

ANEXO VII

MANUAL DE ORIENTAÇÃO AO CREDENCIADO - HOME CARE

EDITAL DE CHAMAMENTO PARA CREDENCIAMENTO Nº 01/2019 – IPREF

MANUAL DE ORIENTAÇÃO AO CREDENCIADO – HOME CARE - IPREF-SAÚDE

Sumário

MANUAL DE ORIENTAÇÃO AO CREDENCIADO – HOME CARE - IPREF-SAÚDE	1
1. APRESENTAÇÃO	2
2. CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO (CIB)	2
3. CREDENCIAMENTO	3
4. PLANOS DE SAÚDE	3
5. SERVIÇOS ABRANGIDOS	3
6. CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE DO PACIENTE	3
6.1. São elegíveis	3
6.2. São Inelegíveis	3
7. INTERNAÇÃO DOMICILIAR	4
7.1. Indicação	4
7.2. Admissão/Aprovação da Internação Domiciliar	4
7.3. Modalidades de Internação Domiciliar	4
7.4. Tempo de Internação	4
7.5. Descrição do Fluxo de Atendimento em Home Care	5
7.5.1. Apresentação do Orçamento Inicial	5
7.5.2. Apresentação de Orçamento Prorrogativo	5
7.5.3. Aditivos	6
8. DA OXIGENOTERAPIA (inclusos nos pacotes de internação Domiciliar)	6
9. DOS MEDICAMENTOS	6
10. DOS EQUIPAMENTOS E MATERIAIS (inclusos nos pacotes de internação Domiciliar)	6
11. RE-INTERNAÇÃO HOSPITALAR	6
12. TÉRMINO DA PRESTAÇÃO DA INTERNAÇÃO DOMICILIAR	7
13. ORIENTAÇÃO PARA ATENDIMENTO	7
14. REMUNERAÇÃO DOS PACOTES DE PROCEDIMENTOS, DEMAIS SERVIÇOS, MEDICAMENTOS E MATERIAIS	7
15. AUTORIZAÇÃO	7
16. GLOSSAS E RECURSOS	8
17. LIMITE PARA APRESENTAÇÃO DAS GUIAS	8
18. MEDICAMENTOS QUE PRECISAM DE AUTORIZAÇÃO PRÉVIA	8
19. QUIMIOTERAPIA	9
20. FATURAMENTO	9
20.1 Documentação de envio de faturamento / Cronograma de Pagamento	9
21. FORMULÁRIOS	10
22. DESCREDENCIAMENTO	10
23. EXCLUSÕES DE COBERTURAS	11

1. APRESENTAÇÃO

O IPREF (Instituto de Previdência dos Funcionários Públicos Municipais de Guarulhos) foi criado em 1983. É uma Autarquia Municipal, com autonomia administrativa, financeira e patrimonial. Todos os servidores públicos municipais titulares de cargos efetivos, ativos e inativos, dos poderes Executivos, são obrigatoriamente beneficiários no Instituto.

O IPREF é o Órgão Gestor Único de Previdência do município e centraliza os benefícios previdenciários.

O Instituto também é responsável pela Gestão da Assistência à Saúde destes servidores. Este manual de orientação tem como finalidade subsidiar a rede credenciada, padronizar e apresentar as informações sobre o atendimento, planos, formulário e a operacionalização do IPREF-SAÚDE.

Mantenha o Manual de Orientação sempre em mãos, pois serão encontradas as orientações e instruções necessárias para o ajustamento dos procedimentos a serem adotados, a fim de evitarmos transtornos de ordem operacional.

Salientamos que os benefícios e coberturas do plano IPREF-SAÚDE foram alterados, bem como as regras operacionais de validação de elegibilidade do Beneficiário, autorização e regulação prévia de procedimentos, envio de contas assistenciais e faturamento passam a seguir novos padrões. Qualquer informação poderá ser obtida diretamente na Central de Atendimento ao Credenciado (11) 2461-6363, das 8h às 16:30h, de segunda a sexta-feira.

Para todos os fins e direitos, novos credenciamentos serão efetivados pelo IPREF mediante novo padrão de contrato. Este Manual de Orientação ao Credenciado demonstra detalhadamente as regras que devem reger a prestação de serviços e o atendimento ao Beneficiário.

Este manual ficará disponível no Portal do IPREF-SAÚDE na página <http://www.iprefguarulhos.sp.gov.br> e será atualizado periodicamente, de acordo com a necessidade.

É imprescindível manter os dados cadastrais (endereço, e-mail, telefone, serviços, banco, etc.) sempre atualizados. Deste modo, quaisquer alterações deverão ser encaminhadas ao setor de Credenciamento do IPREF através de e-mail ou correspondência.

Contamos com seu profissionalismo e dedicação e colocamo-nos à disposição para informações no telefone (11) 2461-6363.

2. CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO (CIB)

A identificação do Beneficiário do IPREF SAÚDE e sua elegibilidade ao atendimento são determinadas sempre pela apresentação do Cartão de Identificação do Beneficiário (CIB), acompanhado de um documento de identificação com foto. No caso de criança sem documento com foto, o Credenciado deve solicitar a apresentação da Certidão de Nascimento, observando-se sempre a data de validade do cartão.

Não serão pagos os procedimentos realizados fora do período de validade descrito no Cartão de identificação do Beneficiário do IPREF-SAÚDE.

O Cartão de Identificação do Beneficiário apresenta os dados preliminares necessários para a verificação da modalidade de plano permitida, vigência, padrão de acomodação, bem como as informações necessárias para o preenchimento dos formulários de cobrança pelo Credenciado, conforme campos constantes a seguir:

- ✓ N° da Inscrição do Beneficiário
- ✓ Nome do Beneficiário
- ✓ Plano
- ✓ Data de validade
- ✓ Acomodação
- ✓ Data de nascimento
- ✓ Central de atendimento (11) 2461-6363, das 8h às 16:30h, de segunda a sexta-feira

3. CREDENCIAMENTO

Efetuada a contratação ou credenciamento, o Credenciado será cadastrado no IPREF SAÚDE e seu LOGIN e SENHA para acesso ao PORTAL WEB-IPREF-SAÚDE (<http://novowebplanipref.facilinformatica.com.br/GuiasTISS/Logon>) será disponibilizado quando da assinatura do contrato de prestação de serviços.

4. PLANOS DE SAÚDE

Classificada na modalidade de autogestão, o IPREF administra, sem finalidade lucrativa, a assistência médico-hospitalar dos servidores estatutários ativos, inativos, pensionistas e seus dependentes, vinculados a Prefeitura Municipal de Guarulhos, Serviço Autônomo de Água e Esgoto - SAAE, Câmara Municipal de Guarulhos, e Instituto de Previdência dos Funcionários Públicos Municipais de Guarulhos - IPREF.

5. SERVIÇOS ABRANGIDOS

As empresas prestadoras do serviço de home care devem seguir as normatizes da RDC nº11 de 2006 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, que dispõe sobre o regulamento técnico de funcionamento de serviços que prestam **internação domiciliar**.

6. CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE DO PACIENTE

6.1. São elegíveis

- ✓ Os usuários dos planos do IPREF, com indicação médica hospitalar, e de comum acordo com auditoria médica do IPREF-Saúde, que preencham os requisitos definidos por protocolos clínicos reconhecidos, tais como ABEMID e/ou NEAD;
- ✓ Paciente com necessidades de receber ou completar esquema de medicação/antibiótico EV;
- ✓ Paciente com realização de curativos complexos;
- ✓ Indicação de cuidador familiar, com treinamento frente às novas condições do paciente, limitações e necessidades clínicas, com disponibilidade 24 horas por dia;

6.2. São Inelegíveis

- ✓ Os pacientes que necessitem de manutenção de cuidados básicos (banho, oferta de medicação oral ou por sonda, mudança de decúbito, auxílio nas atividades de vida diária ou vigilância), casos em que se indica cuidador a ser providenciado pela família.
- ✓ Os pacientes com senilidade avançada, limitações de AVDs, incapacidades e/ou disfunções por si só, bem como não são fatores de elegibilidade critérios socioeconômicos.

7. INTERNAÇÃO DOMICILIAR

7.1. Indicação

A indicação de um paciente para a internação domiciliar começa quando, após estabilização do quadro clínico do paciente e com tempo prolongado de internação hospitalar, é solicitado pelo médico assistente e avaliado pelo médico auditor do IPREF, que irão definir se existe condição clínica para efetuar a internação domiciliar, desde que seja com consentimento do paciente/família.

7.2. Admissão/Aprovação da Internação Domiciliar

Para instalação da Internação Domiciliar são necessárias as seguintes aprovações:

- a) Do médico auditor do IPREF-Saúde: uma vez preenchidos os critérios de elegibilidade e aplicabilidade da assistência, definindo o plano terapêutico, conforme o resultado das tabelas ABEMID e/ou NEAD que aprovará o orçamento da empresa de Home Care que for mais viável em preço e que atender às necessidades do paciente;
- b) Do Médico Assistente: concordando com o plano terapêutico;
- c) Do paciente/família ou responsável legal: concordando com o plano terapêutico;
- d) Presença de um cuidador hábil, disponível 24 horas por dia;
- e) Residência compatível para Internação domiciliar: suprimento de água potável, energia elétrica, meio de comunicação de fácil acesso, e ambiente com janela, específico para o paciente;
- f) Facilidade de acesso ao domicílio para veículos e ambulância;
- g) É obrigatória a assinatura e concordância, por parte dos responsáveis pelo paciente, de um “Termo de Responsabilidade” para a Internação Domiciliar.

7.3. Modalidades de Internação Domiciliar

- a) ID - Alta Complexidade - utiliza-se de tecnologia hospitalar compatível com o ambiente domiciliar, exceto os níveis de intervenção que caracterizem procedimentos inerentes ao âmbito hospitalar. (24 horas de enfermagem);
- b) ID - Média Complexidade - paciente com quadro clínico que não necessite de ventilação mecânica invasiva e não invasiva, monitorização contínua, assistência de enfermagem intensiva, aplicação contínua ou complexa de medicamentos. (12 horas de enfermagem).
- c) ID – Baixa Complexidade – paciente necessita de cuidados médicos e de enfermagem por conta de demandas de enfermagem, requerendo a permanência de profissionais por pelo menos seis horas diárias na casa do paciente.

7.4. Tempo de Internação

A internação domiciliar tem validade de 30 dias, podendo ser renovada mensalmente por prorrogações orçamentárias, conforme a evolução do paciente, através de relatórios de evolução clínica, enviados pela equipe de Home Care.

7.5. Descrição do Fluxo de Atendimento em Home Care

7.5.1. Apresentação do Orçamento Inicial

Após receber a solicitação de internação domiciliar efetuada pelo médico assistente, o Ipref solicitará, através de e-mail, os orçamentos para as empresas de home care credenciadas, que deverão apresentar, juntamente com a tabela de classificação ABEMID e/ou NEAD em no máximo dois dias úteis.

O IPREF informará o credenciado cujo orçamento foi aprovado e emitirá a guia inicial de internação para que o credenciado faça a implantação do home-care.

A proposta terapêutica e orçamentária deve ser encaminhada, através de e-mail, com o custo diário e mensal, com os seguintes dados:

- a) Dados do paciente; - nome completo - número da matrícula - data de nascimento - sexo - endereço com ponto de referência - telefone fixo e móvel;
- b) Nome do responsável e cuidador;
- c) Nome do médico assistente com CRM;
- d) Diagnóstico;
- e) Hospital de origem;
- f) Avaliação de condições de moradia do paciente;
- g) Data de admissão no home care;
- h) Evolução Clínica;
- i) Plano de Internação Domiciliar; - recursos profissionais envolvidos e protocolo de visitas; recursos materiais e medicamentos envolvidos; recursos de equipamentos envolvidos;
- j) Tempo previsto para tratamento;
- k) Estimativa de custos e orçamento para o tratamento proposto.

Os profissionais das empresas de home care se responsabilizam em passar as orientações e os treinamentos necessários ao cuidador.

7.5.2. Apresentação de Orçamento Prorrogativo

As empresas prestadoras dos serviços de Internação domiciliar deverão solicitar a guia de internação/prorrogação para o mês subsequente, entre os dias 20 a 30 do mês anterior através do portal Web-Ipref, contendo evolução clínica e demais relatórios pertinentes.

Essas solicitações serão analisadas pela auditoria e estarão disponíveis no Portal Web até o terceiro dia útil do mês de atendimento.

7.5.3. Aditivos

Ocasionalmente, há necessidade por imperativo clínico, da utilização de medicamentos de uso restrito hospitalar, além daqueles previstos em orçamento, sendo a liberação ou prorrogação dos mesmos autorizadas mediante apresentação dos relatórios pertinentes à solicitação.

8. DA OXIGENOTERAPIA (inclusos nos pacotes de Internação Domiciliar)

A cobertura do benefício limita-se a paciente exclusivamente em internação domiciliar, prescrito por médico assistente, estabelecido previamente nas tabelas ABEMID e/ou NEAD, com aprovação da Perícia Médica do Ipref.

A carga e recarga de oxigênio deverá ser consignada em prontuário para fins de auditoria.

Caberá ao beneficiário a responsabilidade sobre todas as despesas com o funcionamento do equipamento, tais como o fornecimento de energia elétrica e sua manutenção (troca de cateteres, umidificador, dentre outros).

O credenciado compromete-se a comunicar de imediato ao IPREF-Saúde, a cessação da necessidade do uso de equipamento pelo beneficiário, por qualquer motivo, para que seja providenciado o cancelamento do aluguel.

9. DOS MEDICAMENTOS

O fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar não está contemplado dentre as coberturas obrigatórias da ANS art.10, inciso VI, com exceção dos antineoplásicos orais e para controle dos efeitos colaterais e adversos dos medicamentos neoplásicos.

Serão fornecidas medicações genéricas apenas de âmbito restrito hospitalar, utilizados durante internação domiciliar em substituição à internação hospitalar, obedecidas as exigências previstas nos normativos vigentes da Anvisa e nas alíneas “d” e “g”, do inciso II, do artigo 12, da Lei n.9.656, de 1998 e art.14, da RN n.428, de 2017.

Para solicitação de Medicamentos Genéricos Restritos Hospitalares, será necessário a formalização da solicitação. Deverão ser enviados para análise prévia os laudos de exames que comprovem a pertinência técnica para uso dos medicamentos e prescrição médica com justificativa. Deverão ser solicitados com os respectivos códigos Brasíndice e TUSS.

10. DOS EQUIPAMENTOS E MATERIAIS (inclusos nos pacotes de internação Domiciliar)

A cobertura do benefício limita-se a paciente exclusivamente em internação domiciliar, prescrito por médico assistente, estabelecido previamente nas tabelas ABEMID e/ou NEAD, com aprovação da Perícia Médica do IPREF.

Os familiares do beneficiário se responsabilizam por providenciar todos os demais materiais necessários para que a equipe de home care possa realizar seus atendimentos ao paciente, com as devidas condições de higiene do paciente e do local em que se encontra.

11. RE-INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Todas as transferências de pacientes que necessitem de internação hospitalar por piora do quadro clínico devem ser comunicadas imediatamente ao IPREF-Saúde através de telefone 11-2461-6363 na Central do Prestador.

12. TÉRMINO DA PRESTAÇÃO DA INTERNAÇÃO DOMICILIAR

A internação Domiciliar termina através da Alta Domiciliar. O motivo desta alta pode ser:

- ✓ Alta por melhora;
- ✓ Beneficiário se descredenciar do Ipref-Saúde;
- ✓ Quando não ocorrer colaboração da família, ou seja, caso a família não acate a conduta da equipe ou interfira na prescrição médica;
- ✓ Quando não houver mais cuidador corresponsável pelo tratamento do paciente;
- ✓ Quando o paciente mudar seu domicílio (para outra cidade) sem a prévia comunicação a empresa responsável (terceirizada);
- ✓ Reinternamento: quando o paciente necessitar se internar em hospital será automaticamente desligado do programa e para nova readmissão no serviço necessitará de nova indicação/aprovação médica, com novas cotações;
- ✓ Óbito.

Em todo caso a empresa prestadora de home care deve notificar o IPREF-Saúde quanto à ocorrência da alta, encaminhando um “Relatório de Alta” através da Central de Atendimento ao Prestador.

13. ORIENTAÇÃO PARA ATENDIMENTO

Para atendimento, os beneficiários deverão apresentar obrigatoriamente os seguintes documentos:

- ✓ Cartão de Identificação do IPREF-SAÚDE; e
- ✓ Carteira de Identidade (RG) ou documento com foto.

Para a própria segurança do credenciado, ao efetuar atendimento a um beneficiário, deverão ser observados:

- ✓ Data de validade do cartão de identificação;
- ✓ Nome do beneficiário no cartão;
- ✓ Plano que está autorizado para atender;
- ✓ Carências.

14. REMUNERAÇÃO DOS PACOTES DE PROCEDIMENTOS, DEMAIS SERVIÇOS, MEDICAMENTOS E MATERIAIS

Os valores serão praticados conforme estabelecido no ANEXO II - TABELA DE PREÇOS PRATICADOS do presente edital.

Os Materiais utilizados serão cobrados com base nos preços estabelecidos na Tabela SIMPRO (com deflator de 20%); os Medicamentos com base na Tabela BRASÍNDICE (Medicamentos Comuns – Preço Máximo ao Consumidor (PMC) com 20% de deflator e Medicamentos Restritos Hospitalares – Preço de Fábrica (PF) + 20%); Medicamentos não constantes na BRASÍNDICE - Valor de Nota Fiscal + 15%; dieta industrializada (Enteral/Parenteral) com base nas Tabelas Brasíndice/SIMPRO com 70% de deflator.

15. AUTORIZAÇÃO

Como já descrito, para qualquer atendimento, o Beneficiário deve sempre apresentar o Cartão de Identificação e documento de identidade com foto.

Todos os procedimentos, devem ser solicitados através do autorizador eletrônico IPREF SAÚDE: <http://novowebplanipref.facilinformatica.com.br/GuiasTISS/Logon>, onde será realizada a elegibilidade do Beneficiário e do procedimento a ser realizado, conforme serviços contratados. Dúvidas sobre o site, senha e acessos contatem a Central de Atendimento ao Prestador pelo telefone: (11) 2461-6363 no horário comercial.

O Credenciado estará autorizado a realizar o procedimento somente após autorização emitida no Portal Web-Ipref.

Ao final de cada guia existe campo específico para assinatura do Beneficiário ou responsável, que deve ser preenchido para o encaminhamento do faturamento físico ao IPREF.

O preenchimento do campo com o código da CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE DOENÇAS (CID 10) é obrigatório em todas as guias. O preenchimento do CRM do médico atendente, bem como a assinatura do profissional e carimbo é obrigatório tanto nas guias como em pedidos médicos e/ou laudos.

Os procedimentos realizados sem a devida autorização prévia, não serão custeados pelo IPREF, ficando o credenciado com o ônus de toda a despesa desses procedimentos.

A critério do IPREF, para qualquer procedimento, poderão ser solicitadas perícias prévias, laudos detalhados ou documentação fotográfica.

16. GLOSSAS E RECURSOS

O extrato de glosas estará disponível eletronicamente no site na área destinada ao credenciado.

O Recurso de glosa deverá ser encaminhado ao IPREF, através do Portal Web-Ipref, em até 30 dias após o pagamento da fatura, o qual será avaliado pelo IPREF no prazo máximo de 30 (trinta) dias.

Após efetuada a análise do recurso de glosa, o valor será disponibilizado no portal Web-Ipref para a emissão da Nota Fiscal que deverá ser anexada ao recurso de glosa liberado.

17. LIMITE PARA APRESENTAÇÃO DAS GUIAS

As guias dos atendimentos realizados deverão ser entregues para cobrança em até 60 (sessenta) dias a contar da data em que o beneficiário foi atendido. Entregas efetuadas após esse prazo estarão passíveis de glosas e aplicação da legislação em vigor.

18. MEDICAMENTOS QUE PRECISAM DE AUTORIZAÇÃO PRÉVIA

Os medicamentos considerados “especiais” e de alto custo, para uso no transcorrer de uma internação, quando cobertos, necessitam de autorização prévia.

Para solicitação de Medicamentos Especiais será necessária a formalização da solicitação. Deverão ser enviados para análise prévia os laudos de exames que comprovem a pertinência técnica para uso dos medicamentos e prescrição médica com justificativa. Vale ressaltar que, uma vez autorizados pela Auditoria, caberá ainda a auditoria externa para validação de uso, mediante as evidências apresentadas em contas médicas e prontuário.

Os medicamentos em gotas/ líquidos orais serão pagos por mililitro mediante prescrição médica assinada, carimbada e checada pela enfermagem.

Os anestésicos em frasco-ampola serão pagos por mililitro conforme registro médico em Relatório Anestésico.

Os medicamentos apresentados em frasco ampola serão pagos conforme prescrição médica. Levar em consideração a estabilidade do medicamento conforme indicação do fabricante.

Medicamentos em ampolas serão pagos integralmente;

19. QUIMIOTERAPIA

Para a realização de quimioterapia é obrigatório anexar à solicitação de autorização, o relatório médico detalhado da patologia em questão, estadiamento clínico, tratamentos anteriores, associação com cirurgia e/ou radioterapia, descrição da idade, peso e altura do paciente, além do programa terapêutico proposto.

20. FATURAMENTO

Caberá ao Prestador enviar toda a documentação comprobatória para análise da pertinência de procedimentos que se fizerem necessários à avaliação pela Auditoria Médica, tais como: laudos de exames, relatórios e solicitações médicas, imagens radiológicas (quando necessário) e plano de tratamento com a proposta terapêutica completa.

Quando da existência de divergências médicas por ausência de maior comprovação científica, caberá ao Credenciado, quando solicitado, enviar literatura técnica-científica evidenciando a eficácia técnica e dos produtos a serem utilizados, a fim de permitir maior análise e discussão em torno do que está sendo solicitado. E ainda, poderemos propor a realização de perícia presencial, segunda opinião e possível junta médica, observando as normas vigentes.

O IPREF, conforme legislação vigente, poderá manter negativas de procedimentos que não constem do Rol de cobertura mínima, dos experimentais, dos materiais/medicamentos sem reconhecimento da ANVISA, medicamentos off label e aqueles procedimentos que possuam Diretrizes de Utilização (DUT) onde os critérios não sejam atendidos integralmente, bem como, diante de divergências médicas onde não seja possível verificar a indicação precisa, após análise de toda documentação pertinente, de avaliação de 2ª opinião e ainda por Junta Médica.

As auditorias in loco são previamente agendadas entre o credenciado e a auditoria apresentada pelo IPREF.

Para auditoria de contas in loco é imprescindível a apresentação das autorizações efetuadas pelo IPREF, bem como prontuário completo do beneficiário e demais documentos que comprovem a realização dos procedimentos cobrados pelo Credenciado.

Após a finalização do trabalho de auditoria, para cada conta médica deverá ser preenchido o formulário (capeante) com as informações das glosas apontadas pela auditoria, com a liberação do valor a ser pago e devidas assinaturas pertinentes, bem como a conta limpa.

O credenciado deverá enviar corretamente o faturamento de suas contas tanto físicas quanto eletrônicas.

20.1 Documentação de envio de faturamento / Cronograma de Pagamento

O credenciado deverá enviar o faturamento eletrônico/físico (com capeante) bem como anexar a Nota fiscal no Portal Web-Ipref, conforme Cronograma de entrega de faturamento e pagamento disponível na área restrita do Prestador, que poderá ser acessado através do site www.iprefguarulhos.sp.gov.br.

O credenciado deverá enviar:

- ✓ Uma via das guias correspondentes aos serviços prestados no período.
- ✓ Documentação complementar cabível (relatório médico, fatura hospitalar completa, detalhamento de materiais e medicamentos).
- ✓ O faturamento em lotes de no máximo 100 guias, em ordem alfabética e com a relação dos beneficiários atendidos, totalizando as guias individualmente com somatória final.

Para o cálculo dos valores dos serviços médicos executados, o Credenciado deve considerar os valores-base negociados e descritos na tabela contratada junto ao IPREF, na data da prestação dos serviços.

Só serão aceitas para processamento e pagamento aquelas faturas de serviços e/ou internações concluídas ou atendidas em até 60 dias da data do atendimento ou alta.

Como possibilidade prevista na TISS, todos os procedimentos e itens de cobrança envolvendo os pacotes contratados, os materiais e medicamentos, devem ser discriminados individualmente na interface eletrônica, utilizando-se as codificações e descrições previstas nos contratos estabelecidos e, notadamente no caso de materiais e medicamentos, as descrições das tabelas comerciais SIMPRO e BRASÍNDICE.

As notas fiscais eletrônicas deverão ser emitidas e anexadas na área restrita do prestador no Portal Web-Ipref, conforme Cronograma de entrega de faturamento e pagamento disponível no Portal do Prestador.

21. FORMULÁRIOS

Todas as guias estão disponíveis para download e impressão direta pelo próprio credenciado através do portal do IPREF: <http://www.iprefguarulhos.sp.gov.br>;

Conforme regulamentação específica da ANS, as guias em papel padrão TISS guardam semelhança com os respectivos formulários eletrônicos, enquanto conteúdo e obrigatoriedade de preenchimento de seus campos.

22. DESCRENCIAMENTO

O descredenciamento ocorrerá por solicitação escrita do prestador de serviço, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, não havendo direito à indenização de qualquer natureza, ressalvando o direito do Credenciado em receber pelos serviços efetivamente prestados até a data da rescisão.

Poderá ocorrer o descredenciamento, por justo motivo, nas seguintes situações:

- ✓ Paralisação dos serviços sem justa causa e prévia comunicação;
- ✓ Infração comprovada às normas sanitárias em vigor;
- ✓ Alteração do contrato social que prejudique a execução do objeto contratual;
- ✓ Liquidação extrajudicial, decretação de concordata ou falência;

- ✓ Fraude ou dolo praticado e devidamente comprovado: Impedimento, obstrução ou embaraço para fins de realização de qualquer exame ou diligência necessária ao resguardo dos direitos das partes;
- ✓ Não cumprimento de qualquer cláusula do contrato;
- ✓ Alteração da finalidade inicial para a qual se credenciou junto ao IPREF SAÚDE
- ✓ Reincidência, após ser notificado pelo IPREF SAÚDE, na execução de serviços para o qual não esteja autorizado e credenciado para executar;
- ✓ Cassação do registro pelo Conselho Regional;

Oficializado o descredenciamento, a entidade fica impedida de realizar novas cobranças referentes aos atendimentos a partir da data da oficialização, devendo apresentar, imediatamente, a relação daqueles que estiverem em tratamento;

- ✓ Cobrança de quantias suplementares aos beneficiários, a título de diferença de honorários quanto não autorizado pelo IPREF SAÚDE.

NOTA:

No prazo de 30 (trinta) dias, contados a partir da data do recebimento da comunicação de descredenciamento, devem ser concluídos os tratamentos até então iniciados, bem como apresentação de contas.

No caso de paciente cujo tratamento ultrapasse os 30 (trinta) dias, quando do encerramento da fatura, o credenciado deverá fornecer o histórico clínico com a situação atual do paciente e previsão de conclusão do tratamento.

23. EXCLUSÕES DE COBERTURAS

Nos termos da legislação vigente, respeitadas as coberturas mínimas obrigatórias previstas no art. 12 da Lei nº 9.656/1998 e no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editados pela ANS, vigente à época do evento, estão excluídos das coberturas obrigatórias deste plano de saúde, os seguintes procedimentos:

- I- Fornecimento de medicamentos e/ou materiais nacionais ou importados ou não nacionalizados, sem registro vigente na Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, ou que não possuem as indicações descritas na respectiva bula/manual registrado na ANVISA (uso off-label) assim como os medicamentos prescritos durante a internação hospitalar cuja eficácia e/ou efetividade tenham sido reprovadas pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde - CONITEC;
- II- Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- III- Quaisquer despesas e afins quando solicitadas/utilizadas por iniciativa do Beneficiário/paciente ou seu responsável não previstas/relacionadas ao evento coberto e/ou não prescritas pelo médico;
- IV- Produtos descartáveis e de uso pessoal tais como fraldas, absorventes higiênicos, lâminas de barbear, cotonetes, enxaguantes bucais (tipo Cepacol), cremes hidratantes e de proteção da pele como dersani e saniskin, dentre outros produtos;
- V- Despesas decorrentes de cataclismos, guerra, epidemias e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- VI- Colchões ortopédicos ou magnetizados ou similares;
- VII- Transporte ou deslocamento do Beneficiário da residência ou do local não caracterizado como estabelecimento de saúde para um serviço de saúde credenciado ou não (clínica/laboratório/médicos/terapeutas).