



MANUAL DO PRESTADOR DE SERVIÇOS





SUMÁRIO

1. CÓDIGO DE CONDUTA PARA PRESTADORES DE SERVIÇOS DE SAÚDE	6
2. CONFIDENCIALIDADE DOS DADOS CLÍNICOS – PRONTUÁRIO CLÍNICO	7
3. REDE ASSISTENCIAL DE SAÚDE DO PLANO HOSPITALAR	9
3.1 Dimensionamento da rede prestadora	9
3.2 Comitê de eventos e de relacionamento	9
Como integrar a rede prestadora do Plano de Saúde Hospitalar?	10
3.3 Critérios para solicitação de credenciamento	10
3.3.1 Documentação legal e outros	11
3.3.2 Documentos de qualificação técnica, atributos e boas práticas	13
3.4 Análise do credenciamento de novo prestador	14
3.5 Primeiro acesso do prestador a área restrita	14
4. MANUTENÇÃO DO CREDENCIAMENTO	15
4.1 Atualização de documentos legais	15
4.2 Atualização dos documentos de qualificação	15
4.3 Atualização de cadastro ou solicitação de extensão de credenciamento	17
4.4 Programa de capacitação da rede prestadora	18
4.5 Programa de qualificação da rede prestadora	19
4.6 Solicitação de reajuste	19
5. SUSPENSÃO OU DESCRENCIAMENTO	20
5.1 Critérios para descredenciamento de prestadores não hospitalares	20
5.2 Critérios para descredenciamento de prestadores hospitalares	21
6. SISTEMA DE ATENDIMENTO DO PLANO HOSPITALAR JUNTO À REDE PRESTADORA	22
6.1 Canais de atendimento para liberação/autorização	22
6.2 Faturamento	22
6.3 Pagamento do prestador	23
6.4 Glosas	23
6.5 Canais de atendimento gestão da rede prestadora	24



Neste Manual, você encontrará todas as informações necessárias sobre as obrigações da rede prestadora de serviços de saúde junto ao Plano. Neste Manual, você encontrará todas as informações necessárias sobre as **obrigações da rede prestadora de serviços de saúde junto** ao Plano de Saúde Hospitalar. Nosso objetivo é facilitar a operacionalização dos atendimentos, garantindo um serviço de qualidade para você e para todos os nossos beneficiários.

A equipe de credenciamento é responsável por gerenciar toda a rede prestadora, desde hospitais e clínicas de atendimento ambulatorial (SADT) até laboratórios e outros profissionais de saúde. Nossa equipe trabalha incansavelmente para:

- Manter uma rede qualificada e suficiente: Garantimos que a quantidade e a qualidade dos nossos prestadores atendam às suas necessidades.
- Oferecer suporte aos credenciados: Estamos sempre à disposição para tirar dúvidas, receber sugestões e elogios.
- Atualizar os documentos legais e de qualificação: Mantemos todos os documentos dos nossos prestadores atualizados, garantindo a segurança e a qualidade dos serviços prestados.

Canais de Comunicação Exclusivos:

Para facilitar o seu atendimento, disponibilizamos canais de comunicação exclusivos para prestadores de serviços de saúde:

Telefone: 0800 942 2881 opção nº 5

E-mail: relacionamento@planohospitalar.org.br

WhatsApp: 43 99845-0164

Chat Bot: 43 3315-1919 opção nº 5 e depois opção nº 4

Estamos à sua disposição para esclarecer qualquer dúvida e auxiliar no que for necessário. Sua parceria é fundamental para garantir a excelência dos nossos serviços.

1. CÓDIGO DE CONDUTA PARA PRESTADORES DE SERVIÇOS DE SAÚDE

O Plano de Saúde Hospitalar está comprometido em manter relações sólidas e éticas com todos os seus parceiros e rede prestadora de serviços de saúde, priorizando a qualidade dos serviços e o respeito aos indivíduos.

Conduta Esperada:

Acreditamos que a conduta de todos os envolvidos deve ser pautada pelo respeito mútuo e pela ética. Esperamos de nossos parceiros, fornecedores e prestadores de serviços de saúde:

- Conduta profissional e respeitosa: É imprescindível que todos os nossos parceiros atuem de forma profissional, evitando qualquer tipo de discriminação, assédio moral, sexual ou agressão, seja ela física ou psicológica.
- Cumprimento das leis e regulamentações: Todos os nossos parceiros devem estar em conformidade com todas as leis e regulamentações aplicáveis, incluindo as normas de segurança do paciente e qualidade.
- Transparência e integridade: Esperamos que nossos parceiros sejam transparentes em suas operações e mantenham a mais alta integridade em todas as suas relações.

Relações Comerciais Éticas:

Para garantir a transparência e a imparcialidade em nossas relações comerciais, adotamos as seguintes práticas:

- Seleção criteriosa de parceiros: Nossos parceiros são selecionados com base em critérios rigorosos, que incluem a idoneidade, a qualidade dos serviços e o cumprimento das obrigações legais.
- Liberdade de mercado: Não adotamos cláusulas de exclusividade ou fixação de preços em nossos contratos, garantindo a livre concorrência e a melhor negociação para ambas as partes.

- Canal de denúncias: Disponibilizamos um canal de denúncias para que nossos colaboradores possam reportar qualquer irregularidade ou descumprimento deste código de conduta.

Compromisso com a sustentabilidade:

Acreditamos que a sustentabilidade é fundamental para o futuro do nosso planeta. Por isso, buscamos parceiros que compartilhem nossos valores e estejam comprometidos com práticas sustentáveis.

Ao aderir a este código de conduta, nossos parceiros demonstram seu compromisso com a ética, a qualidade e a sustentabilidade, contribuindo para o sucesso do Plano de Saúde Hospitalar e para a melhoria da saúde de todos.

2. CONFIDENCIALIDADE DOS DADOS CLÍNICOS - PRONTUÁRIO CLÍNICO

Em cumprimento à legislação vigente, especialmente a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD) nº 13.709/2018, o Plano de Saúde Hospitalar orienta que os prestadores assegurem a confidencialidade e o sigilo dos prontuários médicos dos beneficiários, tanto em formato físico quanto digital.

Essa prática deve ser mantida durante todo o período de atendimento e **mesmo após o término do contrato**, conforme estabelecido no instrumento contratual.

A fim de garantir a segurança das informações, os prestadores devem seguir as normas do Conselho Federal de Medicina (CFM), como as Resoluções 1.638/2002 e 1.821/2017, que tratam do conceito de prontuário médico e da sua digitalização.”

O prestador deverá garantir ao Plano de Saúde Hospitalar, por meio de seus representantes devidamente autorizados, acesso aos dados e informações assistenciais dos beneficiários, mesmo durante o período de tratamento, necessários para a gestão do plano e a garantia da qualidade da assistência à saúde. Tal acesso será realizado de forma segura e confidencial, em conformidade com a legislação vigente, especialmente a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD).



3. REDE ASSISTENCIAL DE SAÚDE DO PLANO HOSPITALAR

Com o objetivo de proporcionar aos nossos beneficiários um atendimento de excelência, contamos com uma equipe dedicada à seleção e manutenção de uma rede qualificada de prestadores de saúde. Essa rede abrange hospitais, clínicas, serviços de diagnóstico e terapias, e outros profissionais especializados. Nosso processo de seleção é criterioso e leva em consideração tanto aspectos administrativos, como a regularidade documental, quanto aspectos técnicos, como a qualificação dos profissionais e a infraestrutura das unidades. Além disso, ouvimos as demandas dos nossos beneficiários para garantir que a rede atenda às suas necessidades e expectativas

3.1 Dimensionamento da rede prestadora

O dimensionamento da rede assistencial do Plano de Saúde Hospitalar é um processo crucial para garantir a qualidade e a acessibilidade dos serviços de saúde oferecidos aos beneficiários. Essa etapa envolve a definição da quantidade e tipo de recursos necessários para atender às necessidades da população, considerando aspectos legais, técnicos e epidemiológicos.

Nosso dimensionamento da rede segue rigorosamente a Resolução Normativa ANS nº 566/2022, garantindo a conformidade com a legislação vigente e os padrões de qualidade. Consideramos as coberturas contratadas, os dados demográficos e epidemiológicos de nossos beneficiários, as regiões de saúde e indicadores de desempenho como tempo de espera e satisfação do cliente, entre outros.

3.2 Comitê de Relacionamento e de eventos

Além de nossa equipe de credenciamento, o Plano de Saúde Hospitalar conta com o Comitê de eventos indenizáveis e o Comitê de relacionamento, que desempenha um papel fundamental na garantia da qualidade dos serviços oferecidos. Suas atividades incluem:

- **Análise de demandas:** Avalia todas as solicitações de clientes

e prestadores, como pedidos de novos credenciamentos e descredenciamentos.

- **Monitoramento da qualidade:** Acompanha a qualidade dos serviços prestados, considerando a eficácia dos tratamentos, a satisfação do paciente e a segurança do paciente.
- **Conformidade com as normas:** Verifica se os prestadores estão cumprindo as normas e os padrões estabelecidos pelo Plano.

Através desse acompanhamento rigoroso, o comitê contribui para a melhoria contínua dos serviços e a satisfação dos nossos beneficiários.

Como integrar a rede prestadora do Plano de Saúde Hospitalar?

3.3 Critérios para solicitação de credenciamento

Profissionais de saúde e instituições interessados em prestar serviços para o Plano de Saúde Hospitalar devem iniciar o processo de credenciamento enviando um e-mail para relacionamento@planohospitalar.org.br. Neste e-mail, solicitamos as seguintes informações:

- Dados de identificação do solicitante (nome, CPF/CNPJ, etc.)
- Endereço do estabelecimento
- Especialidade
- Outros dados relevantes

Após a análise da solicitação inicial, nossa equipe entrará em contato para solicitar a documentação completa, que varia de acordo com o perfil do prestador (médico, clínica, hospital, etc.). Essa documentação é essencial para a avaliação da qualidade e da capacidade do prestador em atender aos nossos beneficiários.

3.3.1 Documentação legal e outros

TIPO DE PRESTADOR	DOCUMENTOS DA EMPRESA	DOCUMENTOS DO RESPONSÁVEL TÉCNICO E CORPO CLÍNICO (CASO POSSUA)	DEMAIS INFORMAÇÕES DO PRESTADOR
Médico ou clínicas com multi-especialidades	<ul style="list-style-type: none"> • Cópia do Contrato Social com as últimas alterações e/ou consolidação; • Cópia do Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica – CNPJ; • Cópia do Alvará da Vigilância Sanitária do local de atendimento; • Cópia do Alvará de localização e Funcionamento expedido pela prefeitura; • Cópia do Alvará de liberação do corpo de bombeiros; • Cópia do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES; • Cópia do certificado de Regularidade Técnica - Pessoa Jurídica; • Comprovante Bancário (Agência, Nº Conta e Banco); 	<ul style="list-style-type: none"> • Diploma; • Certificado de Especialização ou Título de Residência; • Certificado de Regularidade Técnica do Conselho de sua especialidade; • Cópia da carteira de classes (CRM, COREN, CRF, CREFITO, CRP, CREFONO, CRN, CRBM). • Cópia do CPF e RG; • Listagem do corpo clínico: contendo (Nome, CPF, CRM, Especialidade e nº RQE); 	<ul style="list-style-type: none"> • Listagem dos procedimentos realizados em consultórios com código TUSS em formato Excel; • Listagem dos procedimentos realizados em hospital com código TUSS em formato Excel; • Dias e horários de Funcionamento do local de atendimento; • Lista de contato geral da clínica com: E-mail, telefone e nome do responsável pelos setores de: Faturamento, Financeiro, Atendimento, Agendamento; • Dados do Responsável para assinatura eletrônica do contrato (Nome completo, CPF e E-mail);
Psicólogos, nutricionistas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais e fisioterapeutas	<ul style="list-style-type: none"> • Cópia do Contrato Social com as últimas alterações e/ou consolidação; • Cópia do Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica – CNPJ; • Cópia do Alvará da Vigilância Sanitária do local de atendimento; • Cópia do Alvará de localização e Funcionamento expedido pela prefeitura; • Cópia do Alvará de liberação do corpo de bombeiros; • Cópia do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES; • Comprovante Bancário (Agência, Nº Conta e Banco); 	<ul style="list-style-type: none"> • Diploma; • Certificado de Especialização; • Cópia da carteira de classes (CREFITO, CRP, CREFONO, CRN); • Cópia do CPF e RG; • Listagem do corpo clínico: contendo (Nome, CPF, Nº conselho, Especialidade); 	<ul style="list-style-type: none"> • Listagem dos procedimentos realizados em consultórios com código TUSS em formato Excel; • Dias e horários de Funcionamento do local de atendimento; • Lista de contato geral da clínica com: E-mail, telefone e nome do responsável pelos setores de: Faturamento, Financeiro, Atendimento, Agendamento; • Dados do Responsável para assinatura eletrônica do contrato (Nome completo, CPF e E-mail); • Dados da testemunha para assinatura eletrônica do contrato (Nome completo, CPF e E-mail);

<p>Hospitais, clínica de apoio a diagnósticos e terapia, tais como clínica de terapia renal substitutiva, quimioterapia, radioterapia e clínica de imagem</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cópia do Contrato Social com as últimas alterações e/ou consolidação; • Cópia do Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica – CNPJ; • Cópia do Alvará da Vigilância Sanitária do local de atendimento; • Cópia do Alvará de localização e Funcionamento expedido pela prefeitura; • Cópia do Alvará de liberação do corpo de bombeiros; • Cópia do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES; • Cópia do certificado de Regularidade Técnica – Pessoa Jurídica; • Comprovante Bancário (Agência, Nº Conta e Banco); 	<ul style="list-style-type: none"> • Diploma; • Certificado de Especialização ou Título de Residência; • Certificado de Regularidade Técnica do Conselho de sua especialidade; • Cópia da carteira de classes (CRM, COREN, CRF, CREFITO, CRP, CREFONO, CRN, CRBM). • Cópia do CPF e RG; • Listagem do corpo clínico: contendo (Nome, CPF, CRM, Especialidade e nº RQE); 	<ul style="list-style-type: none"> • Listagem dos procedimentos realizados em consultórios com código TUSS em formato Excel; • Listagem dos procedimentos realizados em hospital com código TUSS em formato Excel; • Dias e horários de Funcionamento do local de atendimento; • Lista de contato geral da clínica com: E-mail, telefone e nome do responsável pelos setores de: Faturamento, Financeiro, Atendimento, Agendamento; • Dados do Responsável para assinatura eletrônica do contrato (Nome completo, CPF e E-mail); • Dados da testemunha para assinatura eletrônica do contrato (Nome completo, CPF e E-mail);
<p>Médico prestador de serviço da rede própria</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cópia do Contrato Social com as últimas alterações e/ou consolidação; • Cópia do Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica – CNPJ; • Comprovante Bancário (Agência, Nº Conta e Banco); 	<ul style="list-style-type: none"> • Diploma; • Certificado de Especialização ou Título de Residência; • Cópia da carteira de classe (CRM) • Cópia do CPF e RG; • Certificado digital, para assinatura em prontuário eletrônico; (caso não possua favor sinalizar para direcionamento da equipe) 	<ul style="list-style-type: none"> • Procedimentos com código TUSS a serem realizados; • Dia da semana que ocorrerá os atendimentos no Centro Médico do Hospital; • Carga Horária; • Telefone celular para contato; • Responsável para assinatura eletrônica do contrato (Nome completo, CPF e E-mail); • Dados da testemunha para assinatura eletrônica do contrato (Nome completo, CPF e E-mail);
<p>Psicólogos, nutricionistas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais e fisioterapeutas prestador de serviço da rede própria</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cópia do Contrato Social com as últimas alterações e/ou consolidação; • Cópia do Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica – CNPJ; • Comprovante Bancário (Agência, Nº Conta e Banco); 	<ul style="list-style-type: none"> • Diploma; • Certificado de Especialização • Cópia da carteira de classes (CREFITO, CRP, CREFONO, CRN) • Cópia do CPF e RG; • Certificado digital para assinatura de prontuário eletrônico; 	<ul style="list-style-type: none"> • Procedimentos com código TUSS a serem realizados; • Dia da semana que ocorrerá os atendimentos no Centro Médico do Hospital • Carga Horária; • Telefone celular para contato • Responsável para assinatura eletrônica do contrato (Nome completo, CPF e E-mail); • Dados da testemunha para assinatura eletrônica do contrato (Nome completo, CPF e E-mail);

IMPORTANTE

- É permitida a entrega de protocolos justificados. Para ausência de informação de data do órgão expedidor, o protocolo será válido até 6 (seis) meses após a data de emissão.
- Em atendimento às boas práticas do serviço de saúde o prestador deverá manter seus dados atualizados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde –

3.3.2 Documentos de qualificação técnica, atributos e boas práticas

TIPO DE PRESTADOR	DOCUMENTOS DA EMPRESA
<p>Médico</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cópia do título de especialista/residência • Cópia do certificado de especialização, • Cópia do certificado de mestrado, • Cópia do certificado de doutorado • Cópia do certificado de pós doutorado
<p>Psicólogos, nutricionistas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais e fisioterapeutas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cópia do título de especialista/residência • Cópia do certificado de especialização, • Cópia do certificado de mestrado, • Cópia do certificado de doutorado • Cópia do certificado de pós doutorado
<p>Hospitais e hospitais dia</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Certificado de Acreditação (EX: ONA, QMentum, Joint Comission); • Certificado de Qualidade Monitorada, inscrição no PM-QUALISS da ANS; • Certificado ou documento equivalente emitido pelas Entidades Gestoras de Outros Programas de Qualidade reconhecidos pela ANS; • Comprovante de inscrição do serviço no Notivisa/Anvisa • Declaração da implementação e adoção de um Plano de Segurança do Paciente (PSP), com base na RDC nº 36/2013 da ANVISA, , sendo obrigatório • Declaração da implementação e adoção Protocolos e diretrizes clínicas e protocolos de segurança do paciente validados por entidades nacionais e/ou internacionais de referência, sendo obrigatório
<p>Clínicas de multi especialidades, de terapia renal substitutiva, quimioterapia, radioterapia , clínicas de apoio a diagnóstico “endoscopia, hemodinâmica, hemodiálise, entre outros</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Certificado de Acreditação (EX: ONA, QMentum, Joint Comission); • Certificado de Qualidade Monitorada, inscrição no PM-QUALISS da ANS; • Certificado ou documento equivalente emitido pelas Entidades Gestoras de Outros Programas de Qualidade reconhecidos pela ANS; • Comprovante de inscrição do serviço no Notivisa/Anvisa • Declaração da implementação e adoção de um Plano de Segurança do Paciente (PSP), com base na RDC nº 36/2013 da ANVISA, , sendo obrigatório • Declaração da implementação e adoção Protocolos e diretrizes clínicas e protocolos de segurança do paciente validados por entidades nacionais e/ou internacionais de referência, sendo obrigatório

<p>clínicas de clínica de imagem</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Certificado CBRM - Programa de Certificação de Qualidade em Mamografia; • Certificado CBRR - Programa de Certificação de Qualidade em Ressonância Magnética; • Certificado CBRT - Programa de Certificação de Qualidade em Tomografia Computadorizada; • Certificado CBRU - Programa de Certificação de Qualidade em Ultrassonografia; • Declaração da implementação e adoção Protocolos e diretrizes clínicas e protocolos de segurança do paciente validados por entidades nacionais e/ou internacionais de referência, sendo obrigatório
<p>Laboratórios</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Certificado DICQ - Sistema Nacional de Acreditação Ltda (Laboratórios); • Certificado PALC - Programa de Acreditação de Laboratórios Clínicos; • Certificado ABNT ISO 9001 (Sistema de Gestão da Qualidade); • Certificado PEM - Programa de Excelência em Microbiologia.

3.4 Análise do credenciamento de novo prestador

Após a análise inicial da documentação, o processo de credenciamento seguirá as seguintes etapas:

- **Análise Complementar:** Será realizada uma análise detalhada da documentação complementar, específica para cada tipo de serviço a ser oferecido.
- **Negociação e Contratualização:** Serão negociados os termos do contrato e realizada a formalização do acordo entre as partes.
- **Visita Técnica:** Uma equipe técnica realizará uma visita ao estabelecimento do prestador para avaliar a estrutura física, os equipamentos e os processos de trabalho.
- **Aprovação Final:** A diretoria do Plano de Saúde Hospitalar realizará a avaliação final e emitirá a aprovação para o credenciamento.

A conclusão do processo e a liberação do atendimento aos beneficiários ocorrerão em até 15 dias após a última assinatura do contrato de credenciamento estar finalizada.

3.5 Primeiro acesso do prestador a área restrita

Após a finalização do processo de credenciamento, o prestador receberá um e-mail com as credenciais de acesso à área restrita do nosso site. Essas credenciais incluem um login e uma senha inicial. Para garantir a segurança das informações, solicitamos que o prestador

altere a senha inicial para uma senha pessoal e exclusiva na primeira vez que acessar o sistema, a qual será solicitada troca senha a cada 30 dias para garantir a segurança das informações.

4. MANUTENÇÃO DO CREDENCIAMENTO

4.1 Atualização de documentos legais

A atualização da documentação é fundamental para manter seu credenciamento ativo no Plano de Saúde Hospitalar.

Você será notificado via sistema sobre os documentos que estão próximos de vencer. Envie as cópias digitalizadas dos documentos atualizados junto a o seu código do prestador que fica na área restrita para o e-mail: relacionamento@planohospitalar.org.br ou utilize a opção “fale conosco” na sua área restrita.

Documentação desatualizada pode comprometer seu contrato. O não cumprimento dessa exigência pode resultar na suspensão do seu contrato.

4.2 Atualização dos documentos de qualificação

A qualidade dos serviços prestados aos nossos beneficiários depende diretamente da qualificação de nossa rede.

O Plano de Saúde Hospitalar está comprometido com a qualidade e a segurança dos serviços prestados. Por isso, seguimos os atributos de qualificação do Programa QUALISS (Resolução Normativa ANS 510/2022), que estabelece critérios para avaliar a qualificação de nossos prestadores de serviços (hospitais, clínicas, laboratórios e profissionais de saúde).

O objetivo do Programa QUALISS é estimular a melhoria contínua da qualidade assistencial e oferecer aos nossos beneficiários mais informações para escolherem os melhores prestadores. A qualificação é avaliada por meio de atributos específicos para cada tipo de serviço, como estrutura física, equipe médica, processos de trabalho, entre outros.

Por isso, é obrigatório que você mantenha seus dados atualizados,

incluindo títulos de residência, especializações, certificações da ONA, QMENTUM e outros.

Confira os documentos possíveis a serem encaminhados, por tipo de prestador.

TIPO DE PRESTADOR	DOCUMENTOS
Prestadores de serviços hospitalares	<ul style="list-style-type: none"> • Certificado de Acreditação, emitido pelas Entidades Acreditoras de Serviços de Saúde ou pelo INMETRO; • Certificado de Qualidade Monitorada, obtido no Programa de Monitoramento de indicadores da Qualidade de Prestadores de Serviços de Saúde – PM-QUALISS, emitido pelas Entidades Colaboradoras; • Certificado ou documento equivalente emitido pelas Entidades Gestoras de Outros Programas de Qualidade; • Notificação de eventos adversos pelo NOTIVISA/ANVISA; e • Certificado ABNT NBR ISO 9001 – Sistema de Gestão de Qualidade, emitido por organismo de certificação acreditado pelo INMETRO, quando abranger a totalidade do escopo dos serviços de saúde prestados.
Prestadores de serviços auxiliares de diagnóstico e terapia e clínicas ambulatoriais	<ul style="list-style-type: none"> • Certificado de Acreditação emitido pelas Entidades Acreditoras de Serviços de Saúde ou pelo INMETRO; • Certificado de Qualidade Monitorada obtido no PM-QUALISS, emitido pelas Entidades Colaboradoras; • Certificado ou documento equivalente emitido pelas Entidades Gestoras de Outros Programas de Qualidade; • Notificação de eventos adversos pelo NOTIVISA/ANVISA; e • Certificado ABNT NBR ISO 9001 – Sistema de Gestão de Qualidade, emitido por organismo de certificação acreditado pelo INMETRO, quando abranger a totalidade do escopo dos serviços de saúde prestados.
Profissionais de saúde ou pessoas jurídicas que prestam serviços em consultórios isolados	<ul style="list-style-type: none"> • Notificação de eventos adversos pelo NOTIVISA/ANVISA; • Pós-graduação lato sensu com no mínimo 360 (trezentos e sessenta) horas na área da saúde reconhecida pelo Ministério da Educação - MEC, exceto para profissionais médicos; • Título de especialista outorgado pela sociedade de especialidade e/ou conselho profissional da categoria; • Residência em saúde reconhecida pelo MEC; • Doutorado ou pós-doutorado em saúde reconhecido pelo MEC; • Certificado de Acreditação emitido pelas Entidades Acreditoras de Serviços de Saúde ou pelo INMETRO; • Certificado de Qualidade Monitorada obtido no PM-QUALISS, emitido pelas Entidades Colaboradoras; • Certificado ou documento equivalente emitido pelas Entidades Gestoras de outros Programas de Qualidade; • Certificado ABNT NBR ISO 9001 – Sistema de Gestão de Qualidade, emitido por organismo de certificação acreditado pelo INMETRO, quando abranger a totalidade do escopo dos serviços de saúde prestados; e • Mestrado em saúde reconhecido pelo MEC.
Fonte	Resolução Normativa (RN) 510/2022 da ANS

Acreditação Hospitalar: É um processo voluntário de avaliação da qualidade dos serviços prestados por hospitais e outras instituições de saúde, com base em critérios estabelecidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e por organizações nacionais e internacionais. A acreditação hospitalar é um selo de qualidade que garante aos beneficiários de planos de saúde um atendimento mais seguro e eficiente. Para as operadoras, a acreditação representa uma oportunidade de diferenciar os prestadores de serviços que fazem parte de sua rede assistencial, além de reduzir os custos assistenciais, melhorar a qualidade da assistência e segurança do paciente e aumentar a satisfação dos seus clientes.

NOTIVISA: é um sistema de informação web previsto pela Portaria nº. 1.660/2009, que tem como objetivo monitorar, analisar e investigar eventos adversos e queixas técnicas relacionados a serviços e produtos de saúde.

A notificação de eventos adversos pela rede prestadora de serviços de saúde permite:

- Garantir a segurança dos pacientes;
- Melhorar a qualidade dos serviços;
- Cumprir a legislação;
- Proteger a sua imagem institucional;

O hospitais e clínicas são obrigados a notificar eventos adversos. Essa obrigatoriedade está prevista na Portaria nº 1.660/2009, que instituiu o Sistema Nacional de Notificação e Investigação em Vigilância Sanitária

A responsabilidade pela notificação geralmente recai sobre o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) da instituição de saúde. No entanto, qualquer profissional de saúde que tiver conhecimento de um evento adverso deve comunicá-lo ao NSP.

A RDC 36/2013 estabelece que a notificação de eventos adversos relacionados à assistência à saúde deve ser realizada no sistema NOTIVISA. Essa obrigatoriedade se aplica à maioria dos prestadores de serviços de saúde. No entanto, consultórios individuais, laboratórios clínicos e serviços de atenção domiciliar ou móvel têm a opção de notificar de forma espontânea, sem a necessidade de utilizar o sistema NOTIVISA.

A notificação deve ser realizada através do Sistema de Notificações em Vigilância Sanitária (NOTIVISA), um sistema eletrônico desenvolvido pela ANVISA.

Para mais informações, consulte a Portaria nº 1.660/2009 e o Manual do NOTIVISA.

4.3 Atualização de cadastro ou solicitação de extensão de credenciamento

Para solicitar alterações em seu cadastro, como inclusão ou exclusão de procedimentos, atualização de dados ou mudanças no corpo clínico, entre em contato com o nosso setor de Credenciamento.

Como solicitar:

- **Telefone:** Ligue para **0800 942 2881** e selecione a opção 5.
- **E-mail:** Envie um e-mail para relacionamento@planohospitalar.org.br com o assunto “Solicitação de Alteração de Cadastro”.

- **WhatsApp:** Entre em contato conosco pelo número 43 99845-0164.
- **Chat Bot:** Acesse nosso chat bot pelo número 43 3315-1919, selecione a opção 5 e depois a opção 4.
- Nossa equipe irá orientá-lo sobre a documentação necessária para cada caso. Após a análise, você receberá um retorno em até 60 dias úteis.

Importante:

- Envie toda a documentação em formato digital e com boa qualidade.
- Documentação incompleta exigirá nova solicitação.
- Para agilizar o processo, tenha em mãos:
- Código do prestador que fica na área restrita do prestador.

4.4 Programa de capacitação da rede prestadora

Para garantir a qualidade do atendimento aos nossos clientes, o Plano de Saúde Hospitalar oferece gratuitamente, treinamentos e atualizações aos prestadores.

A participação da equipe do prestador é fundamental para que todos estejamos atualizados sobre os procedimentos e normas.

Além dos treinamentos oferecidos pelo plano, o prestador também pode solicitar treinamentos específicos quando julgar necessário.

O Plano de Saúde Hospitalar está em conformidade com as normas e regulamentações estabelecidas por:

- ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar)
- Conselhos de Classe (CRM, etc.)
- Acordos Locais
- Demais legislações vigentes.

Os cursos são ofertados por meio da plataforma digital do Plano de Saúde Hospitalar, através do nosso canal do youtube e google forms para a lista de presença, que será divulgado para a rede credenciada através de e-mails e whatsapp.

4.5 Programa de qualificação da rede prestadora

Em novembro de 2024, lançamos o Programa de Qualificação da Rede Prestadora!

Este programa inovador, alinhado com as políticas de Segurança do Paciente e de Remuneração Baseada em Valor, visa elevar ainda mais a qualidade dos serviços prestados.

O que o programa oferece gratuitamente:

- Selo de Qualidade: Reconhecimento público pelo compromisso com a excelência.
- Certificados: emitido pelo Plano de Saúde Hospitalar.
- Treinamentos Gratuitos: Atualização constante sobre as melhores práticas em saúde.
- Bonificações Financeiras: Incentivo à participação e à melhoria contínua.

Para mais informações, consulte: [link para o manual do programa de qualificação da rede].

4.6 Solicitação de reajuste

Os pedidos de reajuste são avaliados com base na solicitação do prestador ou conforme as condições estabelecidas em contrato.

Para solicitar o reajuste, o prestador deverá encaminhar sua proposta para o e-mail coordenadora.relacionamento@planohospitalar.org.br

Após a análise da proposta pela Diretoria Executiva, o prestador será informado formalmente, por e-mail e correspondência, sobre o resultado da sua solicitação.

Em caso de aprovação, o Plano de Saúde Hospitalar entrará em contato para formalizar a alteração contratual através de um aditivo.

5. SUSPENSÃO OU DESCREDENCIAMENTO

A exclusão ou substituição de prestadores credenciados será realizada exclusivamente após análise e aprovação da Diretoria Executiva.

A rescisão contratual poderá ocorrer por iniciativa do Plano de Saúde Hospitalar nos seguintes casos:

Descumprimento de cláusulas contratuais: O prestador que não cumprir as condições estabelecidas em contrato poderá ter seu contrato rescindido.

- **Falta de atualização de documentação:** A não atualização da documentação obrigatória também pode levar à rescisão contratual.
- **Inatividade:** Prestadores que não apresentarem produção por um período de um ano poderão ter seus contratos rescindidos.
- Antes de iniciar o processo de rescisão, o Plano de Saúde entrará em contato com o prestador para esclarecer a situação e buscar uma solução amigável.

O prestador também poderá solicitar a rescisão do contrato, respeitando o período de aviso prévio estabelecido contratualmente.

5.1 Critérios para credenciamento de prestadores não hospitalares

Para prestadores não hospitalares, a rescisão contratual seguirá as diretrizes da RN 365/14:

- **Falta de documentação:** Caso o prestador não apresente toda a documentação obrigatória, a rescisão só será realizada após análise e aprovação da alta diretoria.
- **Descumprimento contratual:** A reincidência no descumprimento de cláusulas contratuais, mesmo após notificação formal, poderá levar à rescisão.
- **Inatividade:** A falta de produção por 12 meses, sem acordo prévio para suspensão do atendimento, é motivo para rescisão.

- **Por iniciativa do Plano de Saúde:** O Plano de Saúde poderá rescindir o contrato mediante comunicação prévia ao prestador.
- **Por iniciativa do prestador:** O prestador poderá solicitar a rescisão, desde que cumpra o prazo de aviso prévio estabelecido em contrato (30 ou 60 dias).
- **Perda de carteira:** A perda de 50% da carteira de beneficiários na região coberta pelo contrato pode resultar em rescisão.
- **Falta de qualidade ou irregularidades:** A constatação de falta de qualidade no atendimento, deficiências de segurança ou práticas irregulares poderá levar à rescisão.

5.2 Critérios para credenciamento de prestadores hospitalares

O credenciamento de prestadores hospitalares poderá ocorrer nas seguintes situações:

- Por solicitação do prestador. Nesse caso, ele deverá formalizar o motivo do credenciamento com 60 dias de antecedência da data de exclusão;
- Por solicitação do Plano de Saúde Hospitalar. Nesse caso, os motivos para o credenciamento podem ser:
 - Devido à falta de atualização da documentação mínima obrigatória, este processo só será aplicado após a análise e aprovação da alta diretoria.
 - Por encerramento das atividades, nesse caso é considerado quando ocorre:
- O fechamento total do estabelecimento;
- A extinção de todas as atividades hospitalares contratadas pela Operadora;
- A prestação de todas as atividades hospitalares passa a ser exclusiva do SUS;

6. SISTEMA DE ATENDIMENTO DO PLANO HOSPITALAR JUNTO À REDE PRESTADORA

6.1 Canais de atendimento para liberação/autorização

O prestador poderá solicitar autorização para procedimentos de duas maneiras:

- **Presencialmente:** Na sede da operadora.
- **Online:** Através do autorizador WEB, disponível na área restrita do prestador.

Ao solicitar a autorização, o prestador deve:

- **Confirmar os dados do beneficiário:** Comparar as informações da carteirinha com o documento de identidade do beneficiário.

Em caso de negativa da solicitação:

- **Justificativa:** O motivo da negativa será apresentado no equipamento ou sistema utilizado, de acordo com as regras da TISS definidas pela ANS.
- **Contato telefônico:** Caso o sistema esteja indisponível, o prestador poderá entrar em contato com a central de atendimento do Plano de Saúde Hospitalar pelo 0800 942 2881 para solicitar a autorização.

6.2 Faturamento

O prestador deve enviar suas cobranças seguindo o calendário de faturamento disponível no portal do Plano de Saúde Hospitalar.

As opções para envio da cobrança são:

- **Arquivo XML:** O arquivo deve seguir o padrão TISS e ser enviado através do portal do prestador.
- **Faturamento direto:** O prestador pode realizar o faturamento diretamente na área restrita do portal, seguindo as instruções do manual “Área do Prestador”.

Para acessar a área restrita do portal, o prestador deve utilizar os dados de login e senha fornecidos pelo setor de credenciamento. O link de acesso é <https://servico.planohospitalar.org.br/solusweb/prestador>.

Em caso de dúvidas ou problemas com o processo de faturamento, o prestador pode entrar em contato através dos seguintes canais:

- **Telefone: 0800 942 2881** e pedir para falar no setor de contas médicas no ramal **1936**
- **E-mail:** faturamento@planohospitalar.org.br

6.3 Pagamento do prestador

O pagamento do prestador será efetuado no dia 23 do mês subsequente ao faturamento, ou dia útil subsequente a esta data, considerando o calendário de faturamento disponível na área do prestador

6.4 Glosas

Todas as glosas aplicadas às suas cobranças seguirão o padrão TISS vigente.

Caso discorde de alguma glosa, o prestador poderá entrar com recurso através do e-mail: recurso.glosa@planohospitalar.org.br ou conforme orientação do setor de contas médicas pelo portal na área restrita.

Normas e procedimentos:

- **Atualizações:** Nossas normas técnicas sobre operacionalização, liberações, faturamento, cobrança e pagamento serão comunicadas aos prestadores por meio de cartas, e-mails ou reuniões sempre que houver alterações ou a pedido do prestador.
- **Acesso às informações:** O calendário de entrega e outras informações importantes estão disponíveis na “Área do Prestador” do nosso portal: <https://planohospitalar.org.br/>

Para um melhor atendimento, sugerimos que o prestador mantenha seus dados cadastrais atualizados no portal.”

Sejam bem-vindos!

Acesso a área restrita do Prestador!

CALENDÁRIO 2024 - Consultas e Exames [clique aqui](#)

CALENDÁRIO 2024 - Hospitais [clique aqui](#)

Manual - Web prestador [clique aqui](#)

Informativo Novo Acesso Área do Prestador [clique aqui](#)

6.5 Canais de atendimento gestão da rede prestadora

Telefone: 0800 942 2881 OPÇÃO 5 Ramal 1937/1938

Endereço: Rua Senador Souza Naves, nº 1922, Londrina - PR

Horário de atendimento: Segunda a Sexta-feira: das 8:00h às 18h

E-mail: relacionamento@planohospitalar.org.br



CANAIS DE ATENDIMENTO GESTÃO DA REDE PRESTADORA

Telefone: 0800 942 2881 Opção 5 Ramal 1937 / 1938

Endereço: Rua Senador Souza Naves, nº 1922 Londrina - PR

Horário de atendimento: Segunda a Sexta-feira das 8h às 18h

E-mail: relacionamento@planohospitalar.org.br



R. Sen. Souza Naves, 1922
Jardim Londrilar . Londrina . PR

0800 942 2881

Whatsapp  43 **3315.1919**

planohospitalar.org.br

**Baixe
agora!**

