ANS - nº 41449-2

FORMULÁRIO DE 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. Para os planos que não possuem Livre Escolha (reembolso), os beneficiários deverão entrar em contato com o SAC buscando uma alternativa de atendimento no município onde o serviço ou o procedimento for demandado, desde que dentro da área de abrangência do Plano. O prazo para resposta é de até 7 (sete) dias úteis após a solicitação e, caso não haja solução, a Operadora concederá autorização de reembolso, sendo necessário apresentar o número de protocolo disponibilizado pela Central de Atendimento no contato inicial. Os beneficiários dos produtos **EXCLUSIVO, PREMIUM, EXECUTIVO e EXECUTIVO PRIME** poderão escolher qualquer prestador de serviços legalmente habilitado e que não seja integrante da rede credenciada para a realização dos procedimentos cobertos, ao qual pagará diretamente pelo serviço, solicitando posteriormente o reembolso, sendo que o ressarcimento dos valores obedecerá ao limite do plano contratado. O beneficiário titular declara que as informações constantes no pedido de reembolso são verdadeiras, estando ciente de que a não autenticidade dos documentos ou a omissão de qualquer informação, na tentativa de obter vantagem indevida, constitui fraude contra a Operadora, sujeito a perda do direito ao reembolso, cancelamento do plano de saúde e implicações judiciais, além de que o fato será imediatamente comunicado ao empregador (RH) e/ou representante legal da Pessoa Jurídica contratante do plano de saúde. As principais irregularidades não admitidas são: desdobramento de recibos; recibos de atendimento de pessoas diversas (não beneficiários do plano); recibos de atendimento de terceiros (ainda que conste o beneficiário como pagador); recibo falsos, adulterados ou rasurados. Lembramos ainda que este rol não é taxativo, mas sim exemplificativo. A Operadora reserva-se ao direito de contatar o prestador de serviços, emitente do recibo, sempre que julgar necessário para comprovar e atestar a veracidade das informações. Para solicitar o reembolso, é obrigatória a apresentação deste formulário devidamente preenchido, o envio da documentação exigida para cada tipo de serviço (check-list no verso) e comprovante de pagamento da despesa que se pretende reembolsar. 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.

Nº de Protocolo Fornecido pela Central de Atendimento

DADOS DO BENEFICIÁRIO SOLICITANTE

Titular do Plano			Plano
CPF - Titular	RG - Titular	Nº Matrícula Life Empresarial Saúde	
Endereço			Número
Bairro	Cidade	UF	CEP
Telefone	Celular	E-mail	
Nome do Beneficiário que Recebeu o Atendimento			

DADOS BANCÁRIOS DO TITULAR DO PLANO PARA REEMBOLSO

Banco	Agência	Nº da Conta	Tipo de Conta ☐ Corrente ☐ Poupança
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)

TERMO DE CIÊNCIA

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

ASSINATURA DO TITULAR

PROTOCOLO DE RECEBIMENTO

Para uso Exclusivo da Life Empresarial Saúde

☐ Correio ☐ Pessoal

Nome e Carimbo do Receptor

Local e Data

DOCUMENTOS EXIGIDOS PARA REEMBOLSO

CONSULTAS:
• Recibo ou Nota Fiscal original com CPF e CNPJ completo do prestador de serviços e comprovante de pagamento da despesa.

Devem estar descritos:
- Nome do beneficiário que recebeu atendimento;
- Nome do responsável pelo pagamento;
- Data de realização da consulta médica;
- Valor cobrado (numérico e extenso);
- Nome e endereço completo do prestador de serviços;
- Nome completo do Médico, com CPF, CRM e especialidade;
- Assinatura do profissional;
- Discriminação do serviço realizado;
- Consulta em Pronto Socorro encaminhar guia de despesas hospitalares, com a discriminação dos materiais, medicamentos, taxas e procedimentos realizados, com quantidades e valores.

EXAMES:
• Recibo ou Nota Fiscal original com CPF e CNPJ completo do prestador de serviços e comprovante de pagamento da despesa.

Devem estar descritos:
- Nome do beneficiário que recebeu atendimento;
- Nome do responsável pelo pagamento;
- Data de realização;
- Valor cobrado (numérico e extenso);
- Nome e endereço completo do prestador de serviços;
- Discriminação do serviço realizado;
- Cópia do pedido médico ou laudo do exame.

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.

• Recibo ou Nota Fiscal original com CPF e CNPJ completo do prestador de serviços e comprovante de pagamento da despesa.

Devem estar descritos:
- Nome do beneficiário que recebeu atendimento;
- Nome do responsável pelo pagamento;
- Datas, quantidades e valores individuais das sessões;
- Nome e endereço completo do prestador de serviços;
- Nome completo do Médico, com CPF, CRM e especialidade;
- Assinatura do profissional;
- Discriminação do serviço realizado;
- Relatório Médico com a descrição e justificativa para a terapia indicada.

PROCEDIMENTOS / HONORÁRIOS MÉDICOS:
• Recibo ou Nota Fiscal original com CPF e CNPJ completo do prestador de serviços e comprovante de pagamento da despesa.

Devem estar descritos:
- Nome do beneficiário que recebeu atendimento;
- Nome do responsável pelo pagamento;
- Data de realização do procedimento;
- Valor cobrado (numérico e extenso);
- Nome e endereço completo do prestador de serviços;
- Nome completo do Médico, com CPF, CRM e especialidade;
- Assinatura do profissional;
- Discriminação do serviço realizado;
- Relatório Médico especificando o diagnóstico, tratamento realizado, data da cirurgia, período de internação e local de internação;
- No caso de atendimento clínico, devem ser informado a especidade, a quantidade e as datas das visitas cobradas, bem como a cópia das evoluções médicas diárias.

INTERNAÇÕES (DESPESAS HOSPITALARES):
• Recibo ou Nota Fiscal original com CPF e CNPJ completo do prestador de serviços e comprovante de pagamento da despesa.

Devem estar descritos:
- Nome do beneficiário que recebeu atendimento;
- Nome do responsável pelo pagamento;
- Data de realização do procedimento;
- Valor cobrado (numérico e extenso);
- Nome e endereço completo do prestador de serviços;
- Nome completo do Médico, com CPF, CRM e especialidade;
- Assinatura do profissional;
- Discriminação do serviço realizado;
- Relatório Médico justificando a internação, especificando o diagnóstico, tratamento realizado, período de internação e local de internação, bem como a cópia das evoluções médicas diárias, laudo dos exames realizados, descrição cirúrgica;
- Encaminhar guia de despesas hospitalares, com a discriminação materiais, medicmentos, taxas e procedimentos realizaods, com quantidade e valores.

DADOS PARA ENVIO DA DOCUMENTAÇÃO:
Enviar este formulário e a documentação via carta registrada ou Sedex, em até 365 dias da data do(s) ou Nota(s) Fiscal(is) para.

Life Empresarial Saúde
A/C Departamento de Reembolso
Alameda dos Guaramomis, 1176
Bairro: Planalto Paulista - São Paulo/SP
CEP 04076 012

Importante: Guarde uma cópia da documentação enviada.