



# 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, 180 Plus, 318 Executivo I e 318 Executivo II, 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 após contato prévio com o Call Center.

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

## DADOS BANCÁRIOS DO TITULAR 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 TITULAR

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO TITULAR

## 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.

## 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 ou nota fiscal.
- 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)

**Para todos os tipos de terapias deve-se solicitar autorização prévia da Life Empresarial Saúde ANTES de iniciar o tratamento. Entre em contato com o Call Center.**

- 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.
- 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 sessões 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.
- Solicitação de autorização prévia ao Call Center.

## HONORÁRIOS MÉDICOS

- Recibo original do prestador de serviços contendo carimbo e assinatura do médico ou nota fiscal
- Solicitação de autorização prévia ao Call Center.
- 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

## 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.