



ANS nº 345695

MANUAL DE INSTRUÇÕES PARA CLÍNICAS DE VACINAÇÃO CREDENCIADAS

DOS SISTEMAS ASSISTENCIAIS
DE SAÚDE PRÓPRIOS DA VALE



ANS nº 331988

1. APRESENTAÇÃO

O presente Manual visa orientar, estabelecer critérios operacionais e informar os normativos aos credenciados para atendimento ao Benefício Vacinas dos empregados e dependentes da **VALE**.

Informações adicionais poderão ser obtidas diretamente junto à sua Central de Atendimento ao Credenciado, exclusiva para a Vale/PASA, ou ainda diretamente junto aos escritórios da **PASA**, com contatos disponíveis no site planopasa.com.br.

CENTRAL DE ATENDIMENTO AO PRESTADOR:

DISQUE 4004-0183 Capitais / Disque 0800 722 0183 - Demais

A **PASA – Plano de Assistência à Saúde do Aposentado da Vale** é uma operadora de autogestão com diferentes programas de assistência médica, odontológica, farmacológica e hospitalar.

A Autogestão é o modelo em que a própria organização administra o programa de assistência à saúde dos seus empregados ou associados – nas categorias de ativos, aposentados e pensionistas – e de seus dependentes. O objetivo é proteger e promover a saúde dos beneficiários, com recursos e serviços credenciados, mediante contratos.

2. REDE CREDENCIADA

Efetuada o credenciamento, a Clínica de Vacinação é cadastrada na **VALE**, sendo o **CNPJ** seu código de identificação cadastral junto ao programa.

A fim de manter atualizadas as informações cadastrais, para correta identificação dos credenciados, há a necessidade que estes comuniquem imediatamente à Gerência Regional PASA de sua localidade qualquer alteração ocorrida em relação às condições de atendimento e/ou pagamento, ou seja, dados cadastrais, endereço, agência bancária/conta corrente para crédito, etc.

Os beneficiários escolhem a Clínica de Vacinação de sua preferência, dentro da rede credenciada.

O credenciado somente poderá atender dentro da especialidade, localidade e procedimentos para os quais foi credenciado e apenas com os recursos acordados contratualmente. Ampliação dos serviços realizados pela pessoa jurídica, bem como inclusão de profissional/especialidade no corpo clínico não estarão automaticamente contratados e seu atendimento aos beneficiários sem os devidos ajustes contratuais sujeito às penalidades previstas em contrato.

É vedado ao prestador efetuar qualquer cobrança diretamente aos BENEFICIÁRIOS, com exceção procedimentos ou serviços que não fazem parte da cobertura contratual desde que sejam expressamente requeridos e consentidos pelo beneficiário ou responsável. O descumprimento desta norma estará sujeito à penalidades previstas em contrato.

Os prestadores são responsáveis, na forma do Código Civil e do Código de Ética da Medicina, pelas suas ações, omissões ou paralisações de atendimento, assim como de seus prepostos e corpo clínico, empregados ou não, possuindo o dever de garantir a manutenção dos serviços e a assistência médica/hospitalar contratada.

3. ATENDIMENTO AOS BENEFICIÁRIOS

3.1. Identificação e Elegibilidade do Beneficiário

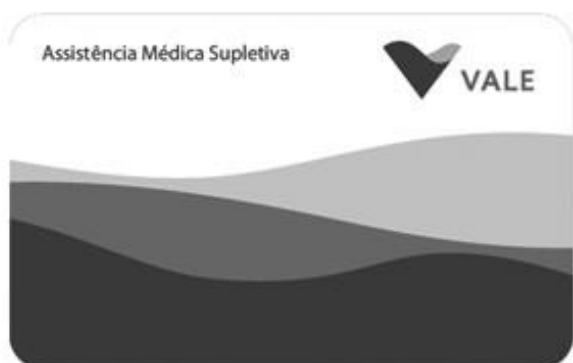
A identificação dos beneficiários e sua elegibilidade para o atendimento são determinadas, obrigatoriamente, pela apresentação do cartão do plano, conforme modelos apresentados a seguir.

Para a prestação do atendimento é indispensável a apresentação do cartão do plano, por meio eletrônico (aplicativo de celular e tablet) ou ainda por meio físico (impresso em folha de papel colorido ou preto e branco) acompanhado de um documento de identidade do beneficiário. O credenciado deverá fazer a validação do beneficiário através do site www.connectmed.com.br ou da **Central do Prestador**.

Os cartões de identificação apresentam os dados necessários para a verificação da cobertura do plano do beneficiário, bem como informações necessárias para o preenchimento do formulário/guia de cobrança pelo credenciado, conforme campos abaixo:

- Matrícula do beneficiário
- Nome do beneficiário
- Tipo ou modalidade do plano/cobertura
- Descrição de eventuais carências

Modelos de carteirinhas AMS nas versões colorida e PB



No caso de não apresentação do cartão de identificação será obrigatória exibição de documento de identidade e a obtenção de autorização da **Central de Atendimento ao Credenciado**.

É de responsabilidade do credenciado a checagem da identificação, identidade do beneficiário e validade do cartão de identificação, bem como a validação de elegibilidade.

3.2. Manejo e Validação da Receita Médica

O beneficiário deverá apresentar o original da receita médica em seu nome com a descrição da vacina a ser administrada.

A cópia da receita apresentada deverá ser enviada para faturamento conforme descrito no capítulo 5 deste manual.

- As receitas têm validade de 90 (noventa dias).

3.3. Autorização Prévia (Obtenção de Senha)

A administração da vacina se dá através da prévia e formal autorização com obtenção de senha via **WEB**, por meio do *site* <https://wwwt.connectmed.com.br> ou da **Central de Atendimento ao Credenciado da VALE/PASA**.

Para a administração das vacinas solicitadas, a Clínica de Vacinação deve obrigatoriamente considerar as seguintes diretrizes abaixo:

- Administrar apenas as vacinas descritas na receita médica. Caso a descrição esteja incompleta, como por exemplo, Vacina de Meningite sem especificar o tipo (ACWY, B ou C), o beneficiário deverá ser orientado a retornar ao seu médico para solicitar nova receita.
- Excepcionalmente, não haverá necessidade de receita médica para campanhas previamente acordadas entre a operadora e a clínica de vacinação.
- Respeitar os prazos, intervalos, idade, doses e esquemas definidos nos Calendários Vacinais de Referência (Programa Nacional de Imunização, Calendários de Vacinação da Sociedade Brasileira de Imunizações e da Sociedade Brasileira de Pediatria).
- Quando ocorrer indicação de vacinação de uma ou mais vacinas de vírus vivo atenuadas - dengue, febre amarela, herpes zoster, poliomielite oral, rotavírus, tetraviral (sarampo, caxumba, rubéola e varicela), tríplice viral (sarampo, caxumba e rubéola), varicela – a administração deverá ocorrer no mesmo dia ou com 30 dias de diferença.
- Quando necessário, o intervalo recomendado entre as doses de uma mesma vacina pode ser reduzido, desde que respeitado o intervalo mínimo entre elas, do contrário pode haver prejuízo da resposta imune e do desenvolvimento adequado da memória imune. Neste caso, o pedido médico deverá conter a justificativa para o intervalo inferior ao recomendado.
- Por outro lado, quando há atraso entre as doses de uma mesma vacina, se os antígenos estimulam adequadamente a memória, como ocorre com a quase totalidade das vacinas do calendário de rotina, não há necessidade de recomeçar o esquema, pois a continuidade das doses estimula a resposta celular, assegurando a memória imune a esse antígeno, papel fundamental das doses de reforço.
- Para vacinações não previstas nos Calendários Vacinais de Referência (fora do prazo, da faixa etária ou do grupo de risco definido), o beneficiário deverá apresentar a receita médica com justificativa.
- É vedado ao prestador a administração de vacinas *Off Label* (fora das indicações previstas em bula).
- Caso o beneficiário, no momento do atendimento, esteja com quadro febril grave, recomenda-se que a vacinação seja adiada.
- O registro da dose de vacina administrada deve ser realizado em documento pessoal do beneficiário (cartão ou caderneta) ou impresso próprio da clínica de vacinação.

O descumprimento das diretrizes acima implicará em glosa durante o processo de análise técnica

da fatura.

3.4. ATENDIMENTO ESPECIALIZADO: MEDICINA OCUPACIONAL

Para o atendimento relacionado à Medicina Ocupacional, o beneficiário deverá apresentar a guia AMT – Autorização Medicina do Trabalho (original ou cópia) assinada pelo próprio e pelo médico ou equipe de enfermagem do trabalho. Na Guia AMT constará o código e a descrição da vacina autorizada para realização.

Lembramos que de posse da guia AMT não deverá ser solicitado o cartão de identificação do plano, evitando assim cobrança indevida de coparticipação para o empregado.

4. CONECTIVIDADE

A plataforma tecnológica de conectividade utilizada pela **Vale/PASA** foi especialmente desenvolvida para que médicos, clínicas, laboratórios e hospitais possam realizar autorizações eletrônicas com a **Vale/PASA**.

As soluções desenvolvidas englobam, entre outras, a transmissão e o processamento de transações de validação do paciente, autorização de procedimentos, tratamentos e internações, além de recursos de glosas e a disponibilização *online* dos valores e extratos de crédito e pagamento.

As ferramentas permitem:

- reduzir o trânsito de papéis, chamadas telefônicas e custos operacionais;
- eliminar erros de digitação, com maior qualidade e confiabilidade nos dados, reduzindo o tempo para uma autorização.

Para poder ter acesso à plataforma de conectividade, é necessário acessar o **Portal Connectmed** (wwwt.connectmed.com.br) e efetuar o seu cadastramento inicial, mediante a assinatura de um termo de adesão específico.

O manual de utilização do portal está disponível no site <http://www.planopasa.com.br/> na área restrita do credenciado.

5. COBRANÇA E PAGAMENTO

5.4. COBRANÇA

Todo faturamento deve ser encaminhado juntamente com as Notas Fiscais e as Cópias das Receitas Médicas, separado por **Assistência Médica e Medicina do Trabalho**. Os documentos devem ser postados para as caixas postais do PASA, conforme abaixo:

Prestadores de Minas Gerais	Prestadores do Espírito Santo	Prestadores RJ, PA, MA, SP, BA, SE, MS
Caixa Postal 15079 15083 15084 15086	Caixa Postal 15079 15083 15084 15086	Caixa Postal 15079 15083 15084 15086
CEP:	CEP: 20031-971	CEP: 20031-971
AG.	AG. Central: Marrecas	AG. Central: Marrecas

Ou para o endereço:

VALE/PASA

AVENIDA PRESIDENTE VARGAS, 3131 10º ANDAR - CIDADE NOVA - RIO DE JANEIRO

CEP: 20210-911

A/C: CONTAS MÉDICAS OU FATURAMENTO.

A cobrança pelos serviços prestados é realizada através do encaminhamento à **VALE/PASA** de:

- Protocolo eletrônico, emitido via WEB (www.connectmed.com.br), preenchida pelo prestador credenciado, englobando as guias de atendimento a beneficiários **Vale ANS No. 34569-5**
- Uma via de cada guia correspondente aos serviços prestados no período, específicas por beneficiário/operadora, conforme Padrão TISS;

Após o envio da documentação, a VALE/PASA analisará as contas médicas, conforme regras contratuais, protocolos terapêuticos registrados na ANVISA e nas Sociedades Médicas, Código de Ética dos profissionais de saúde e diretrizes contidas neste manual.

Analisadas as contas, a VALE/PASA publicará o valor aprovado, disponível na ferramenta de pré- faturamento (<https://wwwt.connetmed.com.br/>) e conforme cronograma de pagamento, facultando ao Credenciado o recurso de valores eventualmente glosados, no prazo de 60 (sessenta) dias.

Após a publicação, o Credenciado deverá encaminhar a Nota Fiscal correspondente, no prazo divulgado no cronograma de pagamento, para o e-mail notafiscal@planopasa.com.br.

No caso de entidade dispensada da emissão de Notas Fiscais, este deverá encaminhar para o mesmo e- mail recibos contendo: nome do prestador, nº de inscrição no cadastro de contribuintes, atividade sujeita ao tributo e valores dos serviços).

O envio com incorreção e/ou fora do prazo estabelecido no cronograma inviabilizará a efetivação do pagamento.

O processo de faturamento da Guia AMT seguirá o mesmo padrão da Guia TISS.

Para o cálculo dos valores dos serviços executados, o credenciado deve considerar os valores-base negociados e descritos na tabela de serviços contratada junto à **Vale**, da **data da prestação dos serviços**.

Só serão processadas e pagas aquelas faturas de serviços e/ou internações concluídos, ou atendidos, em até 90 (noventa) dias da data do atendimento realizado.

5.5. PAGAMENTO

Os pagamentos são efetuados mediante crédito bancário, e conforme cronograma de entrega e pagamento previamente definido entre a **Vale** e o prestador credenciado, disponível no *site* da **PASA** e nos escritórios regionais.

As cobranças devem ser postadas obedecendo a um cronograma mensal único de envio e pagamento, respeitando-se sempre o cronograma disponibilizado no início de cada ano no site PASA (www.planopasa.com.br) ou através da Central de Atendimento ao Credenciado.

Caso o dia limite de entrega coincida com um final de semana ou feriado, as cobranças deverão ser entregues até o último dia útil imediatamente anterior ao prazo limite.

5.6. RECURSO DE GLOSA

A sistemática de auditoria e controle da **Vale/PASA** pode eventualmente emitir “glosas” por divergência detectada entre os valores faturados frente às regras contratuais estabelecidas, podendo o Credenciado apresentar recurso, caso tenha justificativa para tal.

Objetivando um adequado fluxo operacional, só serão aceitos recursos de glosas encaminhados dentro de um prazo de **60 (sessenta)** dias corridos da data de publicação dos extratos.

Os recursos apenas serão recebidos pela ferramenta recurso de glosa, disponível no site wwwt.connectmed.com.br.

Recursos apresentados fora do prazo descrito acima serão automaticamente considerados inadmitidos.

A Vale terá igual prazo de 60 (sessenta) dias para resposta ao recurso de glosa, a contar do recebimento do pedido do prestador, via ferramenta recurso de glosa.

Caberá ao Credenciado acompanhar a resposta de seu recurso, utilizando-se, para tanto, da ferramenta acima descrita.

A **VALE/PASA** disponibiliza a todos os credenciados a informação dos pagamentos (créditos) e recolhimentos (tributos e contribuições) efetuados aos credenciados via **WEB** (wwwt.connectmed.com.br).

Em casos de dúvida, o Credenciado deverá entrar em contato com a **Central de Atendimento ao Prestador**.

O e-mail para envio de nota fiscal não é meio para encaminhamento de dúvidas ou solicitações para alterações tributárias, devendo o Credenciado sempre buscar a **Central de Atendimento ao Prestador**.

6. FORMULÁRIOS

As guias de atendimento observarão o Padrão TISS vigente, cabendo ao prestador preenche-las e encaminhá-las via WEB.

Todas as guias TISS estão disponíveis para impressão no site da PASA (www.planopasa.com.br).

Não serão fornecidas guias físicas pela VALE/PASA, exceto AMT.

