficiário.

Caráter do atendimento. O sistema trará “ELETIVA” por padrão. Caso o atendimento seja em caráter de urgência/emergência o prestador deverá fazer a alteração manualmente.

Tipo de internação: O sistema trará “CLINICA” por padrão. Caso o tipo de internação seja diferente, o prestador deverá fazer a alteração manualmente. Ex: Obstétrica.

Regime de internação: O sistema trará "HOSPITALAR" por padrão. Caso o regime seja diferente, o prestador deverá fazer a alteração manualmente. Ex: Hospital-Dia.

Declaração de Nascidos Vivos: Preenchimento obrigatório quando tratar-se de internação obstétrica. ***IMPORTANTE***: Toda e qualquer DNV precisa ter exatos 11

Quantidade de nascidos: Preenchimento condicionado ao tipo de internação Obstétrica.

CID Óbito: Preenchimento opcional. Apenas quando se trata de uma conta onde o beneficiário foi a óbito.

Declaração de óbito: Preenchimento opcional. Apenas quando se trata de uma conta onde o beneficiário foi a óbito.

Motivo de saída: Preencher conforme a alta do paciente. Ex: 12 – Alta melhorado; ou 41 – Óbito.

CID: Preenchimento do CID conforme a classificação do atendimento do beneficiário. Ex: O80 – Parto único espontâneo

"Procedimentos/Pacotes/Taxas/MAT/MED"

Figura 104

Após o preenchimento dos dados referentes ao beneficiário, atendimento e internação, o prestador fará a digitação dos itens cobrados em conta. Lembrando que os itens que foram liberados serão puxados automaticamente.

2. 3. 2. Inclusão de Procedimentos:

Ao clicar em "Procedimentos", o sistema apresentará os procedimentos já autorizados e um botão para incluir outros procedimentos que não necessitam de autorização.

Neste momento, o prestador fará a digitação dos itens que não necessitam de liberação, além de definir a quais prestadores/cooperados cada item será lançado.

No exemplo abaixo, ao clicar em procedimentos o próprio sistema já trouxe as 02 visitas (10102019) liberadas. É possível saber que se trata de um item que foi liberado anteriormente quando a barra de digitação não deixa fazer alterações na codificação, deixando a cor da barra com um cinza claro:

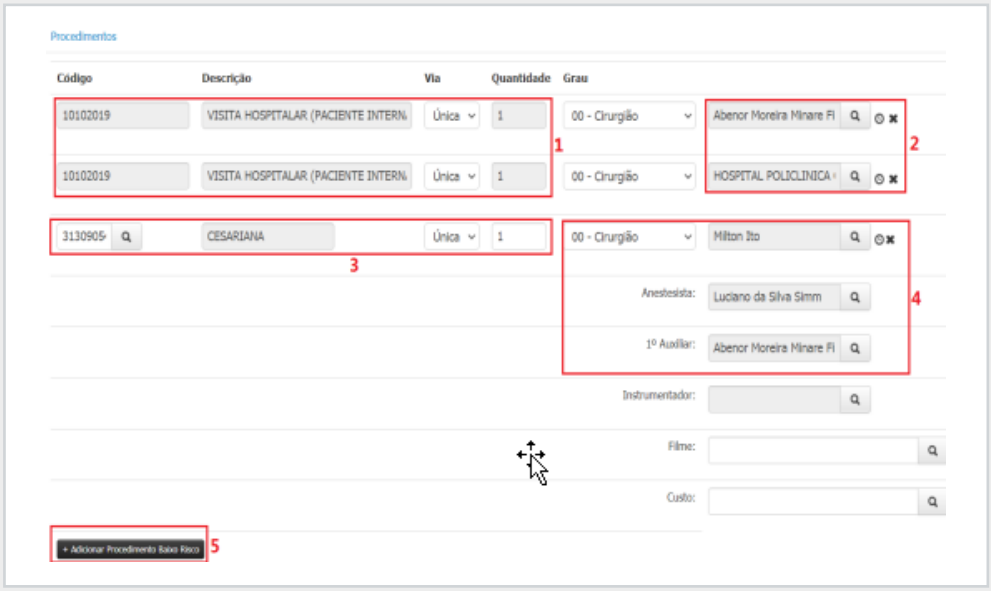


Figura 105

1- Itens já liberados: Destacados com a barra cinza escura;
2- Campo para o preenchimento do prestador executante do procedimento;
3- Campo para inclusão de procedimentos de baixo risco;
4- Campo para separação dos executantes, desde cirurgião principal a 1ºauxiliar.
5- "Adicionar procedimentos": Campo para adicionar mais procedimentos, se for necessário.

2. 3. 3. Inclusão de Pacotes

Semelhante a aba de "procedimentos", ao clicar em "Pacotes" o sistema trará os pacotes já liberados e abrirá a possibilidade de incluir mais pacotes caso não tenha puxado nenhum liberado. É possível inserir o pacote e informar o prestador que deverá receber o pacote:

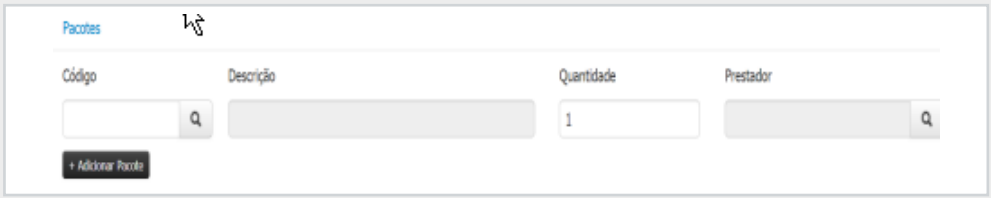


Figura 106

2. 3. 4. Inclusão das Taxas

Assim como nos pacotes e nos procedimentos, ao clicar em "Taxas" o sistema apresentará as Taxas/Diárias que foram liberadas e abrirá a possibilidade de inserir outras taxas que não necessitem de liberação, caso seja necessário. Assim como nos casos anteriores, é possível inserir o código da taxa desejada e informar o prestador que irá receber a mesma.

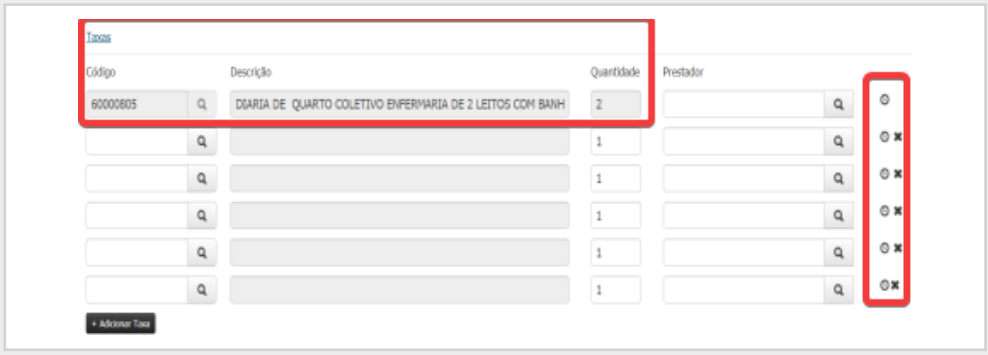


Figura 107

OBS: Para cada linha de item inserido, há um marcador de "relógio" . Este marcador deverá ser sempre usado para preencher a data e hora do procedimento inserido.

2. 3. 5. Inclusão MAT/MED e OPME

Semelhante as inclusões anteriores, ao clicar em "Materiais e Medicamentos" ou "OPME", o sistema apresentará os códigos de MAT/MED ou OPME que foram liberados e abrirá a possibilidade de inserir outros códigos que não necessitem de liberação, caso seja necessário. Assim como nos casos anteriores, é possível inserir o código da MAT/MED ou OPME desejado e informar o prestador que irá receber o mesmo conforme imagem abaixo:

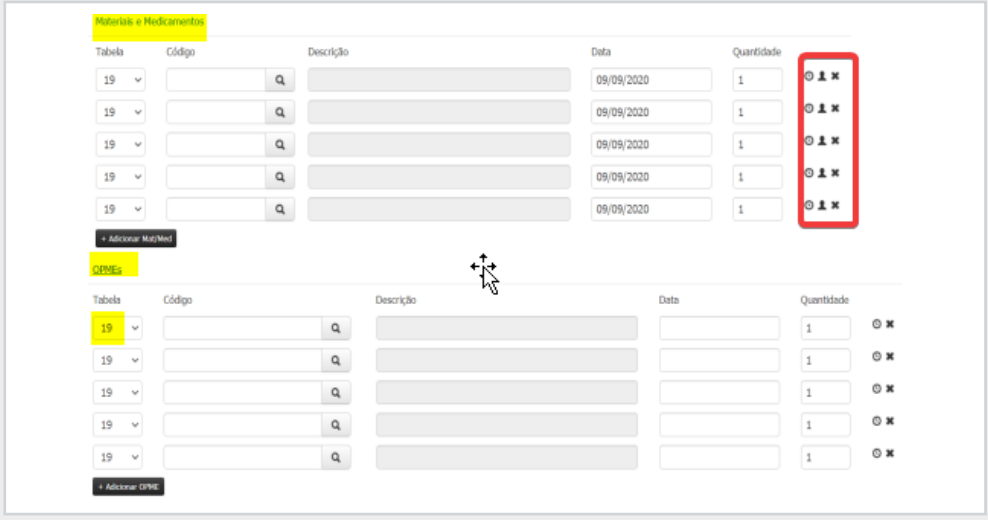


Figura 108

Para cada linha de item inserido, há um marcador de "relógio" . Este marcador deverá ser sempre usado para preencher a data e hora do procedimento inserido.

No campo "Tabela" o sistema dividirá em:

19 – Materiais;

20 – Medicamentos;

Sendo assim, o prestador deverá alterar conforme o item que será inserido.

Ao finalizar a inclusão dos itens desejados e dos dados obrigatórios, utilizar o botão "Faturar Guia" para encaminhar a cobrança contra a Unimed.

Ao clicar em "Faturar Guia" o sistema enviará um alerta indicando que o faturamento foi concluído e disponibilizará o protocolo para consulta dos itens faturados:

Figura 109

2. 3. 6. Processo de digitação/faturamento de ambulatorial (SP/SADT)

Da mesma forma que é feito no processo de digitação/faturamento de internação, o prestador deverá informar o número da guia de autorização no campo "Número da autorização" O sistema apresentará as informações do beneficiário referente a guia de autorização informada

Neste caso, diferente do processo de digitação/faturamento de internação, a parte de "Dados do atendimento" é menor, devido aos campos obrigatórios para preenchimento serem menos do que os do processo de internação conforme Imagem abaixo:

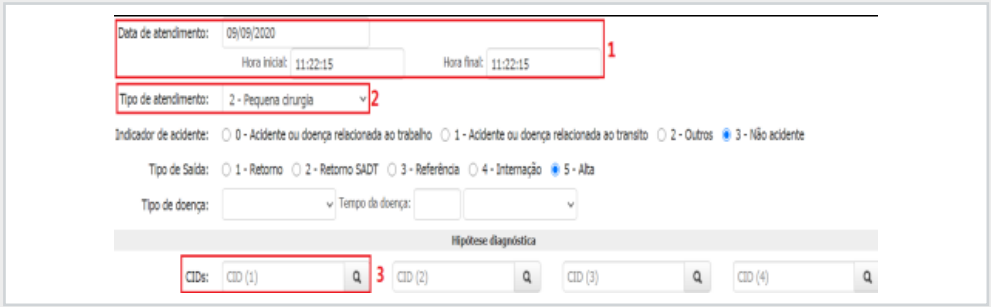


Figura 110

Os itens que deverão ser preenchidos são:

1- Data e hora do atendimento;
2- Tipo de atendimento;
3- CID;

Ao finalizar a inclusão dos itens desejados e dos dados obrigatórios, utilizar o botão "Faturar Guia" para encaminhar a cobrança para a Unimed.

Ao clicar em "Faturar Guia" o sistema enviará um alerta indicando que o faturamento foi concluído e disponibilizará o protocolo para consulta dos itens faturados.

2. 3. 7. Consulta das guias/protocolos faturados

Assim que finalizar o faturamento da guia, o prestador poderá clicar no botão "Clique Aqui" para abrir o protocolo de faturamento de guias:

Figura 111

No protocolo será possível verificar as guias faturadas, as contas geradas no sistema de pagamento da Unimed, o lote ao qual a conta foi vinculada, bem como o nome do beneficiário e a data de atendimento:

Figura 112

2. 4. Faturamento de anestesistas

Na aba de "Faturamento de Anestesistas", será possível que o prestador realize um faturamento somente de honorários médicos de anestesistas ou mesmo um faturamento posterior a uma cobrança já enviada no faturamento de XML ou no faturamento detalhado, para acessar é necessário clicar no menu "Faturamento" e na opção "Anestesista":

Figura113

A tela é exclusiva para Honorários médicos que serão lançados para um anestesista. Assim que informado o número de autorização da guia, o sistema apresentará as informações do beneficiário, bem como os campos para preenchimento por parte do prestador.

Antes de faturar a guia o prestador deverá informar quem é o anestesista executante dos procedimentos e a data/hora da realização do atendimento. Além disso, poderão ser inclusos desde Procedimentos até pacotes:

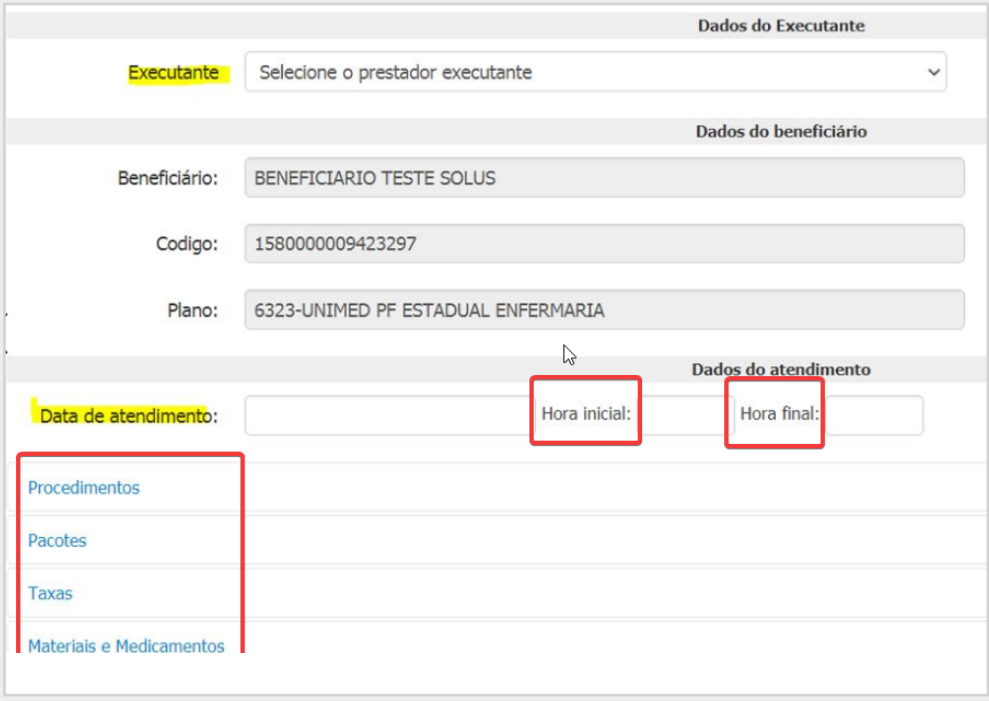


Figura 114

Finalizada a inserção dos códigos desejados a guia pode ser faturada. Assim que faturada, o sistema apresentará um protocolo para consulta da conta gerada e do lote que foi vinculado.

2. 5. Faturamento de Honorário Individual

No “Faturamento de Honorário Individual”, será possível que o prestador realize um faturamento somente de honorários médicos ou mesmo um faturamento posterior a uma cobrança já enviada no faturamento de XML ou no faturamento detalhado, para acessar é necessário clicar no menu “Faturamento” e na opção “Honorário individual”:

Figura 115

Ao abrir a aba de honorário individual, o prestador deverá realizar a busca pela guia de autorização, assim como nos outros modelos de faturamento, digitando a guia no campo “Número de autorização”.:

Figura 116

Posteriormente o sistema mostrará as informações do beneficiário a qual a guia se refere e será necessário informar o executante que recebera o Honorário individual a ser digitado. Assim como nos outros casos, será obrigatório o preenchimento da data e hora de atendimentos:

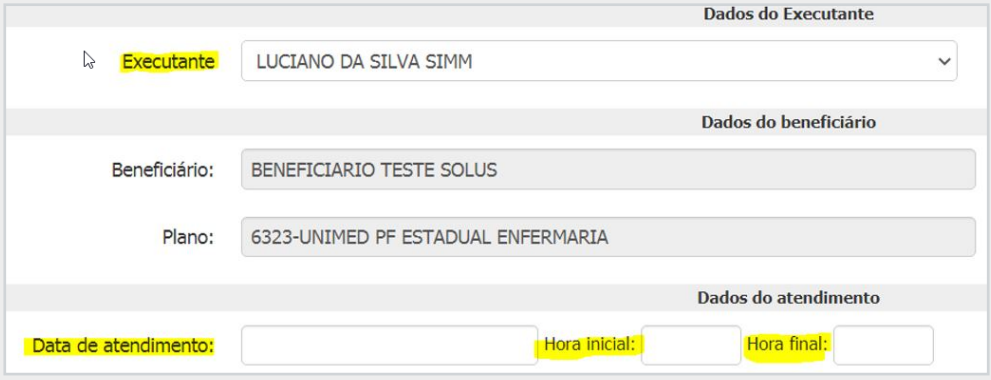


Figura 117

É importante que o prestador se atente ao Grau de participação destes itens, pois caso o lançamento não seja para o cirurgião principal, a alteração deverá ser feita manualmente conforme imagem ilustrada abaixo:

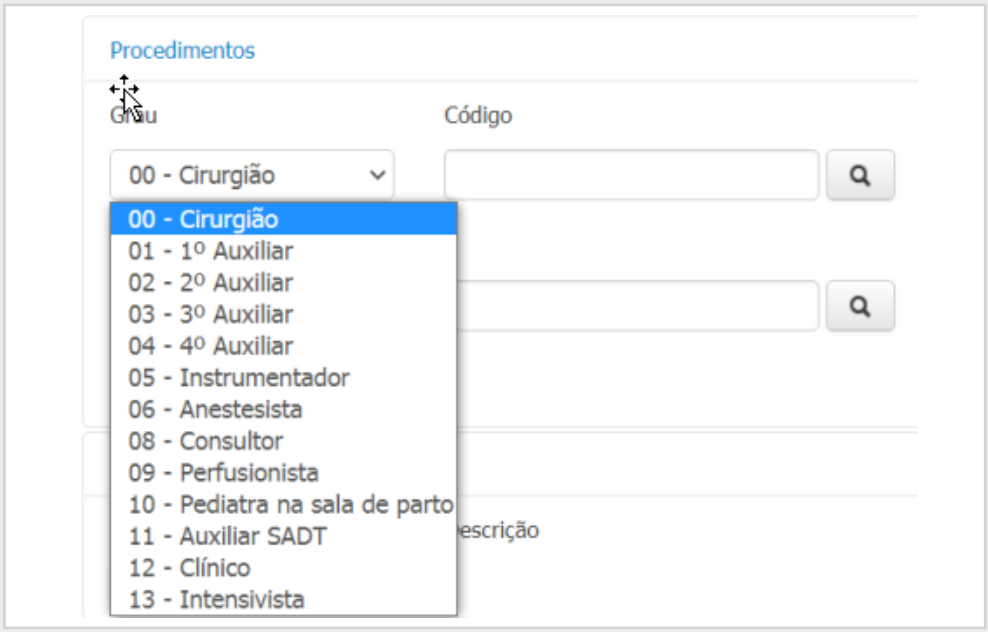


Figura 118

Finalizada a inserção dos códigos desejados a guia pode ser faturada. Assim que faturada, o sistema apresentará um protocolo para consulta da conta gerada e do lote que foi vinculado.

3. Movimentação

3.1. Cadastro de kits

O cadastro de Kit's poderá ser utilizado pelo prestador como um "facilitador" no processo de pedido de autorização. Através dessa ferramenta, o prestador conseguirá criar kit's com os códigos que mais solicitam no seu dia-a-dia:

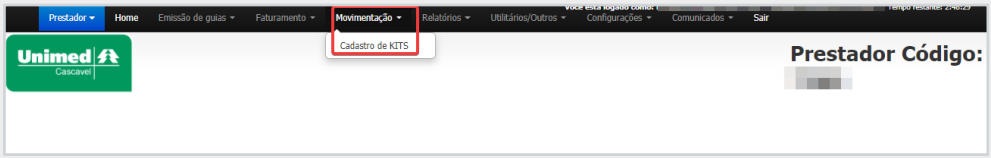


Figura 119

Ao acessar a tela o prestador conseguirá localizar os Kits já cadastrados no sistema e também conseguirá incluir novos Kit's:

Figura 120

Para incluir um novo Kit será necessário preencher os campos destacados, conforme a necessidade do prestador:

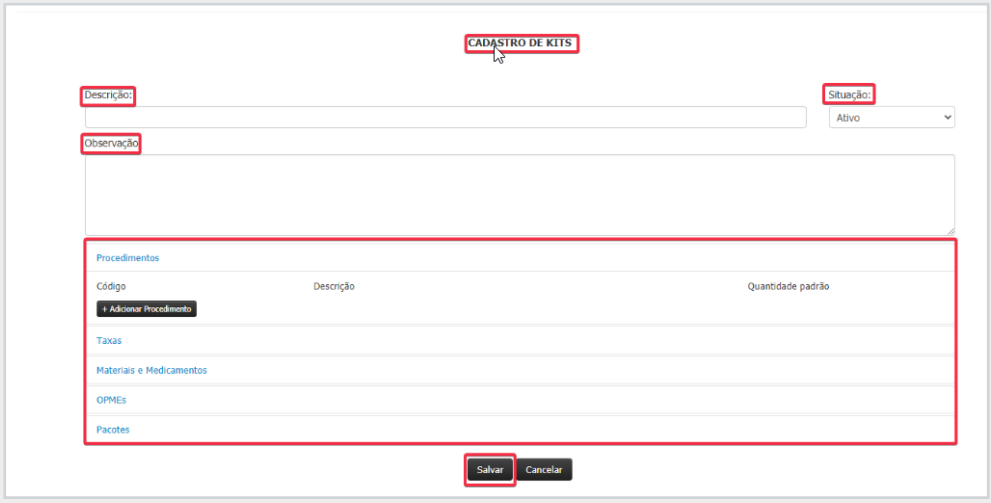


Figura 121

A qualquer momento, se o prestador identificar que o Kit cadastrado não possui mais usabilidade, o mesmo poderá ser cancelado. Para isso será necessário localizar o kit no sistema e clicar em excluir:

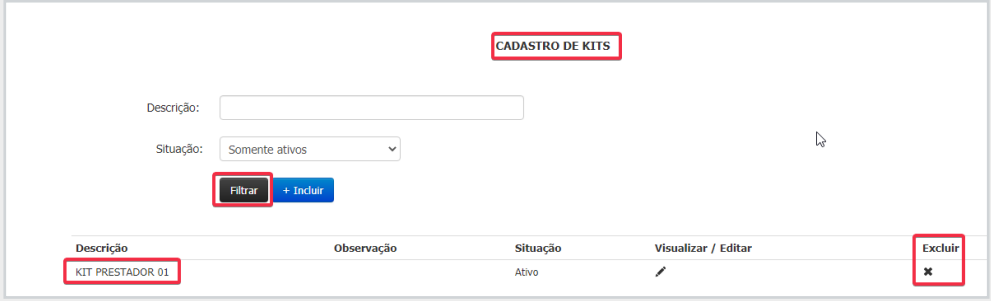


Figura 122

4. Relatórios

4. 1. Consultar Atendimentos

Através da tela consultar atendimentos, o prestador conseguirá visualizar o histórico dos atendimentos prestados aos beneficiários, para realizar a consulta o prestador precisará informar o número do cartão do beneficiário, ou se preferir é possível clicar na lupa e consulta-lo passando a trilha do cartão magnético:

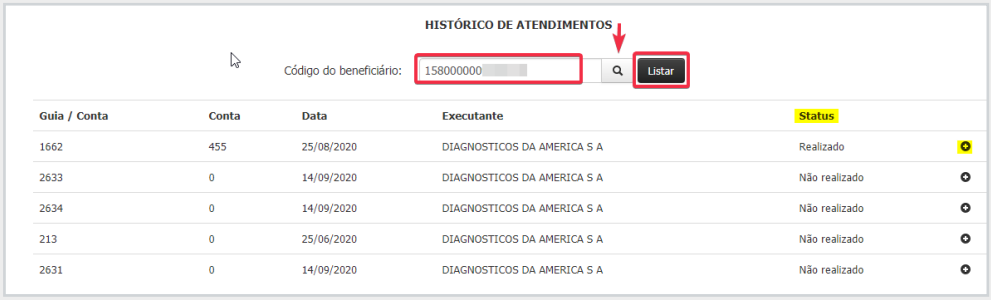


Figura 123

Através do Status, o prestador poderá identificar se a guia já foi faturada:

- Realizado: Guia faturada;
- Não realizado: Guia não faturada.

Para visualizar a composição da guia é necessário clicar no ícone + (mostrar detalhes).

4. 2. Faturas Apresentadas

Na tela de "Faturas apresentadas", o prestador poderá listar e consultar as faturas que estão em aberto (em processamento) pela operadora, para realizar a consulta das faturas é necessário acessar o menu "Relatórios" e ir na opção "Faturas Apresentadas":

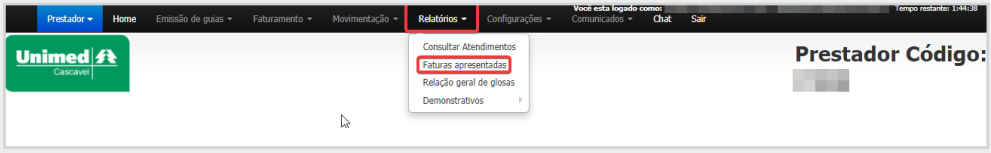


Figura 124

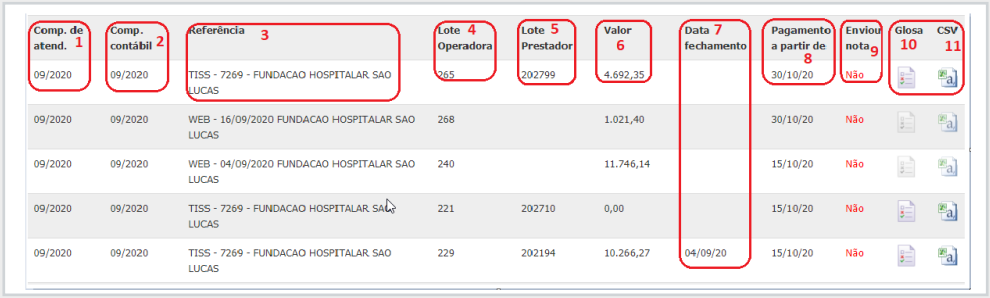
Assim que clicar no botão "Faturas apresentadas" e abrir a tela para conferência, o sistema trará automaticamente o prestador selecionado e o

botão “Listar”, para apresentar os lotes que ainda estão em aberto:

Figura 125

O relatório apresentado mostrará informações referente aos lotes e competências que ainda estão em aberto, contendo informações do valor e uma relação parcial das glosas*.

***IMPORTANTE:** Essa relação de glosa não pode ser recursada ainda. O recurso será tratado na Seção 2.



Comp. de atend. 1	Comp. contábil 2	Referência 3	Lote Operadora 4	Lote Prestador 5	Valor 6	Data fechamento 7	Pagamento a partir de 8	Enviou nota 9	Glosa 10	CSV 11
09/2020	09/2020	TISS - 7269 - FUNDACAO HOSPITALAR SAO LUCAS	265	202799	4.692,35		30/10/20	Não		
09/2020	09/2020	WEB - 16/09/2020 FUNDACAO HOSPITALAR SAO LUCAS	268		1.021,40		30/10/20	Não		
09/2020	09/2020	WEB - 04/09/2020 FUNDACAO HOSPITALAR SAO LUCAS	240		11.746,14		15/10/20	Não		
09/2020	09/2020	TISS - 7269 - FUNDACAO HOSPITALAR SAO LUCAS	221	202710	0,00		15/10/20	Não		
09/2020	09/2020	TISS - 7269 - FUNDACAO HOSPITALAR SAO LUCAS	229	202194	10.266,27	04/09/20	15/10/20	Não		

Figura 126

Explicação dos campos para consulta:

1- Comp. De atend: Trata-se da competência em que foi enviado o lote de cobrança, seja de faturamento via WEB ou via XML TISS.
2- Comp. Contábil: Trata-se da competência contábil em que foi alocado o lote de cobrança, seja de faturamento via WEB ou via XML TISS
3- Referência: Nome do lote criado na operadora. Se enviado via XML TISS, o nome do lote começará com “TISS –“. Se enviado via WEB, o nome do lote começará com “WEB – “.
4- Lote Operadora: Número do lote criado na operadora
5- Lote Prestador: Número do lote enviado pelo prestador (apenas quando for via XML TISS). Trata-se do mesmo número que está no sistema do próprio prestador.
6- Valor: Trata-se do VALOR BRUTO da fatura. Ressaltamos que o valor apresentado no campo 6 pode não ser o valor final a ser pago ao prestador, visto que essa tela trás valores parciais de lotes que ainda estão abertos.
7- Data fechamento: Data do fechamento do lote na operadora (finalização parcial do processo de auditoria).
8- Pagamento a partir de: Previsão de pagamento conforme calendário de pagamento do prestador.
9- Enviou nota: Sinaliza se o prestador já realizou o envio da NF ou não

10- Glosa e CSV: Relação das glosas parciais apresentadas na fatura, sendo possível consultar em PDF e em Excel (csv).

4. 3. Relação Geral de Glosas:

Além de consultar as glosas, o prestador também poderá recursar as glosas disponíveis, para acessa a esta opção é necessário clicar em "Relatórios" e na Relação geral de glosas":

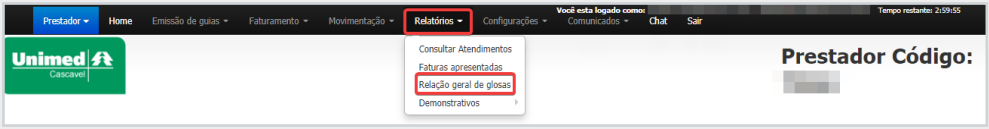


Figura 127

Ao abrir a aba de relação geral de glosas, o sistema trará automaticamente o prestador selecionado e alguns filtros onde o prestador poderá buscar as glosas por filtros diferentes, sendo o período um campo obrigatório:

Figura 128

Explicação dos campos na listagem:

1- Prestador glosado: Será possível selecionar os prestadores pertencentes ao corpo clínico para listagem de glosas, caso existam.
2- Lote operadora: Lote gerado na operadora.
3- Lote prestador: Lote apresentado pelo prestador.
4- Protocolo de envio (XML): Protocolo de XML gerado ao enviar
5- Nota fiscal: Número da NF, caso tenha
6- Período: Filtro por mês de pagamento. Ex: De 01/2020 a 10/2020.

Após os filtros serem selecionados e ser clicado em "Listar" o sistema trará as glosas disponíveis com a possibilidade de relacionar em PDF ou em Excel:

Figura 129

Explicação dos campos na listagem:

1- Competência de atendimento: Competência do lote enviado.
2- Número do lote: Número do lote gerado na cooperativa
3- Competência contábil: Competência contábil na qual o lote foi inserido.
4- Previsão de pagamento: Previsão de pagamento da glosa apresentada.
5- Prestador: Prestador selecionado.
6- Prazo para recurso: Prazo para recurso conforme contrato
7- Relação das glosas em PDF: Impressão da relação das glosas em PDF.
8- Relação das glosas em Excel (.csv): Impressão da relação das glosas em excel (.csv).

Na tela de listagem de recursos), quando há glosas disponíveis para realizar o recurso, o sistema apresentará a relação e um botão ( ) que permite que o prestador abra os itens disponíveis para recurso:

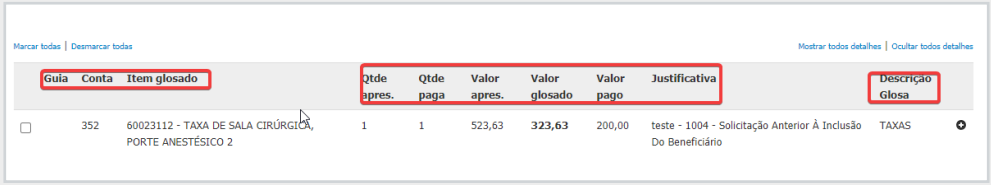


Figura 130

Quando clicar no botão e o sistema listar os itens disponíveis para recurso, o prestador poderá selecionar o item e realizar o recurso por quantidade ou por valor. Basta que o prestador clique no botão , assim o sistema trará as seguintes opções:

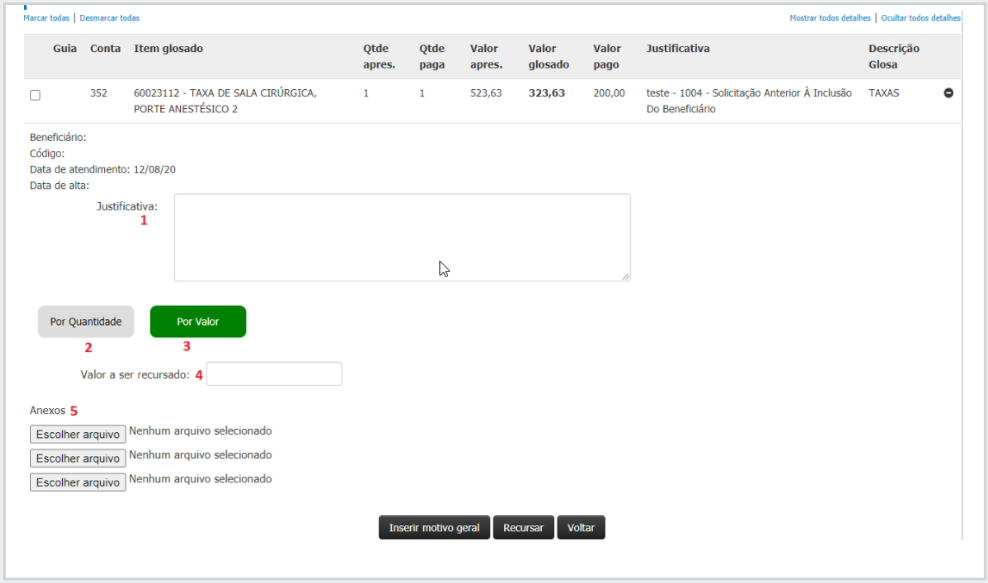


Figura 131

Explicação dos tópicos:

1- Justificativa: Campo para inserir a justificativa por escrito do recurso de glosa.
2- Por quantidade: Botão que define se o recurso será por quantidade glosada
3- Por valor: Botão que define se o recurso será por valor glosado.
4- Valor/Quantidade a ser recursado: Campo para informar o valor ou a quantidade que deseja recursar.
5- Anexos: Campo para anexar itens que embasem a justificativa, como laudos médicos, evoluções e etc.

Além dos campos citados acima, é possível que, ao recursar o prestador selecione todos os recursos disponíveis e insira uma justificativa geral para todos os recursos marcados.

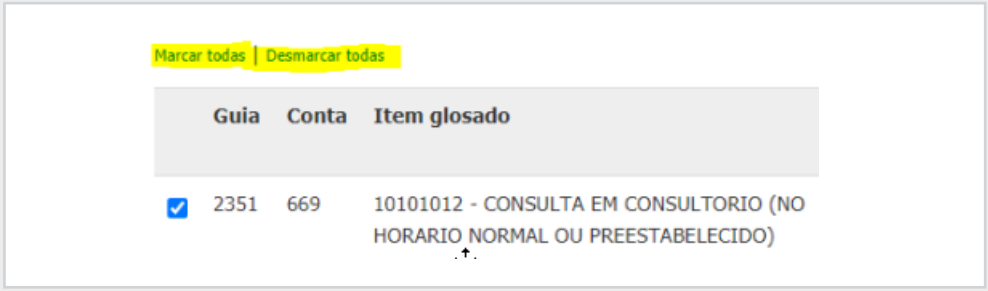


Figura 132

Figura 133

É importante ressaltar que o botão "Inserir motivo geral" vai inserir apenas a justificativa. Sendo assim, a sinalização de quantidade e valor nos itens que serão recursados deverá ser realizada 1 por 1.

Assim que recursado, o sistema apresentará um lote com um número de conta gerado:

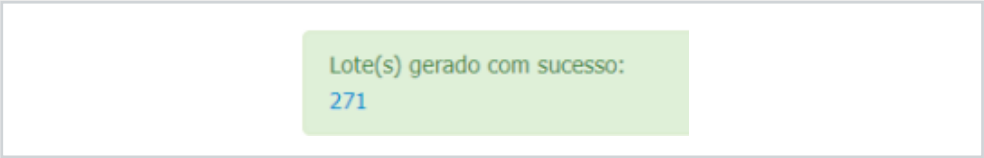


Figura 134

4. 4. Demonstrativo de Pagamento

A tela de demonstrativos de pagamentos servirá para que o prestador consulte os valores pagos das contas médicas apresentadas. Para acessar é necessário clicar em "Relatórios" e na opção "Demonstrativos":

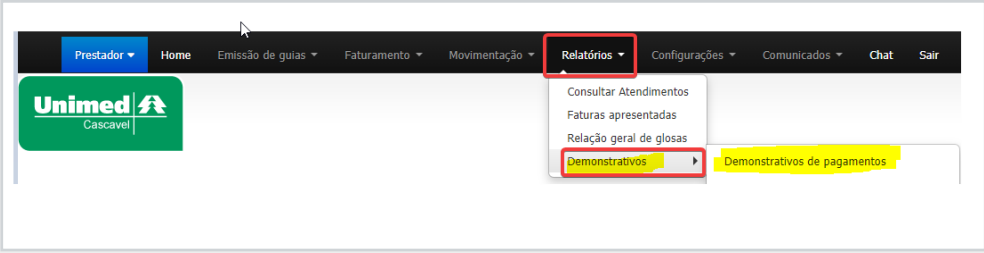


Figura 135

Assim que clicado em "Demonstrativos de pagamentos" o sistema trará uma tela onde será possível gerar os demonstrativos disponíveis. Nesta tela, será possível realizar o filtro por: Data do Crédito, Data do Pagamento e Lote, além de informar qual o período desejado:

Figura 136

Após serem listados os demonstrativos o sistema trará a relação dos lotes já pagos, assim como o valor de pagamento e glosas. Além disso, será possível extrair alguns relatórios na própria tela, conforme imagem abaixo:

Figura 137

Explicação dos campos para consulta:

1- Data do pagamento: Data prevista para o pagamento do lote, conforme calendário de produção do prestador.
2- Lote(s): Relação dos lotes apresentados, sendo possível visualizar todos os lotes constantes por previsão

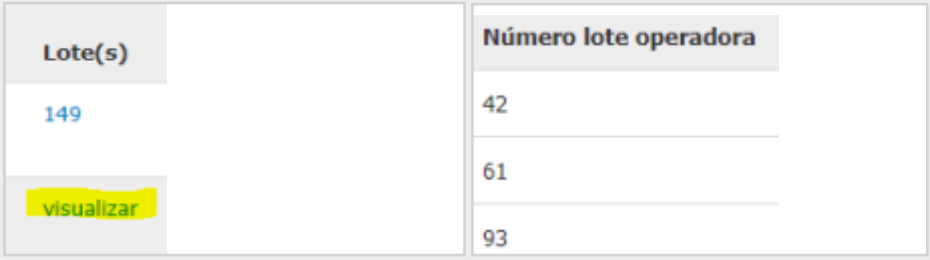


Figura 138-139

3- Referência: Descrição do nome do prestador.
4- Crédito: Valor bruto de pagamento (sem glosas e outros débitos).
5- Débito: Outros débitos (descontos, adiantamentos, etc)
6- Outr.deb./Glosas: Relação das glosas apresentadas pela cooperativa
7- Líquido: Valor final de pagamento (já com todas as deduções de glosas + impostos
8- Relatório em excel (.csv): Download dos relatórios analíticos e sintéticos em formato .csv
9- Relatório simples: Relatório em PDF apenas dos valores totais de pagamento e impostos. (excel).
10- Relatório detalhado: Relatório em PDF separado por número de guia/conta contendo os lotes e valores de pagamentos e glosas
11- Demonstrativo TISS: Relatório em PDF do demonstrativo no padrão TISS.
12- Demonstrativo de contas em XML: Relatório do demonstrativo geral no formato XML
13- Demonstrativo de pagamento em XML: Relatório do demonstrativo detalhado no formato XML
14- Anexar NFe: Tela para anexar NFe, se necessário for

Os demonstrativos emitidos estarão disponíveis por tempo indeterminado, podendo a Unimed habilitar para Download ou não, dependendo dos fluxos internos.

5. Configurações

Acessando o menu "Configurações" o prestador poderá realizar a alteração da senha de acesso, sem precisar entrar em contato com a Unimed Cascavel para redefinição:

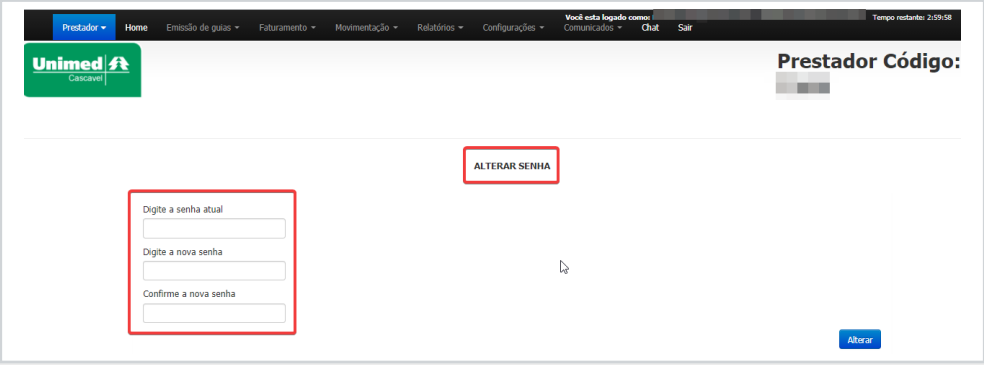


Figura 140

Em casos o prestador esquecer a senha, o mesmo poderá redefini-la através da tela de acesso ao sistema, clicando em esqueci minha senha:

Login: **http://portal.unimedcascavel.coop.br**

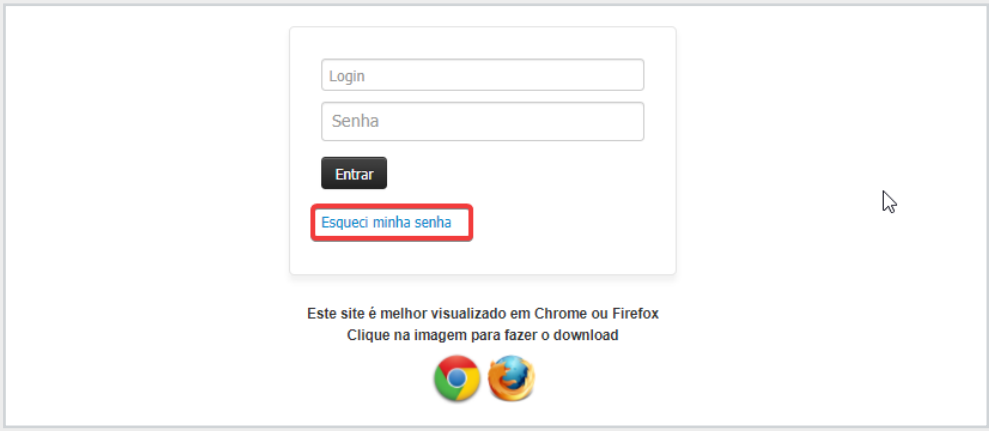


Figura 141

Em seguida será enviada uma nova senha para o e-mail para o e-mail cadastrado:

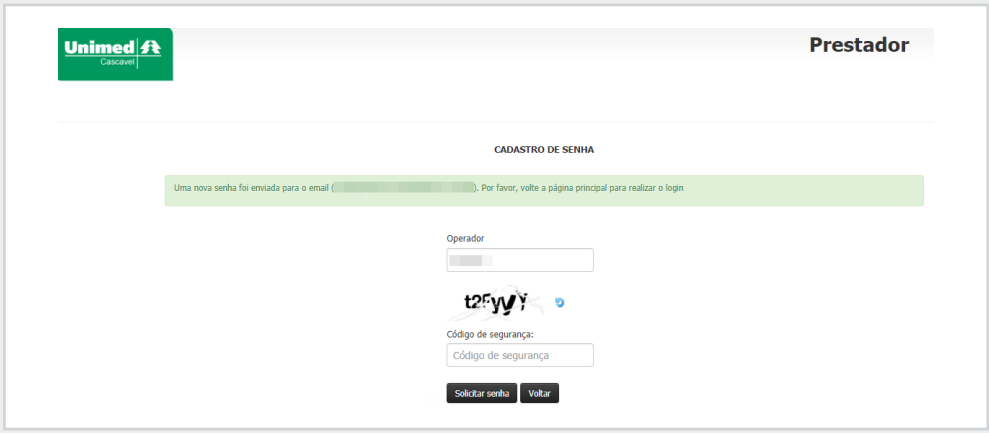


Figura 142

Posteriormente será preciso identificar o operador, digitar o código de segurança e clicar em solicitar senha, nesse momento será encaminhado uma nova senha para o e-mail cadastrado.

6. Comunicados

Na tela Comunicados, constará a relação de informativos que foram encaminhados pela Unimed ao prestador logado.

Para acessa-la clique no menu “comunicados”:

Figura 143

Ao selecionar a opção, o sistema listará a relação de comunicados disponíveis, também constará a data de envio do comunicado, o título e se a informação foi lida.

Todos os comunicados enviados, também serão sinalizados para o prestador na tela inicial do sistema.

7. Chat

Para realizar o contato com a equipe de suporte de atendimento da Unimed Cascavel é necessário clicar na opção Chat disponível no menu conforme abaixo:

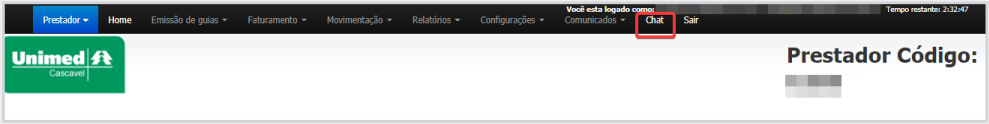


Figura 144

Em seguida, o sistema irá direcionar para uma nova aba no navegador:

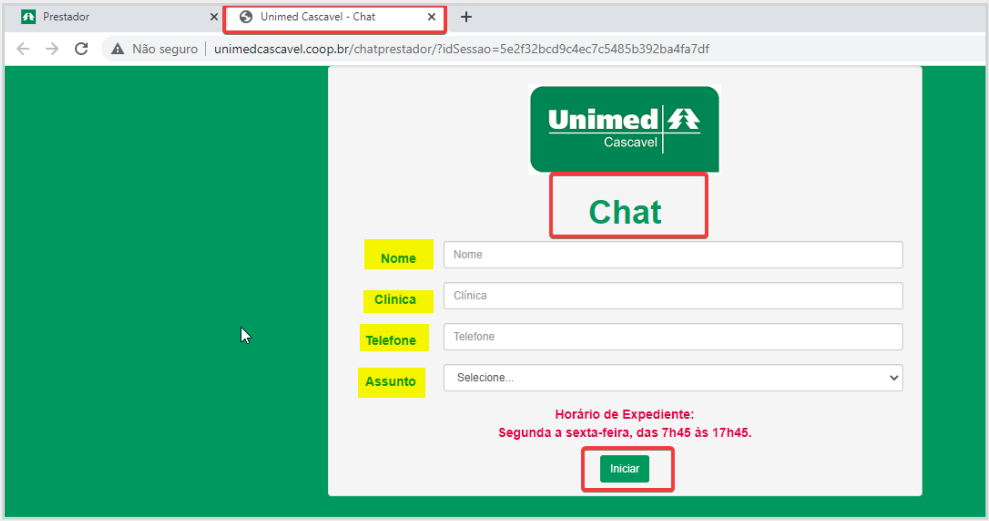


Figura 145

Para iniciar o contato, basta preencher os dados pessoais e clicar na opção "iniciar", e na sequencia descrever sua dúvida para a Unimed.

Saindo do sistema

Após a utilização do sistema, clique em “SAIR” para finalizar a sessão do seu usuário, pois se fechar direto no X do navegador, o usuário poderá continuar conectado:

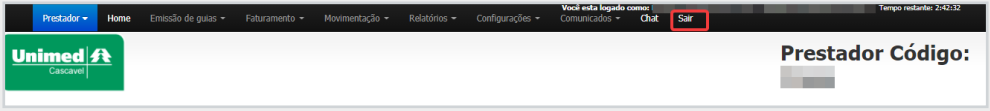


Figura 146

A visão da Unimed Cascavel é o compromisso com a vida, ética, profissionalismo e transparência, excelência no atendimento, atitude inovadora, prática permanente da intercooperação e comprometimento sustentável.

Buscando sempre a melhoria continua e a qualidade dos serviços prestados para seus prestadores e beneficiários!

Contamos com você nessa nova jornada!

Elaborado por:

Carlos Eduardo Cruz
Franciele Brito da Silva Oliveira
Loiane Lopes de Oliveira Ribeiro
Marcia dos Anjos Oliveira
Valter Aparecido Zaffari

CUIDAR DE VOCÊ. ESSE É O PLANO.

Unimed Cascavel

www.unimedcascavel.coop.br
facebook.com/UnimedCascavel

Rua Barão do Cerro Azul, 594 – Centro
85802-050 – Cascavel-PR
T. (45) 3220-7000

Outubro 2020

ANS-nº370070

CUIDAR DE VOCÊ. ESSE É O PLANO.

Unimed Cascavel

Manual HOSPITAL