

Solicitação de Reembolso

Dados do Cliente

Nome do cliente atendido

Código do cliente atendido

Celular

Telefone

Data da solicitação

E-mail

CPF

Endereço

Solicitação de reembolso

Prezado cliente, assinale o motivo que justifique a realização do procedimento em caráter particular:

- Atendimento de urgência e emergência, quando não for possível a utilização em serviços próprios, contratados ou credenciados pelo plano, mediante a apresentação de relatório médico comprovando o quadro de urgência/emergência.
- Ausência e/ou indisponibilidade de rede credenciada para atendimento eletivo.
- Sem cobertura.
- Possui preexistência.
- Em carência.
- Outros (especificar):

Detalhamento do ocorrido (justificando o motivo do atendimento particular):

Dados bancários

Nome do titular ou responsável

CPF

Nome do banco

Nº do banco

Agência

Conta

Corrente

Poupança

Valor total solicitado

Assinatura do titular ou responsável (igual ao documento de identidade)

Solicitação de Reembolso

Orientações para pedido de reembolso

IMPORTANTE: para solicitar reembolso de despesas médico hospitalares, apresente os documentos originais relacionados abaixo, acompanhados do formulário "Solicitação de Reembolso" contendo todas as informações necessárias.

Documentação obrigatória

Cópia / Original

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Termo "Solicitação de Reembolso" devidamente preenchido e assinado pelo cliente, onde constará a solicitação formalizada com a justificativa do pagamento em caráter particular. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Relatório médico declarando o quadro clínico do paciente justificando a necessidade do procedimento realizado em caráter particular (nome do paciente, diagnóstico (CID) e exame/procedimento realizado ou material/medicamento utilizado, data do atendimento, tempo de permanência no hospital e data da alta hospitalar). |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Guia ou pedido médico (carimbado, assinado e datado). |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Recibo e/ou nota fiscal "original", com carimbo, descrição do procedimento, data da realização e nome do cliente atendido. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Conta ou despesa hospitalar detalhada (discriminando materiais e medicamentos consumidos, com preço por unidade, juntamente com notas fiscais, faturas ou recibos do hospital), quando houver. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Comprovantes relativos aos serviços de exames laboratoriais, de radiodiagnósticos e serviços auxiliares, acompanhados do pedido do médico assistente. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Recibos individualizados de honorários dos médicos assistentes, auxiliares e outro, discriminando as funções e o evento a que se referem e, se for o caso, a duração do ato anestésico. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Xerox do cartão bancário ou da folha de cheque do titular do plano. Se o titular for menor, a documentação deve ser do responsável pelo plano. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Xerox da identidade e CPF do titular responsável e do favorecido; para titular menor de idade, onde o solicitante do reembolso seja o responsável, deverá ser comprovada responsabilidade com cópia da certidão de nascimento ou identidade do menor e identidade do responsável, que deverão ser anexadas ao processo ou procuração do titular do plano com firma reconhecida em cartório, concedendo poderes e terceiros. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Solicitação/justificativa médica para a remoção especificando quadro clínico do paciente. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Relatório da remoção, informando a quilometragem percorrida, tipo de ambulância (ambulância básica, UTI, etc.) e local de partida e de destino. |
-

Orientações gerais:

- O prazo para retorno do processo é de 30 dias úteis, contados após a apresentação da documentação obrigatória completa à área responsável do CEAM Brasil;
- A área responsável poderá solicitar a qualquer momento a apresentação de novos documentos, quando necessário;
- Se o cliente não possuir conta bancária (corrente ou poupança), o reembolso será através de cheque nominal (não será processado o reembolso em conta salário ou conta de terceiro sem procuração);
- É permitida a emissão de procuração por parte do Favorecido, com firma reconhecida em cartório, concedendo poderes de recebimento a terceiros.

Estou ciente de todas as informações,

Assinatura ciente