

Mecanismos Assistenciais de Regulação dos Planos de Saúde geridos pela Postal Saúde

Das Autorizações Prévias, Avaliação e Porta de Entrada

Os Mecanismos Assistenciais de Regulação são meios e recursos técnicos, administrativos utilizados pela operadora, em compatibilidade com o disposto nos códigos de ética profissionais, na Lei nº 9.656 de 1998, seus regulamentos e na legislação vigente. Este é um processo de avaliação contínua que permite a identificação de não conformidades. Realizado por meio de mecanismos regulatórios e regras de negócio definidos e aprovados, implantados e operacionalizados pela Postal Saúde, exceto em consultas e casos de urgência e emergência:

- I. Avaliação Médica Prévia: Exame médico, efetuado nas Unidades Postal Saúde ou em locais por ela indicados, com a subsequente emissão da avaliação médica circunstanciada, antecedendo a realização do procedimento solicitado, com o correto enquadramento, de acordo com as normas e cobertura oferecida pelos planos de saúde geridos pela Postal Saúde;
- II. Autorização Prévia: Autorização concedida pela Postal Saúde ao prestador de serviços ou para os beneficiários, previamente à realização de procedimentos;
- III. Porta de Entrada: Estrutura de saúde própria ou indicada pela Postal Saúde, que efetuará o acolhimento do Beneficiário, com a finalidade de ser resolutivo nas necessidades apresentadas no caso, ou definir o melhor encaminhamento junto à rede prestadora de serviço para seu acolhimento.
- IV. Perícia (Auditoria) documental médica ou odontológica: é o conjunto de investigações de competência médica ou odontológica, desejável para o esclarecimento dos problemas de interesse específico da Postal Saúde que visa verificar a realidade dos fatos de natureza médica ou odontológica à luz dos elementos disponíveis.
- V. Perícia (Auditoria) Presencial médica ou odontológica: verifica a existência de fato, a comprovação do plano do tratamento o nexo de causa e efeito entre a lesão, sinais e sintomas e as consequências, oferecendo opinião e subsídios a uma conduta ou decisão administrativa.
- VI. Segunda Opinião médica ou odontológica: Consiste na avaliação técnica de questões relacionadas à saúde realizada por médicos ou cirurgiões-dentistas formalmente designados e solicitados pela operadora. Esta modalidade de

atendimento é realizada com profissionais especialistas, de modo que esta análise preserve a sua saúde e de seus beneficiários e sempre que possível, suportada por conceitos de Medicina Baseada em Evidências. Neste caso, para a comodidade do beneficiário, não é necessária sua presença na avaliação, mas caso se faça necessária a presença do beneficiário, este será informado previamente.

- VII.** Junta Médica ou Odontológica presencial ou documental: é um processo formal de avaliação de conduta proposta, médica ou odontológica, que objetiva definir a adequação desta conduta, resolução de eventual impasse e/ou de divergência técnica quanto a uma negativa em autorização prévia de procedimentos, serviços e de OPME (Órteses, Próteses, Materiais Especiais) ou ainda a avaliação de enquadramento na cobertura contratual em casos de impasse, divergência ou discordância entre a operadora e o profissional, médico ou dentista, atendente do beneficiário. Após a conclusão da análise pela junta médica tanto a Operadora o quanto o prestador de serviço deverão acatar na íntegra o decidido pela junta médica ou odontológica. Esta ação segue rigorosamente as normas da Agência Nacional de Saúde. Neste caso, para a comodidade do beneficiário, não é necessária sua presença.
- VIII.** Tabela de Procedimentos cobertos: nessa tabela é definido quais procedimentos precisam de autorização prévia e aqueles que são autorizados de imediato (após consulta da elegibilidade do beneficiário) e defini qual documentação deve ser apresentada por procedimento: Esta tabela contempla a documentação mínima para análise dos documentos necessários para realizar qualquer procedimento. Ela está disponível para os prestadores no sitio da Postal Saúde. Um dos objetivos é alertar os prestadores sobre qual a documentação deverá ser apresentada junto a abertura da senha e agiliza o processo de avaliação e liberação. A definição dos documentos necessários deverá ser seguida rigorosamente pelos prestadores de serviço e sem sua apresentação as solicitações não serão avaliadas.
- IX.** E-mail de solicitação de documentos: Esta ferramenta é fundamental caso os prestadores não atendam a exigência de documentos da Tabela de Documentação Exigida. Funciona da seguinte forma: são encaminhados vários e-mails de cobrança ao prestador, referente a cobrança de documentos faltantes. Desta forma conseguiremos informar sobre os documentos faltantes com

objetivo de facilitar e para que o procedimento seja realizado dentro do prazo definido pela ANS. O não cumprimento implicará na negativa e no fechamento da senha

- X. Avaliação Técnica de Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME), materiais e medicamentos: Será realizada avaliação de técnica tanto para as solicitações de procedimentos de OPMEs – Órteses, Próteses e Materiais Especiais quanto para materiais e medicamentos, podendo ser negados, caso não haja evidências técnicas.
- XI. Existem situações na área de saúde, em que códigos de procedimentos contemplam outros procedimentos, por isso podemos negar códigos solicitados concomitantemente, quando estes possuem finalidade idêntica.
- XII. Todas as autorizações de procedimentos seguem os critérios de regulação médica da Postal Saúde e a liberação de procedimentos da Tabela de cobertura dos planos de saúde geridos pela Postal Saúde, tanto daqueles que possuem DUT – Diretriz de Utilização Técnica, DC – Diretrizes Clínicas, DUC – Diretriz de Utilização dos CorreiosSaúde e PROUT – Protocolo de Utilização da ANS como aqueles que possuem diretrizes internas para os códigos extra rol, listados neste documento, serão negados caso não sigam os critérios estabelecidos.
- XIII. Nas situações em que ocorrem divergências entre solicitações de procedimentos e resultados de exames e laudos, o procedimento será negado.
- XIV. A Postal Saúde realiza negociações com prestadores de serviço e elaboram em conjunto “pacotes” (trata de definição de como será coberto determinado procedimentos, inclusive definindo previamente, OPMEs – Órteses, próteses e materiais especiais; taxas e serviços e outras despesas. Caso o prestador solicite a liberação de um “pacote” e também solicite um item descrito no pacote, este item será negado pois já está contemplado no referido “pacote”.
- XV. São observados critérios técnicos para liberação de procedimentos constantes na tabela de cobertura dos planos de saúde geridos pela Postal Saúde, tais quais: faixa etária, sexo, período intervalar, número de dias de internação, regime

e tipo de atendimento, incidências se procedimento é bilateral ou se é único, entre outros.

- XVI.** Todos as solicitações que não cumprirem os prazos previamente definidos e /ou o que não apresentarem o Termo de consentimento, serão negados.

- XVII.** A liberação de procedimentos da Tabela de cobertura dos planos de saúde geridos pela Postal Saúde, tanto daqueles que possuem DUT – Diretriz de Utilização Técnica da ANS e DUC – Diretriz de Utilização dos CorreiosSaúde como aqueles que possuem diretrizes internas para os códigos extra rol, listados neste documento, serão negados se não seguirem os critérios estabelecidos.

- XVIII.** Serão estabelecidos DUC – Diretriz de Utilização dos CorreiosSaúde para os procedimentos extra rol com cobertura pelo plano de saúde.

- XIX.** Serão negados procedimentos que necessitem de Termo de Consentimento e que estes não forem apresentados e/ou que não cumprirem os prazos definidos previamente.

- XX.** Encaminhamento a determinados prestadores da rede credenciada, previamente definidos pela operadora, quando indicado um tratamento ou acompanhamento específico.

- XXI.** O preenchimento dos critérios estabelecidos pelas Diretrizes de Utilização definidos pela Agência Nacional de Saúde será exigido pela Postal Saúde sem necessidade de arbitramento (junta médica/odontológica) por terceiro profissional.

- XXII.** Será necessária perícia prévia sobre os procedimentos quando:
 - I.** Houver necessidade de garantir que qualquer órgão ou estrutura anatômica não seja exposto a algum procedimento, além do que cientificamente indicado e seguro para o paciente, de acordo com os padrões médico-científicos aceitos e com a cobertura oferecida pelos planos de saúde geridos pela Postal Saúde;
 - II.** Houver a necessidade de a solicitação apresentada adequar-se à correta utilização da cobertura oferecida pelos planos de saúde geridos pela

Postal Saúde, de acordo com o quadro clínico apresentado pelo Beneficiário; e

- III. Houver a necessidade de avaliar a finalidade reparadora do procedimento em relação à cobertura oferecida pelos planos de saúde geridos pela Postal Saúde.

XXI - Os serviços diagnósticos, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais podem ser solicitados pelo médico assistente ou cirurgião-dentista ou dos demais profissionais de saúde, nos termos da regulamentação em vigor.

XXII - Nos casos de internação eletiva será exigido, para a respectiva autorização prévia, relatório assinado pelo médico assistente, no qual constem: o diagnóstico indicado, o tratamento proposto, a justificativa e a duração provável da internação e o respectivo enquadramento na cobertura dos planos de saúde geridos pela Postal Saúde. Tais documentos, estão definidos na Tabela de Cobertura disponibilizada no site da Postal Saúde, deverão ser encaminhados pelo prestador de serviços.

- a) A autorização mencionada neste artigo cobrirá o tempo de permanência inicialmente autorizado, sendo exigida outra autorização em caso de prorrogação, cujo pedido deverá ser acompanhado de relatório assinado pelo médico assistente, em que constem as razões técnicas que justifiquem o novo período solicitado.

XXIII - Em caso de divergência médica na concessão da autorização prévia, poderá ser utilizado perícia (auditoria) documental, perícia (auditoria) presencial, segunda opinião ou junta médica ou odontológica. Nos casos de instauração de junta médica, o Beneficiário será informado pela POSTAL SAÚDE. A composição da junta é definida pela ANS, cuja remuneração ficará a cargo da POSTAL SAÚDE.

XXIV - Nos casos de comprovada urgência ou emergência médica, o Beneficiário poderá ser atendido sem a respectiva autorização. Nesses casos, o prestador apenas comprovará a elegibilidade, devendo a documentação, nestes casos, ser apresentada a posteriori, no prazo de 48 (quarenta e oito) horas para a competente autorização. Não haverá nenhum tipo de regulação assistencial nestes tipos de atendimentos.

XXV - Para a realização de tratamento odontológico, poderá ser solicitado ao Beneficiário a realização de perícia. Essa será realizada por profissional credenciado, junto à POSTAL SAÚDE, no início e/ou no fim do tratamento.

XXVII - É vedado ao perito auditor credenciado, ou aqueles que atuam na Unidade de Atendimento da POSTAL SAÚDE, realizar perícias/auditorias próprias ou de parentes ou de colegas da mesma clínica/consultório onde trabalha.

XXVIII - Não serão cobertas pelo Plano as despesas decorrentes de tratamento médicos ou de serviços assistenciais que não cumprirem os mecanismos assistenciais de regulação definidos neste Regulamento.

XXIX - Será necessária perícia prévia sobre os procedimentos quando:

- a) Houver necessidade de garantir que qualquer órgão ou estrutura anatômica não seja exposto a algum procedimento, além do que cientificamente indicado e seguro para o paciente, de acordo com os padrões médico-científicos aceitos e com a cobertura oferecida pelos planos de saúde geridos pela Postal Saúde;
- b) Houver a necessidade de a solicitação apresentada adequar-se à correta utilização da cobertura oferecida pelos planos de saúde geridos pela Postal Saúde planos de saúde geridos pela Postal Saúde, de acordo com o quadro clínico apresentado pelo Beneficiário; e
- c) Houver a necessidade de avaliar a finalidade reparadora do procedimento em relação à cobertura oferecida pelos planos de saúde geridos pela Postal Saúde.

Parágrafo 1º - Os procedimentos realizados em situação de urgência ou de emergência não necessitam de autorização prévia.

Parágrafo 2º - Os serviços diagnósticos, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais podem ser solicitados pelo médico assistente ou cirurgião-dentista, nos termos da regulamentação em vigor.

XXX - Nos casos de internação eletiva será exigido, para a respectiva autorização prévia, relatório assinado pelo médico assistente, no qual constem: o diagnóstico indicado, o tratamento proposto, a justificativa e a duração provável da internação e o respectivo enquadramento na cobertura dos planos de saúde geridos pela Postal Saúde. Tais documentos, estão definidos na Tabela de Cobertura disponibilizada no site da Postal Saúde, deverão ser encaminhados pelo prestador de serviços.

Parágrafo único - A autorização mencionada neste artigo cobrirá o tempo de permanência inicialmente autorizado, sendo exigida outra autorização em caso de prorrogação, cujo pedido deverá ser acompanhado de relatório assinado pelo

médico assistente, em que constem as razões técnicas que justifiquem o novo período solicitado.

XXXI - Em caso de divergência médica na concessão da autorização prévia, poderá ser utilizado perícia documental, perícia presencial, segunda opinião ou junta médica ou odontológica. Nos casos de instauração de junta médica, o Beneficiário deverá ser informado pela Postal Saúde. A composição da junta é definida pela ANS, cuja remuneração ficará a cargo da Postal Saúde.

XXXII - Nos casos de comprovada urgência ou emergência médica, o Beneficiário poderá ser atendido sem a respectiva autorização. Nesses casos, o prestador apenas comprovará a elegibilidade, devendo a documentação, nestes casos, ser apresentada a *posteriori*, no prazo de 48 (quarenta e oito) horas para a competente autorização.

XXXIII - Para a realização de tratamento odontológico, poderá ser solicitado ao Beneficiário a realização de perícia. Essa será realizada por profissional credenciado, junto à Postal Saúde, no início e/ou no fim do tratamento.

Parágrafo único – Não serão cobertas pelo Plano as despesas decorrentes de tratamento odontológico realizados sem perícias inicial e/ou final, quando solicitados ou indicados pela Postal Saúde.

XXXIV - É vedado ao perito auditor credenciado, ou aqueles que atuam na Unidade de Atendimento da Postal Saúde, realizar perícias/auditorias próprias ou de parentes ou de colegas da mesma clínica/consultório onde trabalha

XXXV – Não serão cobertas pelo Plano as despesas decorrentes de tratamento médicos ou de serviços assistenciais que não cumprirem os mecanismos assistenciais de regulação definidos neste regulamento.