

MANUAL DE ORIENTAÇÃO AO CREDENCIADO



Prezado (a) Dr. (a):

Seja bem vindo (a)! Gostaríamos de cumprimentá-lo (a) por integrar a partir de agora a **rede credenciada da Aesp Odonto.**

AESP Odonto é formada por profissionais altamente qualificados em todo território nacional, sua rede credenciada tem como missão proporcionar aos associados um atendimento odontológico com mais alto **padrão de qualidade.**

Temos certeza que podemos contar com sua parceria e juntos possamos oferecer aos nossos pacientes o melhor da **odontologia moderna.**

Estas orientações auxiliarão no oferecimento de um atendimento mais ágil, eficiente e de qualidade aos associados da **AESP Odonto**, além de informações sobre a preparação das GTOs para o processo de autorização do tratamento odontológico.

Em Caso de dúvidas, deste já nos colocamos a sua disposição, com uma equipe de profissionais especializados e estrutura informatizada, para atendê-lo (a) com agilidade e qualidade em suas solicitações.

Contamos com sua parceria!



SUMÁRIO

1. Atendimento e Relacionamento com o Credenciado	03
2. Identificação do Associado	06
3. Planos e Coberturas	07
4. Procedimentos para início de Atendimento	10
5. Preenchimento da GTO	11
6. Aprovação e Envio de GTO para Repasse	17
7. Repasse e Recurso de Glosa	18
8. Radiografias e Imagens	19
8. Liberação de GTOs	19
9. Telefones	20



1. Atendimento e Relacionamento com o Credenciado

A AESP Odonto mantém uma política de relacionamento estruturada para proporcionar ao credenciado um atendimento personalizado, ágil e eficiente, através da Central de Atendimento ou via internet.

1.1 – Central de Atendimento ao Prestador (Setor de Credenciamento)

Através da Central de Atendimento ao Prestador o credenciado será atendido por uma equipe devidamente treinada e capacitada a esclarecer dúvidas operacionais, inclusive sobre emissão de senhas de liberações e de códigos de autorização para atendimento aos nossos associados.

Alguns serviços disponíveis através da Central de Atendimento AESP Odonto:

- ❖ Solicitar senha e autorizações dos tratamentos;
- ❖ Solicitar alterações de dados cadastrais do consultório;
- ❖ Informações sobre repasse;
- ❖ Solicitar alteração de GTO;
- ❖ Informações sobre códigos de procedimentos odontológicos e preenchimento de GTO
- ❖ Esclarecimento sobre a utilização do portal da AESP Odonto

1. Atendimento e Relacionamento com o Credenciado

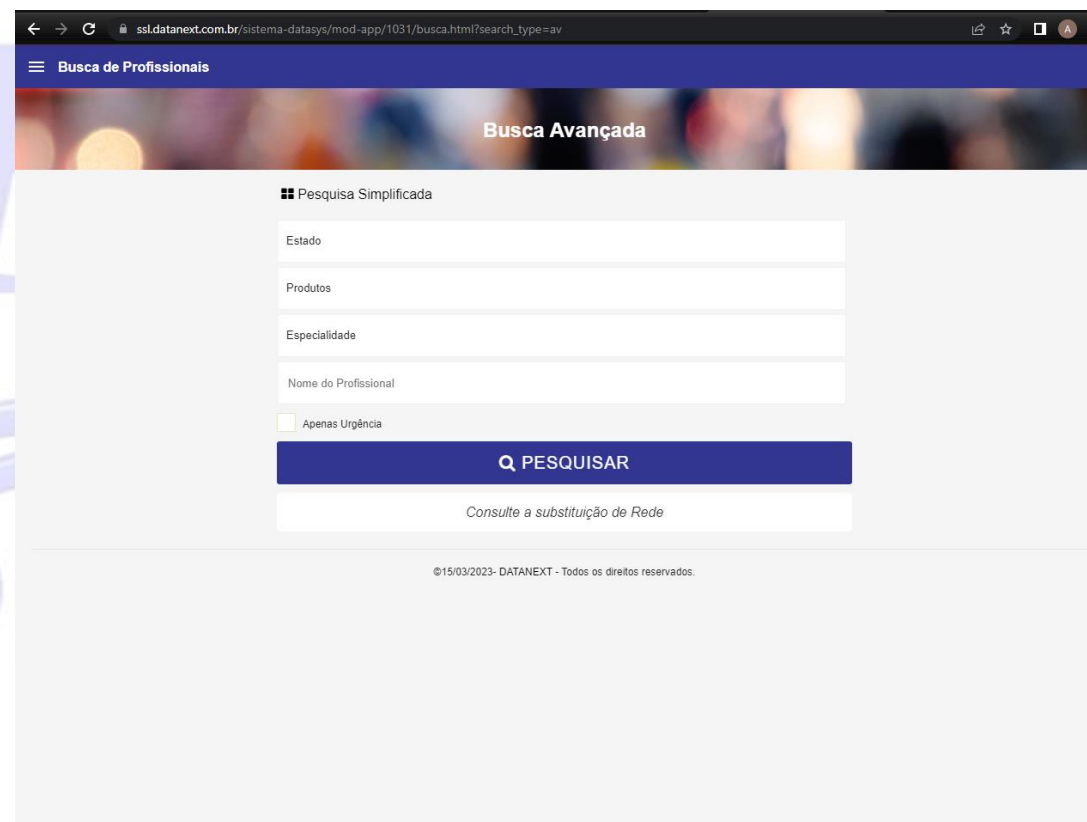
1.2 – Portal AESP Odonto:

Portal AESP Odonto é a maneira mais simples de relacionamento entre a AESP e o credenciado.

Através de um sistema de serviços on-line em ambientes seguros no portal AESP Odonto, o beneficiário poderá de forma prática ter acesso, 24 horas por dia, a todas as informações sobre o atendimento dos prestadores da AESP.

Link para rede credenciada:

https://ssl.datanext.com.br/sistema-datasys/mod-app/1031/busca.html?search_type=av



The screenshot shows a web browser window displaying the 'Busca de Profissionais' (Professional Search) page. The page title is 'Busca Avançada' (Advanced Search). The search form includes the following fields and options:

- Estado (State)
- Produtos (Products)
- Especialidade (Specialty)
- Nome do Profissional (Professional Name)
- Apenas Urgência (Only Urgency)

A blue button labeled 'PESQUISAR' (SEARCH) is located below the search fields. Below the button, there is a link: 'Consulte a substituição de Rede' (Consult the Network Replacement). At the bottom of the page, there is a copyright notice: '©15/03/2023- DATANEXT - Todos os direitos reservados.' (©15/03/2023- DATANEXT - All rights reserved.)

1. Atendimento e Relacionamento com o Credenciado

Alguns serviços disponíveis através do Portal AESP Odonto:

- ❖ Solicitar senha, autorização dos tratamentos e imprimir a GTO;
- ❖ Imprimir o extrato de repasse (demonstrativo de pagamento);
- ❖ Consultar e alterar dados cadastrais do consultórios;
- ❖ Acompanhar o histórico detalhado dos tratamentos odontológicos realizado (histórico bucal);
- ❖ Consultar a rede credenciada (por localização geográfica, proximidade de CEP ou nome);
- ❖ Acompanhar o histórico de solicitações.

Link de acesso ao portal do dentista:

<https://aespodonto.com.br/area-do-dentista/>

2. Identificação do Associado

A AESP Odonto atua em diversos segmentos no mercado (planos corporativos, planos administrados e parcerias estratégicas), e para isso possui um sistema de identificação do associado flexível, ágil e seguro. A identificação do associado no consultório do credenciado é imprescindível para o início do atendimento e pode ser realizado das seguintes formas:

2.1 – Associado com o cartão de Identificação AESP Odonto:

Associado poderá ser atendido mediante a apresentação do cartão de identificação AESP Odonto (ou dos planos administrados pela AESP Odonto) e um documento oficial com foto, conforme modelo apresentados a seguir.

2.5 – Associado sem Cartão de Identificação AESP Odonto:

O associado apresentará um documento oficial com foto e seu código do associado (caso não tem o código apenas documento oficial). Poderá obter o código do associado através do SAC ou pelo portal AESP Odonto.



3. Planos e Coberturas

3.1 – Carência

Nenhum de nossos planos empresariais apresentam carência, Somente os planos físicos.

3.2 – Cobertura Empresarial I PME (Plano Executivo I, Standard, Máster Prata E e Emergencial)

Oferece todo tratamento clínico, baseado na tabela **AESP ODONTO**.

3.3 – Master Prata / Plano Físico

Cobertura:

- ❖ **Dentística** (restaurações em amálgama e resina)..... CARÊNCIA: 30 (TRINTA DIAS)
- ❖ **Periodontia** (raspagem supra gengival)..... CARÊNCIA: 30 (TRINTA DIAS)
- ❖ **Profilaxia** (limpeza e aplicação de flúor)..... CARÊNCIA: 30 (TRINTA DIAS)
- ❖ **Endodontia** (tratamento de canal)..... CARÊNCIA: 60 (SESSENTA DIAS)
- ❖ **Cirurgia** (oral extrações)..... CARÊNCIA: 60 (SESSENTA DIAS)

3. Planos e Coberturas

3.4 – Master Ouro / Plano Físico

Cobertura:

- ❖ **Dentística** (restaurações em amálgama e resina)..... CARÊNCIA: 30 (TRINTA DIAS)
- ❖ **Periodontia** (raspagem supra gengival)..... CARÊNCIA: 30 (TRINTA DIAS)
- ❖ **Profilaxia** (limpeza e aplicação de flúor)..... CARÊNCIA: 30 (TRINTA DIAS)
- ❖ **Endodontia** (tratamento de canal)..... CARÊNCIA: 60 (SESSENTA DIAS)
- ❖ **Cirurgia** (oral extrações)..... CARÊNCIA: 60 (SESSENTA DIAS)
- ❖ **Ortodontia** (aparelho ortodôntico mais as manutenções)..... CARÊNCIA: 60 (SESSENTA DIAS)

4. Procedimento para Início de Atendimento

Para iniciar os atendimentos aos associados da AESP Odonto, o credenciado deverá estar munido de:

- ❖ Código de identificação do credenciado AESP Odonto
- ❖ Valor do U.S indexador para calculo dos valores de honorários odontológicos
- ❖ Manual de atendimento do credenciado; GTO – Guia de Tratamento Odontológico.

4.1 – Agendamento de Consultas:

Ao ser procurado por um dos nossos associados , agende uma consulta de avaliação com a maior brevidade possível. Solicite ao associado que leve no dia da consulta o **código de associado AESP Odonto** ou o **cartão de identificação AESP Odonto** e um documento de **identidade com foto**.

4.2 – Consulta Inicial:

A consulta inicial é o primeiro contato do credenciado com a associado. Por esta razão é fundamental que o Credenciado e sua equipe estejam bem informados sobre as rotinas de atendimento para transmitir segurança e credibilidade ao paciente.

5. Preenchimento da GTO – Guia de Tratamento Odontológico

A GTO – Guia de tratamento Odontológico, formulário padrão definido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) é o formulário para registro dos atendimentos aos Beneficiários que poderá ser utilizada, tanto para solicitação de autorização de atendimento, como para cobrança dos procedimentos realizados.

O Credenciado deverá atentar que para aprovação do tratamento devem ser preenchidos os campos: 01 a 23 e 52 a 56 da GTO, observando que a Senha deve ser imediatamente anotada na GTO juntamente com o planejamento do tratamento.

O preenchimento da GTO deve ser realizado conforme instruções a seguir:

5. Preenchimento da GTO – Guia de Tratamento Odontológico

1. Registro ANS: Refere-se ao Registro da operadora na ANS.
2. Número da Guia: Refere-se ao número da GTO.
3. Data de Emissão da Guia: Refere-se à data de preenchimento da guia.
4. Data da Autorização: Refere-se à data em que a autorização foi concedida.
5. Senha: É o registro/protocolo de abertura do atendimento, fornecida pelo AESP Odonto ou pela Central de Atendimento SAC.
6. Data de Validade da Senha: Refere-se à data de validade da senha de liberação, fornecida pelo AESP Odonto ou pelo SAC.
7. Número da Guia Principal: Refere-se ao número da guia principal (campo 2); será utilizado somente quando o tratamento exceder 17 procedimentos. A senha será fornecida somente para a GTO principal e ambas deverão ser encaminhadas ao final do tratamento, acompanhadas das radiografia as pertinentes, para repasse dentro do prazo estabelecido pela AESP Odonto.
8. Número da Carteira: Corresponde ao código do associado que é fornecido pelo associado ou impresso no cartão de identificação do associado AESP Odonto
9. Plano: Refere-se ao nome do plano do associado, registrado no cartão de identificação ou obtido junto ao SAC.
10. Empresa: Refere-se ao nome da empresa a qual pertence o beneficiário.
11. Data Validade da Carteira: Refere-se à data da validade da carteira do beneficiário.
12. Número do Cartão Nacional de Saúde: Refere-se ao número do cartão nacional de saúde do beneficiário (não preencher).

5. Preenchimento da GTO – Guia de Tratamento Odontológico

13. Nome: Refere-se ao nome do associado que receberá o atendimento do plano odontológico.
14. Telefone: Refere-se ao número do telefone para contato do associado.
15. Nome do Titular do Plano: Refere-se ao nome do titular do plano.
16. Atendimento a RN: (Atendimento Recém Nascido).
17. Nome do Profissional Solicitante.
18. Número no CRO: (Número no Conselho Regional de Odontologia)
19. UF: Refere-se à sigla da Unidade Federativa do registro do responsável técnico, quando pessoa jurídica, no Conselho Regional de Odontologia.
20. Código CBO-S: Código da especialidade conforme tabela de domínio. (Não Preencher)
21. Código na Operadora.
22. Nome do Contratado Executante.
23. Número no CRO: (Número no Conselho Regional de Odontologia).
24. UF: Refere-se à sigla da Unidade Federativa do registro do responsável técnico, quando pessoa jurídica, no Conselho Regional de Odontologia.
25. Código CNES: Refere-se ao código CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde) do contrato de pessoa jurídica ou do profissional executante, quando pessoa física.
26. Nome do Profissional Executante.
27. Número no CRO (Número no Conselho Regional de Odontologia).

5. Preenchimento da GTO – Guia de Tratamento Odontológico

28. UF: Refere-se à sigla da Unidade Federativa do registro do responsável técnico, quando pessoa jurídica, no Conselho Regional de Odontologia.
29. Código CBO-S: Código da especialidade conforme tabela de domínio. (Não Preencher).
30. Tabela: Código identificador da tabela de codificação dos procedimentos, conforme tabela de domínio. (Não Preencher).
31. Código de Procedimento: Deve ser preenchido o código identificador.
32. Descrição: Deve ser especificado o procedimento solicitado/executado, e esse deve ser referente ao campo código do procedimento (campo 31).
33. Dente/Região: Deve ser preenchida a identificação do dente, permanente ou decíduo, ou região a que se refere o plano de tratamento e o procedimento solicitado/executado. Para preenchimento tanto da REGIÃO quanto do DENTE, o profissional solicitante/executante deve utilizar os códigos conforme tabela de procedimentos odontológicos da AESP Odonto.
34. Face: É um campo condicionado ao preenchimento do campo Dente/Região, quando este for referente a um DENTE. Deve ser preenchido para indicar a FACE do dente (permanente ou decíduo) a que se refere o plano de tratamento e o procedimento solicitados/executados.
35. Qtde US: Refere-se à quantidade do procedimento solicitado/executado. Na GTO fornecida pela AESP Odonto, este campo está pré-impresso com o número 1 (um) para facilitar o uso pelos credenciados. O credenciado somente poderá preencher um procedimento por linha.

5. Preenchimento da GTO – Guia de Tratamento Odontológico

36. Qtde US: Refere-se à quantidade de Unidade de Serviço (US) do procedimento solicitado/executado.
37. Valor R\$: Refere-se ao valor em reais do procedimento solicitado/executado.
38. Franquia R\$: Valor em reais do pagamento que o associado fará diretamente ao credenciado, nos planos com franquia. Nos planos com co-participação, não será necessário preencher este campo, pois o pagamento será realizado diretamente ao credenciado pela AESP Odonto, segundo as regras contidas neste manual.
39. AUT: Refere-se ao indicador de existência de autorização para procedimento solicitado/executado letras S (sim) e N (não). Nas GTOs de prótese de pré aprovação, esse campo já estará preenchido.
40. Cód. Negativa : Código negativa do procedimento solicitado/executado.
41. Data de Realização: Refere-se à data em que o procedimento foi realizado. Este campo está condicionado à execução do procedimento.
42. Assinatura: Deve constar, neste campo, assinatura do associado dando ciência da realização do procedimento descrito. Esse campo deverá ser assinado pelo associado na data da realização do procedimento.
43. Data Término do tratamento: Refere-se à data do término do tratamento.
44. Tipo do Atendimento: Refere-se ao tipo do atendimento descrito na referida guia. Pode assumir os valores : 1- Tratamento odontológico; 2- Exame radiológico; 4- Urgência/Emergência; 5 – Auditoria (não preencher).
45. Tipo de Fatura: Informa o tipo de faturamento realizado. Pode assumir os valores: T – Total e P – Parcial.
46. Total de Quantidade US: Somatório da quantidade de US dos procedimentos solicitados/executados.
47. Valor Total R\$: Somatório do valor total em reais dos procedimentos solicitados/executados.

5. Preenchimento da GTO – Guia de Tratamento Odontológico

48. Valor Total Franquia R\$: Somatório do valor total em reais de franquia/co-participação com base no procedimentos solicitados/executados.
49. Observação: Este campo é destinado ao preenchimento de informações adicionais sobre tratamento do associado que não estejam contempladas em outros campos
50. Data da Assinatura do Cirurgião – Dentista Solicitante: Cirurgião – Dentista solicitante do tratamento.
51. Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante.
52. Data da Assinatura do Cirurgião.
53. Assinatura do Cirurgião – Dentista.
54. Data da Assinatura do Beneficiário ou Responsável.
55. Assinatura do Beneficiário ou Responsável.
56. Data do Carimbo da Empresa: Data do atendimento com carimbo do Dentista e assinatura do mesmo.

5. Preenchimento da GTO – Guia de Tratamento Odontológico

1 - Registro ANS		3 - Número da Guia Principal		4 - Data de Autorização		5 - Senha		6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora					
413283		5561811		15/03/2023		5561811		13/06/2023		5561811					
Dados do Beneficiário															
8 - Número da Carteira			9 - Plano			10 - Empresa			11 - Data de Validade da Carteira		12 - Cartão Nacional de Saúde				
88888326323600			EXECUTIVO I			AESP ODONTO ASSISTENCIA EM SP DE ODONTO					99999999999999				
13 - Nome BENEFICIARIO TREINAMENTO DENTISTAS						14 - Telefone Fxo: (01) 28135656 Cel.:		15 - Nome do Titular do Plano BENEFICIARIO TREINAMENTO DENTISTAS			16 - Atendimento a RN				
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento															
17 - Nome do Profissional Solicitante RENATA DE OLIVEIRA CARVALHO						18 - Número no CRO 69732		19 - UF SP		20 - Código CBDS					
21 - Código na Operadora 069732			22 - Nome do Contratado Executante RENATA DE OLIVEIRA CARVALHO			23 - Número no CRO 69732		24 - UF SP		25 - Código CNES 9999999					
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados/ Procedimentos Executados															
30 - Tabela	31 - Cód. do Procedimento	32 - Descrição	33 - Dente/ Região	34 - Face	35 - Qtd	36 - Cód US	37 - Valor R\$	38 - Franquia (R \$)	39 - Aut.	40 - Cod. Negativa	41 - Data de Realização	42 - Assinatura			
01- 22	85100196	RESTAURAÇÃO EM RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 1 FACE (85100196)	18	O	1	60.00	26.40		S		/ / /				
02- 22	85100196	RESTAURAÇÃO EM RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 1 FACE (85100196)	19	M	1	60.00	26.40		S		/ / /				
03- 22	85100196	RESTAURAÇÃO EM RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 1 FACE (85100196)	59	M	1	60.00	26.40		S		/ / /				
04- 22	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL (MANUAL OU ULTRASON) JÁ INCLUI ITEM 8400198 (85300047).11	S		1	55.00	22.00		S		/ / /				
05- 22	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL (MANUAL OU ULTRASON) JÁ INCLUI ITEM 8400198 (85300047).12	I		1	55.00	22.00		S		/ / /				
06- 07- 08- 09- 10- 11- 12- 13- 14- 15-															
43 - Data de Término do Tratamento			44 - Tipo de Atendimento ATENDIMENTO CLÍNICO			45 - Tipo de Faturamento (T) T - Total P - Parcial		46 - Total Quantidade US 290,00		47 - Valor Total R\$ 123,20		48 - Valor Total Franquia (R\$)			
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que, o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.															
49 - Observação / Justificativa															
Esta GTO é válida até: 13/06/2023 -															
50 - Data da Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /				51 - Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante				52 - Data da assinatura do Cirurgião-Dentista / /				53 - Assinatura do Cirurgião-Dentista			
54 - Data da assinatura do Beneficiário ou Responsável				55 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				56 - Data do carimbo da empresa / /							

Modelo de GTO

6. APROVAÇÃO E ENVIO DE GTO PARA REPASSE

Após o lançamento dos procedimentos, a GTO ficará em pré-aprovação e deverão entrar em contato com a Central de Atendimento ou via WhatsApp para liberação da GTO e em seguida o tratamento será liberado e poderá prosseguir com o atendimento.

6.1 – Envio das GTOs (via física)

Todas as guias devem ser encaminhadas para AESP Odonto juntamente com os documentos comprobatórios (imagens, radiografias, laudos, etc.) para: **Alameda Grajaú n° 60 Sala 2814 – Alphaville – SP Cep: 06454-050** - A/C departamento Análise de Contas .
Até o dia 15 de cada mês. Não Podendo Ultrapassar a Data Limite.

6.2 – Envio das GTOs (via digital)

Após finalizar o tratamento, enviar as imagens via portal (App) e enviar por e-mail a capa de lote em anexo, com os números da GTOs.

7. REPASSE E RECURSO DE GLOSA

Pagamento/Repasse

A AESP Odonto realiza o pagamento do repasse até dia 30 do mês seguinte conforme valor registrado no extrato de repasse. Os valores serão creditados em conta corrente ou poupança informada pelo profissional no momento do credenciamento.

As datas de pagamento podem ser fixadas como: 15/20/25/30 a partir do 1º recebimento.

O pagamento do repasse de Pessoa Jurídica é condicionado a emissão de nota fiscal.

A clínica deve encaminhar a nota para o e-mail: recursodeglosa@aespodonto.com.br

7.1 – Recurso de Glosa

O Credenciado não concordando com o extrato disponibilizado em nosso portal, poderá no prazo de 30 (trinta) dias corridos manifesta-se por escrito (recurso) que será respondido ou terá o pagamento ajustado até 30 (trinta) dias da data do protocolo. Deverá encaminhar por e-mail: recursodeglosa@aespodonto.com.br as informações com as devidas justificativas e correções.

8. RADIOGRAFIAS E IMAGENS

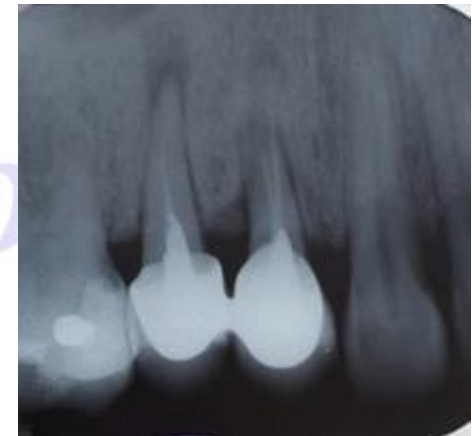
Em alguns tratamentos é possível compor o prontuário do beneficiário com a utilização de fotografias em vez de radiografias.

Nesses casos, a imagem deve permitir a perfeita identificação do dente/região. Orientações importantes sobre a fotografia:

- ❖ Deve possuir boa nitidez, foco e contraste adequados;
- ❖ Não deve ser alterada ou editada;
- ❖ Inserir ao lado da fotografia o número da guia e o nome do paciente, identificar o dente, a região e indicar se a imagem é inicial ou final.

8.1 – Sobre Exames Radiográficos:

As radiografias periapicais e interproximais, devem ser realizadas no próprio consultório, enquanto que as demais podem ser solicitadas para clínicas de radiologia.



9. ORTODONTIA E PRÓTESE

9.1 – Solicitação de Documentação Ortodôntica:

Após a identificação do paciente e verificada as respectivas coberturas, o credenciado deverá realizar o exame Clínico inicial e orientar o paciente a procurar uma clínica radiológica para realização da documentação ortodôntica .

9.2 – Autorização para Início de Tratamento Ortodôntico:

Após a realização da documentação ortodôntica, o credenciamento deverá realizar a consulta de planejamento do tratamento. Na data da consulta o prestador deverá solicitar aprovação via WhatsApp ou telefone.

9.3 – Tratamento Protético:

O Beneficiário tem cobertura para tratamento protético, conforme ROL mínimo ANS. Ao fazer o lançamento na GTO, anexar o raio-x inicial e solicitar aprovação e ao final do tratamento, anexar raio-x final para fins de comprovação e repasse.



TELEFONES

- ❖ *WhatsApp Dentista: 11 99459-1503*
Liberação de GTOs
- ❖ *WhatsApp Credenciamento: 11 97291-4638*

- ❖ *Telefone: 11 2813-5656 (Capital)*
0800 772 0161 (Demais Cidades)
Atendimento ao Dentista