**#10**

**NUP:**      **/**

**PROTOCOLO DE ATENDIMENTO:**

**UAR/NAR:**

**FOP 026.11 - Solicitação de Reembolso de Despesas Médicas/Odontológicas**

|  |
| --- |
| **INFORMAÇÕES DO BENEFICIÁRIO (TITULAR)** |
|  **Nome do Beneficiário (completo e sem abreviação):**  |
|  **CIB:**       |  **CPF:**       |  **Data de Nascimento:**    /    /      |
|  **Telefone Contato:** (    )       | **E-mail:**       |
|  **Endereço:**       |
|  **Município:**       |  **UF:**       |  **CEP:**       |
| **INFORMAÇÕES DO BENEFICIÁRIO (DEPENDENTE)****(se o paciente for o titular, não necessita preencher os campos abaixo)** |
|  **Nome do Beneficiário (completo e sem abreviação):** |
|  **CIB:**       |  **CPF:**       |  **Data de Nascimento:**    /    /      |
|  **Telefone Contato:** (    )       | **E-mail:**       |
|  **Endereço:**       |
|  **Município:**       |  **UF:**       |  **CEP:**       |
| **INFORMAÇÕES DOS COMPROVANTE DAS DESPESAS - NOTAS/RECIBOS** |
|  **Quantidade de Notas/Recibos:**       |  **Valor Total Apresentado (R$):**        |
| **TIPO DE SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO**  | **N° PROTOCOLO ALÇADA (nos casos de reembolso integral)** |
| [ ]  **Integral** [ ]  **Livre-Escolha** |       |
| **TIPO DE ATENDIMENTO** |
| [ ]  **Assistencial** | [ ]  **Urgência/Emergência** | [ ]  **Acidente de Trabalho** |
| Nota 01: Caso seja selecionada a opção de REEMBOLSO INTEGRAL, deverá ser anexado a este formulário, o FOP 093 - Garantia de Atendimento – Enquadramento da Modalidade, com a autorização prévia de atendimento.Nota 02: Caso seja selecionada a opção de Acidente de Trabalho, deverá ser anexado o documento de Nexo Causal e a CAT de aprovação da área responsável. |
| **OBSERVAÇÕES** |
|       |
| **INFORMAÇÕES** |
| 1. O pagamento (crédito) do valor do reembolso será realizado na conta corrente do Beneficiário Titular cadastrada na Operadora. Caso haja dúvidas dessa informação, deverá ser verificado junto a unidade regional do seu estado. No caso de dados bancários desatualizados, o pagamento ficará suspenso até a devida regularização pelo beneficiário.
2. O prazo para solicitação de reembolso assistencial é de até um ano (365 dias), contados a partir da data da emissão da nota fiscal ou recibo de atendimento, que deve conter os dados do beneficiário, data de atendimento, procedimentos realizados, dados do profissional ou clínica e o local de atendimento.
3. Os reembolsos assistenciais estão limitados ao rol de cobertura e regras operacionais da Postal Saúde, assim como os valores dos ressarcimentos serão efetuados até o limite dos valores praticados pela Operadora na cidade de atendimento (salvo em casos de autorização prévia de reembolso integral), limitado ao valor do Recibo ou Nota Fiscal, mediante análise prévia técnica e administrativa para validação da documentação pertinente.
4. A tabela de referência para reembolso Livre Escolha da Postal Saúde está disponível para consulta no site da Postal Saúde área logada “Minha Postal”.
5. Toda documentação pertinente para análise do reembolso, deve ser mantida em vias originais pelo beneficiário, por até cinco anos contados da data de entrega, período este, que a Postal Saúde, poderá solicitar os originais para conferência e auditoria. Para fins de processamento e análise do reembolso, serão encaminhadas para a Operadora cópias digitalizadas, legíveis, sem dupla grafia e sem rasuras.
6. O prazo para o pagamento (crédito) do valor do reembolso será de até 30 (trinta) dias corridos, a partir da entrega da documentação completa. Se houver necessidade de documentação complementar, a UAR/NAR comunicará o beneficiário de que deverá encaminhar a documentação regularizada e o prazo passará a ser contado a partir da nova data de entrega.
7. Não são passíveis de reembolso pedidos com documentação incompleta, documentos ilegíveis, dupla grafia, rasuras ou emendas sem ressalva do emitente
 |
| **DOCUMENTAÇÃO IMPRESCINDIVEL PARA SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO**  |
| 1. **Para Consultas Médicas:**
2. **Recibo ou Nota Fiscal**: constando as seguintes informações obrigatórias:
* Nome do profissional ou Razão Social;
* CPF (somente nos recibos) ou CNPJ (somente em notas fiscais);
* Endereço completo;
* Telefone;
* Especialidade;
* Assinatura do profissional (somente nos recibos);
* Dados do profissional que realizou o atendimento: nome/especialidade e o número do conselho de classe do profissional;
* Nome do Paciente;
* Data do Atendimento;
* Descrição do serviço prestado (deverá constar a especialidade médica atendida);
* Valor pago pela consulta;
1. **Comprovante de Pagamento:** Recibo ou Nota Fiscal acrescido do comprovante de transferência bancária ou da maquininha (nos casos de pagamento por meio de cartão de crédito, débito ou PIX). Nos casos de pagamento em espécie, deve haver recibo atestando que o pagamento foi efetuado em espécie e o valor;
2. **FOP 026 – Declaração para Reembolso de Despesas Médicas:** Formulário disponível na página da Postal Saúde <https://www.postalsaude.com.br/documentos/#formularios> devidamente preenchido, datada e assinado pelo Beneficiário titular ou responsável;
3. **Para Exames de SADT e Tratamentos Seriados**: Nos casos de Tratamento seriado deve ser informada a quantidade e data das sessões realizadas (informadas pelo profissional que realizou atendimento), valor unitário por sessão e o valor total. A data de emissão do Recibo ou Nota Fiscal deve ser posterior à data de realização do procedimento solicitado.
4. **Recibo ou Nota Fiscal** constando as seguintes informações obrigatórias:
* Nome do profissional ou Razão Social;
* CPF ou CNPJ;
* Endereço completo;
* Telefone;
* Assinatura do profissional;
* Dados do profissional que realizou o atendimento: nome/especialidade e o número do registro no conselho de classe do profissional que realizou o atendimento;
* Nome do paciente;
* Data do Atendimento;
* Descrição do serviço prestado; e
* Valor pago por procedimento.
1. **Comprovante de Pagamento** Recibo ou Nota Fiscal acrescido do comprovante de transferência bancária ou da maquininha (nos casos de pagamento por meio de cartão de crédito, débito ou PIX), nos casos de pagamento em espécie deve haver recibo atestando que o pagamento foi efetuado em espécie e o valor;
2. **Pedido Médico ou Relatório Médico** datado e constando os seguintes dados:
* nome do paciente;
* indicação para a realização do exame/ tratamento seriado;
* diagnóstico;
* quadro clínico atual;
* nome técnico de cada exame;
* justificativa clínica para a solicitação;
* assinatura do profissional;
* Dados do profissional que realizou o atendimento: nome/especialidade e o número do registro no conselho de classe do profissional que realizou o atendimento.
1. **FOP 026 – Declaração para Reembolso de Despesas Médicas,** Formulário disponível na página da Postal Saúde <https://www.postalsaude.com.br/documentos/#formularios> devidamente preenchido, datado e assinado pelo Beneficiário titular ou responsável.

A solicitação da terapia deverá ser feita por um profissional médico (CRM), e em caso de continuidade no tratamento, o relatório deverá ser atualizado após 06 (seis) meses;1. **Para Internação ou Honorários vinculados à Internação:** Nos casos de internação em rede credenciada e, quando a cobrança se refere apenas aos **honorários médicos de profissionais não credenciados**, é obrigatória a informação sobre a posição cirúrgica do médico que exerceu o procedimento (cirurgião, 1ºauxiliar, 2º auxiliar, anestesista ou instrumentador) juntamente com seus registros profissionais (a ausência dessas informações acarreta devolução da documentação ao beneficiário).
2. **Recibo ou Nota Fiscal** constando as seguintes informações:
* Nome do profissional ou Razão Social;
* CPF ou CNPJ;
* Endereço completo;
* Telefone;
* Assinatura do profissional;
* Dados do profissional que realizou o atendimento: nome/especialidade e o número do registro no conselho de classe do profissional que realizou o atendimento;
* Nome do paciente;
* Data do Atendimento;
* Descrição do serviço prestado;
* Valor unitário por procedimento;
* Valor total do procedimento.
1. **Comprovante de Pagamento:** Recibo ou Nota Fiscal, acrescido do comprovante de transferência bancária ou da maquininha (nos casos de pagamento por meio de cartão de crédito, débito ou PIX). Nos casos de pagamento em espécie, deve haver recibo atestando que o pagamento foi efetuado em espécie e o valor;
2. **Pedido Médico ou Relatório Médico** datado e constando os seguintes dados:
* Nome do paciente;
* Diagnóstico e indicação do paciente;
* nome técnico do procedimento a ser realizado;
* justificativa técnica para a internação cirúrgica;
* assinatura do médico assistente;
* Dados do profissional que realizou o atendimento: nome/especialidade e o número do registro no conselho de classe do profissional que realizou o atendimento;
* Visita Médicas - devem constar o nome do médico, a especialidade, datas e número de visitas realizadas.
1. **Conta Hospitalar Analítica** deverá ser apresentada em papel timbrado do prestador de serviços, contendo os seguintes dados:
* Período da internação (data da internação/ data da alta);
* Tipo de Atendimento (Eletivo, Urgência ou Emergência);
* Tipo de acomodação (apartamento/ UTI/ CTI);
* Relacionar todos os gastos provenientes da internação (diárias de apartamento, diárias de UTI, taxas, gases medicinais, taxa de utilização de equipamentos especiais, materiais, medicamentos, honorários médicos (grau de participação na cirurgia) entre outros);
1. **Relatório** **pós-operatório ou relatório de internação** detalhado pelo médico responsável com descrição completa do ato cirúrgico ou da internação;
2. **FOP 026 – Declaração para Reembolso de Despesas Médicas,** Formulário disponível na página da Postal Saúde <https://www.postalsaude.com.br/documentos/#formularios> devidamente preenchido, datada e assinado pelo Beneficiário titular ou responsável.
3. **Odontologia:**
4. **Recibo ou Nota Fiscal** constando as seguintes informações:
* Nome do profissional ou Razão Social;
* CPF ou CNPJ;
* Endereço completo do profissional ou do estabelecimento;
* Telefone;
* Assinatura do profissional;
* Nome/especialidade e o número do registro no conselho de classe do profissional que realizou o atendimento;
* Nome do paciente;
* Data do Atendimento;
* Descrição do serviço prestado;
* Valor pago por procedimento;
1. **Comprovante de Pagamento:** Recibo ou Nota Fiscal, acrescido do comprovante de transferência bancária ou da maquininha (nos casos de pagamento por meio de cartão de crédito, débito ou PIX). Nos casos de pagamento em espécie, deve haver recibo atestando que o pagamento foi efetuado em espécie e o valor;
2. **Pedido/Relatório detalhado do dentista;**
3. **FOP 026 – Declaração para Reembolso de Despesas Médicas,** Formulário disponível na página da Postal Saúde <https://www.postalsaude.com.br/documentos/#formularios> devidamente preenchido, datada e assinado pelo Beneficiário titular ou responsável.
 |
| **DECLARAÇÃO** |
| **Declaro** estar ciente, sob pena dos artigos 171 e 299 do código penal e 927 do código civil, que os serviços médicos/hospitalares e/ou odontológicos descritos no(s) documento(s) fiscal(is) ou recibo(s) foi(foram) por mim devidamente pago(s), assim como, sob pena do artigo 304 do código Penal Brasileiro, que a divisão de recibos (fracionamento de valor de consulta), para solicitar o reembolso de procedimentos não ocorridos, bem como a emissão de recibo de procedimento divergente do realizado, constitui crime de fraude e desobriga a Postal Saúde de realizar o reembolso de qualquer valor. |
| **ASSINATURA BENEFICIÁRIO** |
| Declaro que todas as informações são verdadeiras.**Local e Data**      ,   /   /      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Assinatura do Beneficiário ou responsável** |
| **ASSINATURA UAR/NAR** |
| **Responsável pela UAR/NAR:**        | **Cargo:**       |
| **Assinatura do Gerente ou Supervisor de Núcleo de Atendimento Regional** |

****