

SOLICITACAO PARA REEMBOLSO

NOME DO BENEFICIÁRIO (PACIENTE): _____

SERVIÇO REALIZADO

DEMAIS DADOS ABAIXO SÃO DO BENEFICIÁRIO TITULAR DO PLANO DE SAÚDE

NOME DO TITULAR: _____

CÓDIGO CARTÃO: _____ CPF: _____

ENDEREÇO: _____

_____ CEP: _____

TELEFONE: _____ EMAIL: _____

COMO DESEJA RECEBER O REEMBOLSO? Depósito em conta corrente do BENEFICIÁRIO TITULAR DO PLANO DE SAÚDE?

Dados da conta para depósito: _____

POR QUE PAGOU PARTICULAR?

DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA AO REEMBOLSO

- 1 - Relatório do médico assistente, declarando o nome do paciente, descrição do tratamento e respectiva justificativa dos procedimentos realizados, data do atendimento, e quando for o caso, período de permanência no hospital e data da alta
- 2 - Conta hospitalar discriminando quantidade e tipo de materiais e medicamentos utilizados, com preço por unidade, juntamente com notas fiscais e/ou recibos (ORIGINAIS) do hospital e cópia do prontuário médico:
- 3 - Recibos (ORIGINAIS) individualizados (obrigatoriamente identificar de forma legível o carimbo do médico assistente, contendo o nome e o carimbo) de honorários do médico assistente, auxiliares e outros, discriminando funções e o evento a que se referem;
- 4 - Comprovantes relativos aos serviços de exames complementares de diagnósticos e tratamento, serviços auxiliares, acompanhados de pedido do médico assistente.
- 5 - O reembolso será efetuado em conformidade e critérios com a RN n.º259/2011 e alterações de acordo com a RN n.º 268/2011 da ANS, e com um prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados da apresentação dos documentos originais

Beneficiário solicitante

Data

UNIMED PALMAS COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO