

Nº do Processo

Nº do Protocolo

SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO LIVRE-ESCOLHA

Nome do Titular	Plano <input type="checkbox"/> Básico <input type="checkbox"/> Superior <input type="checkbox"/> Executivo	UF
Nome do Beneficiário (se diferente do titular)	Matrícula	Cód. Dep.

Procedimentos Realizados	Documentação Apresentada		
	Qtde.	Tipo de Documento	Valor
<input type="checkbox"/> Consultas Médicas _____ (especialidade)	()	Recibo de Profissional Autônomo	
	()	Nota Fiscal de Prestação de Serviços	
<input type="checkbox"/> Exames Nº da senha: _____	()	Requisição Médica	
	()	Recibo de Profissional Autônomo	
	()	Nota Fiscal de Prestação de Serviços	
<input type="checkbox"/> Tratamentos Seqüenciais (fisioterapia, escleroterapia, etc.) Nº da senha: _____	()	Requisição Médica	
	()	Recibo de Profissional Autônomo	
	()	Nota Fiscal de Prestação de Serviços	
<input type="checkbox"/> Honorários Médicos	()	Relatório Médico	
	()	Recibo de Profissional Autônomo	
	()	Nota Fiscal de Prestação de Serviços	
<input type="checkbox"/> Despesas Hospitalares Nº da senha: _____	()	Relatório Médico	
	()	Nota Fiscal de Prestação de Serviços	
	()	Conta Hospitalar Analítica	
<input type="checkbox"/> Outros Procedimentos _____ Nº da senha: _____	()	Relatório Médico	
	()	Nota Fiscal de Prestação de Serviços	
	()	Nota Fiscal de Venda ao Consumidor	
	()	Conta Hospitalar Analítica	
Valor Total			R\$

Informações Adicionais

RESERVADO AO ASSOCIADO TITULAR

Declaro ter pleno conhecimento das normas regulamentares que regem o benefício solicitado, não restando quaisquer dúvidas quanto aos meus direitos, bem como dos documentos comprobatórios necessários.

Local	Data	Assinatura do Titular
-------	------	-----------------------

RESERVADO À CAPESESP

Qtde. Recibos/NF	Valor Total dos Recibos	Data para Crédito	Data de Recebimento	Recebido Por
------------------	-------------------------	-------------------	---------------------	--------------

REGULAMENTO REEMBOLSO LIVRE-ESCOLHA

Art.17 - O reembolso livre-escolha, previsto em cada plano, deverá ser solicitado pelo TITULAR em formulário próprio, obedecendo as normas administrativas da CAPESESP.

Parágrafo Único – A abrangência, cobertura, limites, carências e exclusões previstas neste Regulamento se aplicam também para os casos de pedidos de reembolso de despesas médico-hospitalares.

Art.18 - É necessária a apresentação da seguinte documentação original, para solicitação do citado benefício na CAPESESP, além do formulário pedido de reembolso Livre-Escolha devidamente preenchido e assinado pelo TITULAR:

I. Consultas médicas:

- a) Quando o prestador de serviços é um médico autônomo (pessoa física):
 1. recibo de pagamento a autônomo (RPA) ou similar.
- b) Quando o prestador de serviços é uma instituição (pessoa jurídica):
 1. nota fiscal de prestação de serviços.

II. Exames e Pequenos Atendimentos e Tratamentos Seqüenciais:

- a) Quando o prestador de serviços é um médico autônomo (pessoa física):
 1. recibo de pagamento a autônomo (RPA) ou similar;
 2. pedido médico contendo a indicação clínica que justifique a realização do evento.
- b) Quando o prestador de serviços é uma instituição (pessoa jurídica):
 1. nota fiscal de prestação de serviços;
 2. pedido médico contendo a indicação clínica que justifique a realização do evento.
- c) Quando o prestador de serviços é um profissional da área de saúde, mas não é médico, portanto não cadastrado no Conselho Regional de Medicina, como fisioterapeutas e ortoptistas:
 1. nota fiscal de prestação de serviços emitida pela clínica especializada na qual o profissional realizou o atendimento;
 2. pedido médico contendo a indicação clínica que justifique a realização do evento.

III. Honorários médicos decorrentes de internações:

- a) Quando o prestador de serviços é um médico autônomo (pessoa física):
 1. recibo de pagamento a autônomo (RPA) ou similar;
 2. relatório médico contendo o diagnóstico, tratamento efetuado, data do atendimento e, se for o caso, a condição de urgência ou emergência.
- b) Quando o prestador de serviços é uma instituição (pessoa jurídica):
 1. nota fiscal de prestação de serviços;
 2. relatório médico contendo o diagnóstico, tratamento efetuado, data do atendimento e, se for o caso, a condição de urgência ou emergência.
- c) Quando o prestador de serviços é um profissional da área de saúde, mas não é médico, portanto não cadastrado no Conselho Regional de Medicina, como instrumentadores:
 1. nota fiscal de prestação de serviços emitida pelo estabelecimento em que foi realizado o procedimento, ou recibo de pagamento a autônomo (RPA), ou similar emitido pelo próprio, desde que preenchida uma das condições a seguir:
 - relatório ou informação no verso do recibo emitida pelo médico responsável pela cirurgia;
 - cópia do boletim cirúrgico e/ou folha de sala, na qual conste a identificação deste profissional.
 2. Relatório médico contendo o diagnóstico, tratamento efetuado, data do atendimento e, se for o caso, a condição de urgência ou emergência.

IV. Despesas hospitalares decorrentes de uma internação:

1. nota fiscal de prestação de serviços;
2. conta hospitalar analítica em papel timbrado da instituição, contendo a discriminação de todos os gastos provenientes da internação, período, tipo de acomodação e principais intercorrências;
3. relatório médico contendo o diagnóstico, tratamento efetuado, data do atendimento e, se for o caso, a condição de urgência ou emergência.

V. Remoções:

1. nota fiscal de prestação de serviços;
2. conta analítica em papel timbrado da instituição, contendo a discriminação de todos os gastos provenientes da remoção, tais como o tipo de ambulância utilizada (simples ou UTI), o trajeto percorrido, citando o local de origem e destino da remoção, bem como a quantidade de quilômetros rodados;
3. relatório médico que comprove a impossibilidade de locomoção do paciente pelos meios tradicionais e justifique, quando for o caso, a necessidade de acompanhamento médico.

VI. Lentes intra-oculares:

1. nota fiscal emitida pelo fornecedor que efetuou a venda do produto ao associado, contendo o nome do paciente, a marca e o tipo de lente intra-ocular comercializada e o valor cobrado;
2. relatório do médico oftalmologista, contendo o diagnóstico e a data da cirurgia através da qual a lente intra-ocular foi implantada no paciente.

Parágrafo Primeiro – No RPA, devem constar a devida identificação do médico assistente, com nome, nº do CPF, nº do CRM; endereço do consultório e assinatura, bem como a discriminação do nome do paciente atendido; os eventos realizados, seus respectivos valores unitários ou totais; a data do atendimento e a especialidade médica, nos casos de consulta.

Parágrafo Segundo – Na nota fiscal de serviços devem constar a devida identificação da instituição, com nome, nº do CGC, nº da inscrição estadual, nº da inscrição municipal e endereço, bem como a discriminação do nome do paciente atendido; os eventos realizados, seus respectivos valores unitários ou totais; a data do atendimento e a especialidade médica, nos casos de consulta.

Art.19 - Os pedidos de reembolso de despesas médicas, de qualquer natureza, deverão ser apresentados à CAPESESP no prazo máximo de 60 (sessenta) dias contados da realização do evento ou alta hospitalar.

Obs.1: **Todo procedimento que necessita de senha para liberação de atendimento na Rede Credenciada, também precisará no caso de atendimento no sistema de Livre-escolha.**

Obs.2: Este Regulamento é parte integrante do Regulamento do Plano de Benefícios Assistenciais da CAPESESP.