



ANS 41449-2

SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO

REGRA CONTRATUAL

Reembolso é o ressarcimento das despesas decorrentes dos atendimentos ocorridos na área de abrangência geográfica da cobertura contratual sempre que não for possível a utilização dos serviços de prestadores da rede credenciada de cada plano.

Com exceção dos Planos 160 Plus e 180 Plus, a linha de planos da Life Empresarial Saúde **NÃO** contempla reembolso. Porém, nos casos de urgência ou emergência médica em locais onde não há prestador credenciado, o beneficiário terá direito ao ressarcimento.

Os valores de reembolso são calculados de acordo com os limites dos planos contratados e podem ser previamente informados pela Central de Atendimento Life Empresarial Saúde.

Para os Planos 160 Plus e 180 Plus, que contemplam reembolso das despesas médico-hospitalares cobertas contratualmente, o ressarcimento dos valores obedecerá o limite do plano contratado.

Para receber o reembolso é obrigatória a apresentação deste formulário devidamente preenchido, assim como a documentação exigida (check-list no verso) para cada tipo de serviço. A análise da solicitação e o reembolso serão efetuados no prazo de 30 dias a partir da data do recebimento da documentação na Life Empresarial Saúde.

DADOS DO BENEFICIÁRIO SOLICITANTE

EMPRESA CONTRATANTE			
NOME			
CPF	RG	Nº MATRICULA LIFE EMPRESARIAL SAÚDE	
ENDEREÇO			NÚMERO
BAIRRO	CIDADE	UF	CEP
TELEFONE	CELULAR	ID RÁDIO NEXTEL	E-MAIL

DADOS BANCÁRIOS PARA REEMBOLSO

BANCO	AGENCIA	CONTA CORRENTE
NOME DO TITULAR DA CONTA		CPF DO TITULAR DA CONTA

DESCRIÇÃO DOS DOCUMENTOS ANEXOS (recibo, relatório e nome do médico)

Valores (recibos e notas fiscais)

DESCRIÇÃO DOS DOCUMENTOS ANEXOS (recibo, relatório e nome do médico)	Valores (recibos e notas fiscais)

TERMO DE CIÊNCIA

Declaro estar ciente da regra contratual de reembolso e dos dados bancários informados nesta solicitação.

ASSINATURA DO SOLICITANTE

ASSINATURA DO SOLICITANTE

PROTOCOLO DE RECEBIMENTO

PARA USO EXCLUSIVO DA LIFE EMPRESARIAL SAÚDE	
<input type="checkbox"/> Correio	<input type="checkbox"/> Pessoal
_____ NOME E CARIMBO DO RECEPTOR	
_____ LOCAL E DATA	

DOCUMENTOS EXIGIDOS PARA REEMBOLSO

CONSULTAS

- Recibo original do prestador, constando nome do beneficiário, tipo de atendimento, data, valor pago, carimbo do médico (CRM e especialidade), endereço completo do consultório e CPF; ou;

- Nota Fiscal do estabelecimento, deverá constar (timbrados): razão social, CNPJ, endereço completo e todos os dados fiscais legais, bem como nome do beneficiário, tipo de atendimento, data, valor pago, carimbo ou registro de quitação e carimbo do médico responsável pelo atendimento, com nome, especialidade e CRM.

EXAMES

- Recibo original do prestador, constando nome do beneficiário, tipo de atendimento, data, valor pago, carimbo do médico (CRM e especialidade), endereço completo do consultório e CPF; ou;

- Nota Fiscal do estabelecimento, constando a discriminação dos exames realizados e respectivos valores, razão social, CNPJ, endereço completo e todos os dados fiscais legais, bem como o carimbo ou registro de quitação do valor da nota

- Cópia do pedido médico ou do resultado (laudo) dos exames.

PROCEDIMENTOS MÉDICOS (pequenas cirurgias)

- Recibo com nome do beneficiário, os valores unitários referente ao atendimento realizado tipo de atendimento, data, valor pago, carimbo do médico (CRM e especialidade), endereço completo do consultório e CPF

- Relatório médico, especificando nome do beneficiário atendido, data do atendimento, o diagnóstico e procedimento realizado, carimbo médico com nome, especialidade e CRM.

- Laudo anátomo patológico referente à lesão, nos casos de biópsia (apresentar o resultado do material retirado da lesão).

TERAPIAS

(fisioterapia, acupuntura, fonoaudiologia, nutrição, quimioterapia/radioterapia etc)

- Nota Fiscal do estabelecimento, deverá constar (timbrados): razão social, CNPJ, endereço completo e todos os dados fiscais legais, bem como nome do beneficiário, tipo de atendimento, datas de atendimento, valor unitário da sessão e valor pago, carimbo ou registro de quitação e carimbo do médico ou profissional responsável pelo atendimento, com nome especialidade e CRM ou CREFITO.

- Solicitação médica, indicando a hipótese diagnóstica, tipo de tratamento, quantidade de sessões solicitadas, carimbo e assinatura do médico solicitante.

- Guia de serviços profissionais contendo as datas das ses-

sões realizadas, com assinatura do próprio beneficiário, carimbo do fisioterapeuta e o código/tipo de fisioterapia realizada no paciente.

- A solicitação para terapias deve ser feita pelo médico assistente, ou seja, o que está acompanhando o tratamento.

INTERNAÇÕES (Despesas hospitalares)

- Fatura/Nota fiscal emitida pela instituição prestadora de serviços.

- Nome do paciente/Beneficiário

- Período de internação

- Assinatura, carimbo de identificação, CRM e CPF/CNPJ (timbrado)

- Discriminação das despesas hospitalares incluindo, materiais, medicamentos, taxas e o procedimento realizado, constando seus valores unitários.

HONORÁRIOS MÉDICOS

- Recibo original do prestador de serviços contendo.

- Nome do paciente/Beneficiário

- Data de realização do procedimento, período de internação

- Assinatura, carimbo de identificação, CRM e CPF/CNPJ (timbrado).

- Relatório médico constando o carimbo, assinatura, especificação do diagnóstico, tratamento realizado

- Laudo

RECIBOS DE EQUIPE MÉDICA DEVERÃO SER ELABORADOS DA SEGUINTE FORMA:

- quando emitidos por pessoa física, deverão ser elaborados um para cada especialista, de acordo com o grau de participação referente ao procedimento realizado.

- quando emitidos por pessoa jurídica, deverão ser elaborados no valor total da cobrança, podendo ser discriminados todos os especialistas e seus respectivos graus de participação no procedimento realizado. informar os valores unitários de cada profissional.

DADOS PARA ENVIO DA DOCUMENTAÇÃO

Enviar este formulário e a documentação via carta registrada (com ou sem AR – Aviso de Recebimento) ou Sedex, em até 365 dias da data do(s) recibo(s) ou Nota(s) Fiscal(is) para: Life Empresarial Saúde, Av. Indianópolis, 1597 – Indianópolis – São Paulo /SP CEP 04063-003, aos do Departamento de Reembolso. Importante: guarde uma cópia da documentação enviada.