**Solicitação de Reembolso**

|  |  |
| --- | --- |
| **Instruções Gerais** | **Autenticação Mecânica:** |
| 1. **Para receber o reembolso com agilidade e comodidade na conta do titular do seguro cadastre os dados bancários e os mantenha atualizados;**
2. **Caso o titular do plano tenha falecido, favor verificar instruções no site da Seguradora, atendimento das Sucursais ou ligar para a Central de Relacionamento;**
3. **Forma de Pagamento de Reembolso:**
	1. **Crédito em Conta:** **Conforme informações bancárias do titular/ beneficiário legal cadastrado;**
	2. **Ordem de Pagamento: Não havendo dados bancários cadastrados, o reembolso será efetuado por meio de Ordem de Pagamento em qualquer agência do Banco Bradesco no prazo máximo de 30 dias após a sua emissão.**
4. **Central de Relacionamento: 4004-2700 \* SAC: 0800 727 9966 \* Central de Atendimento ao Surdo: 0800 701 2708 \* Ouvidoria: 0800 701 7000;**

**IMPORTANTE: Em caso de inconsistência nos dados bancários cadastrados, o reembolso será automaticamente efetuado por meio de Ordem de Pagamento em qualquer agência do Banco Bradesco no prazo máximo de 30 dias após a sua emissão.** |
|  **Código: 5711** | **Dígito: 9** | **Destino: Bradesco Saúde – Departamento de Reembolso** |
| **Número do Cartão do Paciente:** | **Nome do Paciente:** |
|        |       |
| **E-MAIL:** | **Telefone Celular:** (ddd e número) |
| reembolso\_protcu@tcu.gov.br  | (61) 33167-267 |
| **Aceito receber Informações de Reembolso por E-mail/SMS -** **[ ]  SIM** **[x]  NÃO** |
| **Nome do Segurado Titular:** | **CPF do Segurado Titular:** |
|       |       |
| **Tipo de Processo:** | **Local de Entrada:** | Código | Nome do Local de Entrada: |
| [ ]  INICIAL [ ]  REANÁLISE [ ]  COMPLEMENTO | [ ]  Sucursal [x]  Agência |         |       |
| **Documentação desta solicitação:** |  | **A Bradesco Saúde poderá solicitar documentos complementares, caso seja necessário.** |
| Quantidade de documentos:     | Valor Total dos Recibos: R$       |

|  |
| --- |
| **Para análise do reembolso das despesas cobertas pelo seguro é necessária a entrega da documentação completa conforme abaixo:** |

|  |  |
| --- | --- |
| **A** | **RECIBO / NOTA FISCAL ORIGINAL DEVERÁ CONSTAR** |
| Nome do paciente, data do atendimento, discriminação do recibo item a item da(s) despesa(s) com valores unitários, nome técnico do(s) procedimento(s) realizado(s), CPF/CNPJ do prestador, endereço e telefone do prestador para eventual contato, número do conselho de classe do prestador, assinatura e carimbo do profissional que prestou o atendimento. Descrição do material marca modelo e fabricante, no caso de ostomias.**OBSERVAÇÃO: Recibos de Pagamento a Autônomo (RPA) não são válidos para reembolso.** |
| **B** | **ALÉM DO RECIBO, FAZ-SE NECESSÁRIO O ENVIO DAS SEGUINTES DOCUMENTAÇÕES CONFORME O(S) PROCEDIMENTO(S) REALIZADO(S):** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1 – EXAMES** |  | **7 - Tratamento Ocular Quimioterápico com Antiangiogênico** |
| [ ]  Laudo do(s) exame(s) realizado(s). |  | [ ]  Laudo da Tomografia de Coerência Óptica (OCT) |
| **2 – TERAPIAS (Fisioterapia, Psicoterapia, Fonoterapia, Nutrição, Acupuntura, Terapia Ocupacional)** |  | **8 - Honorários Médicos** |
| [ ]  Relatório do médico que indicou o tratamento constando: nome do paciente, diagnóstico, quadro clínico atual, quantidade e data das sessões, descrição e indicação para a terapia proposta.**OBSERVAÇÕES: 1. A SOLICITAÇÃO DA TERAPIA DEVERÁ SER FEITA POR PROFISSIONAL MÉDICO (CRM). 2. EM CASO DE CONTINUIDADE, O RELATÓRIO DEVERÁ SER ATUALIZADO APÓS 4 MESES. 3. NOS CASOS DE FISIOTERAPIA, DEVERÁ SER ENVIADO LAUDO DE EXAMES RELACIONADOS À DOENÇA.** |  | [ ]  Relatório médico com o procedimento realizado, laudo dos exames (imagem e anatomopatológico), boletim operatório datado, assinado e carimbo legível. |
|  |
|  |
|  | **9 – INTERNAÇÃO** |
|  | [ ]  Relatório médico detalhado com diagnóstico, tempo de evolução, descrição e período da internação. Encaminhar discriminação item a item das despesas hospitalares / ambulatoriais com os respectivos valores unitários. |
|  |
|  |
|  |
| **3 – PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS** |  | **10 - PRÓTESES e Órteses** |
| [ ]  Relatório médico constando: nome do paciente, diagnóstico e tratamento realizado. Nos casos de pequenas cirurgias, encaminhar descrição detalhada das lesões e os procedimentos realizados. |  | [ ]  Nota Fiscal ORIGINAL do fornecedor/distribuidor/fabricante onde deverá constar: nome e CNPJ do emitente, data da emissão, nome do paciente, valor pago, discriminação detalhada, marca e modelo. |
|  |
|  |
| [ ]  Laudo anatomopatológico e/ou exames, previamente realizados, relacionados à doença (caso haja). Se despesa hospitalar/ambulatorial, encaminhar discriminação com valores unitários de materiais e medicamentos utilizados. |  |
|  | **11 - Vasectomia e Laqueadura** |
|  | [ ]  Declaração de Consentimento assinada, carimbada pelo médico assistente, pelo paciente e cônjuge com firma reconhecida em cartório. **OBSERVAÇÃO: FORMULÁRIO DISPONÍVEL NO SITE DA SEGURADORA OU NAS UNIDADES DE ATENDIMENTO.** |
| **4 – REMOÇÕES EM AMBULÂNCIA** |  |
| [ ]  Relatório médico contendo: diagnóstico, indicação, data da remoção, distância percorrida em km, local de partida e destino, tipo de ambulância (UTI ou Simples) e discriminação do valor honorário médico. |  |
|  |
|  | **12 – OSTOMIAS** |
| **5 – DIÁLISES, QUIMIOTERAPIA E RADIOTERAPIA** |  | [ ]  Relatório médico que deverá constar: doença de base que levou a confecção do estoma, tipo de cirurgia realizada, permanência do estoma, tipo de estomia, alça terminal, duas bocas ou outras, localização da região abdominal e do sistema digestório ou urinário, data da realização do procedimento cirúrgico, quadro clínico atual e definição dos equipamentos necessários. |
| [ ]  Relatório médico com diagnóstico e indicação para o tratamento, planejamento terapêutico, número de sessões com suas datas e valores pagos. Encaminhar discriminação item a item das despesas hospitalares / ambulatoriais com os respectivos valores unitários. |  |
|  |
|  |
|  |
| **6 - TERAPIAS AntiNeoplásica Oral para tratamento do câncer e terapia para tratamento de efeitos colaterais relacionadas à Quimioterapia** |  | **OBSERVAÇÕES**  |
|  | * Informamos que determinados procedimentos possuem diretrizes de utilização reguladas pela ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar), razão pela qual é de suma importância o envio de toda documentação relacionada neste formulário.
 |
|  |
| [ ]  Relatório médico informando o diagnóstico, a indicação, a dose preconizada e o planejamento terapêutico. |  |
|  | * O não envio da documentação COMPLETA pode acarretar em solicitação, por parte da operadora de documentação complementar que pode postergar a conclusão da análise do reembolso. A partir do recebimento da documentação complementar, inicia-se uma nova contagem de prazo.
 |
| [ ]  Prescrição médica, datada, com carimbo e assinatura do médico assistente.**OBSERVAÇÃO: A PRESCRIÇÃO MÉDICA DEVERÁ SER ATUALIZADA MENSALMENTE.** |  |
|  |
|  |
| [ ]  Laudo de exames, tais como: anatomopatológico e/ou imunohistoquímica nos casos de quimioterápico oral. |  | * Os procedimentos listados acima terão suas coberturas avaliadas de acordo com o plano contratado.
 |
|  |
|  |  |  |
| É necessário o envio da documentação para que haja o entendimento dos valores cobrados e a análise de reembolso conforme a resolução da ANS vigente à época do evento. |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **JUNHO/2015** | **PÁG. 01/02** | CÓD. FORM. ELETR. 0518 |



** Solicitação de Reembolso**

|  |
| --- |
| **USO INTERNO DA SEGURADORA** |
| (Carimbos) |
| **Número do Sinistro HM/THSM:** | **Data do Evento:** | **Senha:** |
|  |  |  |
| **HONORÁRIOS MÉDICOS** |
| **Discriminação** | **Quantidade** | **Procedimento** | **Quantidade de U.S./CRS do Evento** | **Plano** | **Valor da U.S./CRS do Plano** | **Valor Calculado R$:** | **Valor cobrado R$:** |
| **1- Cirurgião** |  |  |  |  |  |  |  |
| **2- 1º Auxiliar** |  |  |  |  |  |  |  |
| **3- 2º Auxiliar** |  |  |  |  |  |  |  |
| **4- 3º Auxiliar** |  |  |  |  |  |  |  |
| **5- Anestesista** |  |  |  |  |  |  |  |
| **6- Instrumentador** |  |  |  |  |  |  |  |
| **7- Clínico** |  |  |  |  |  |  |  |
| **8- Pediatra** |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Peq. Atendimento** |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Número Sinistro HP:** |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Materiais** |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Despesas Hospitalares** |
| **Itens** | **Diárias** | **Taxa Material** | **Medicamentos** | **Laboratório** | **Honorários** | **Exame de Imagem** | **Fisiot. Outro** | **Total** |
| **Cobrado** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Pago** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Glosa** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Diária de despesas não comprovadas** | **Número de Dias** | **Valor por dia (R$)** |  | **Total (R$)** |
|  |  |  |  |  |
|  | **Total Geral:** |
| **Carimbo 1 - Recepção** | **Carimbo 2 – Departamento de Reembolso** | **Carimbo 3 - Análise** | **Carimbo 4 - Pagamento** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **JUNHO/2015** | **PÁG. 02/02** | CÓD. FORM. ELETR. 0518 |

