

ANS - nº 324477

Protocolo Geral

324477

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, que constam do Regulamento do produto assistencial ao qual o beneficiário está inscrito, cujas condições principais estão transcritas a seguir, não restando quaisquer dúvidas quanto aos meus direitos, bem como dos documentos comprobatórios necessários. Declaro estar ciente de que a lista de procedimentos reembolsáveis é limitada, bem como que o valor do reembolso varia em função do produto (plano de saúde) ao qual o beneficiário está vinculado no momento da sua realização.

Declaro ter ciência de que, conforme previsto no Art. 22, abaixo transcrito, todo procedimento que necessita de autorização prévia (senha) para atendimento na rede credenciada, também o requer no caso de atendimento no sistema de livre-escolha.

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. 21 - As Tabelas Capesesp de Valores de Reembolso praticadas pelo Plano estarão disponíveis em moeda corrente, dispensando cálculos, para consulta do beneficiário na página da entidade na internet, nas gerências estaduais e pólos da Capesesp e na área de convênios das Patrocinadoras. Dúvidas com relação à tabela de reembolso praticada podem ser tiradas através das centrais de atendimento telefônico disponíveis.
- Art. 22 - Todas as normas definidas quanto à abrangência, cobertura, carências, exclusões, autorizações prévias (senhas), co-participações e limites previstos neste Regulamento se aplicam também para os casos de pedidos de reembolso.
- Art. 23 - O valor de reembolso não será inferior ao praticado diretamente na rede credenciada.
- Art. 24 - Os reajustes dos valores das tabelas de reembolso ocorrerão periodicamente quando alterados os valores praticados diretamente na rede credenciada.
- Art. 25 - Além do formulário próprio devidamente preenchido e assinado pelo TITULAR, é necessária a apresentação da seguinte documentação original para solicitação do reembolso:
- I. Nos casos de consultas médicas:
 - a. quando o prestador de serviços é um profissional autônomo (pessoa física): recibo de pagamento a autônomo (RPA) ou similar;
 - b. quando o prestador de serviços é uma pessoa jurídica: nota fiscal de prestação de serviços.
 - II. Na hipótese da despesa se referir à realização de exames, pequenos atendimentos e tratamentos sequenciais:
 - a. quando o prestador de serviços é um profissional autônomo (pessoa física): recibo de pagamento a autônomo (RPA) ou similar e o pedido médico contendo a indicação clínica que justifique a realização do procedimento;
 - b. quando o prestador de serviços é uma pessoa jurídica: nota fiscal de prestação de serviços e o pedido médico contendo a indicação clínica que justifique a realização do procedimento.
 - III. Nos casos de honorários médicos decorrentes de internações:
 - a. quando o prestador de serviços é um profissional autônomo (pessoa física): recibo de pagamento a autônomo (RPA) e o 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 pessoa jurídica: nota fiscal de prestação de serviços e o relatório médico contendo o diagnóstico, tratamento efetuado, data do atendimento e, se for o caso, a condição de urgência ou emergência.
 - IV. Na hipótese de reembolso de despesas hospitalares decorrentes de uma internação:
 1. nota fiscal de prestação de serviços;
 2. conta hospitalar analítica em papel timbrado da empresa, 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. Nos casos de remoções:
 1. nota fiscal de prestação de serviços;
 2. conta analítica em papel timbrado da empresa, 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 por meios convencionais e justifique, quando for o caso, a necessidade de acompanhamento médico.
 - VI. Nas solicitações de reembolso de despesas com lentes intra-oculares:
 1. nota fiscal emitida pelo fornecedor que efetuou a venda do produto ao beneficiário, contendo o nome do paciente, a marca e o tipo de lente intraocular comercializada e o valor cobrado;
 2. relatório do médico oftalmologista, contendo o diagnóstico e a data da cirurgia por meio da qual a lente intraocular foi implantada.

Parágrafo Primeiro - No RPA deve constar a devida identificação do médico assistente, com nome, n.º do CPF, n.º 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 de cada atendimento, inclusive no caso de tratamentos sequenciais, bem como a especialidade médica, nos casos de consulta.

Parágrafo Segundo - Na nota fiscal de serviços devem constar a devida identificação da instituição, com nome, n.º do CNPJ, n.º da inscrição estadual, n.º 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 de cada atendimento, inclusive no caso de tratamentos sequenciais, bem como a especialidade médica, nos casos de consulta.
- Art. 26 - Os pedidos de reembolso de qualquer natureza, deverão ser apresentados ao Plano no prazo máximo de 1 (um) ano contados da realização do evento ou alta hospitalar, sendo pagos no prazo máximo de trinta dias após a entrega da documentação adequada.