

FORMULÁRIO DE REQUISIÇÃO DE REEMBOLSO



Protocolo Samp

1 - IDENTIFICAÇÃO DO SOLICITANTE / RESPONSÁVEL:

No campo "Nome", inserir o Responsável apenas se o Beneficiário seja menor de idade

Nome:										CPF										
Endereço:																				
Bairro					Cidade					UF			CEP							
Tel:			Tel:			E-mail:														

2 DADOS BANCÁRIOS:

*A conta para depósito deverá ser nominal ao beneficiário que realizou o atendimento, não poderá ser em nome de terceiros.

*Caso não possua uma conta corrente nominal, o reembolso será feito via ordem de pagamento para ser sacado no Banco Itaú.

Não possuo conta corrente nominal Sim, possuo conta corrente nominal. Preencher campos abaixo.

Banco:	Agência:	Conta corrente:
--------	----------	-----------------

3- IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO:

Dados do beneficiário que obteve o atendimento.

Nome:																					
<input type="checkbox"/> PJ	<input type="checkbox"/> PF	Plano:	Cód.																		
Localidade que foi atendido(a)										Cidade										UF	

4- JUSTIFICATIVA DO REEMBOLSO

O que levou o Atendimento Particular?

- Situação de urgência/ emergência Paralisação da rede ou interrupção de atendimento
- A localidade não dispôs de rede/ serviço Outros: _____
- Tratamento fora do domicílio

5- DOCUMENTAÇÃO COMPROBATÓRIA DOS SERVIÇOS PRESTADOS A SEREM ANEXADAS:

Relação de documentos completas conforme documento: ORIENTAÇÕES GERAIS PARA REEMBOLSO anexa a este formulário

5.1 PRESTADOR PESSOA FÍSICA

- Recibo original em nome do assistido, dependente ou titular, com a discriminação do serviço prestado e a data de sua realização, contendo a especialidade, o registro no Conselho de Classe, CPF, carimbo e assinatura do Prestador;
- Relatório médico contendo a justificativa da necessidade do serviço prestado, bem como, descrição do quadro clínico, hipótese diagnóstica e outras informações pertinentes, além da necessidade de intervenção de outros profissionais.

5.2 PRESTADOR PESSOA JURÍDICA

- Nota Fiscal original, contendo o CNPJ do prestador, data e procedimento realizado;
- Recibos originais dos profissionais que atenderam o paciente, constatando a especialidade, registro nos respectivos Conselhos de Classe e CPF, com carimbo e assinatura ou Nota Fiscal para os profissionais organizados em Pessoa Jurídica;
- Relatório do médico assistente contendo a justificativa da necessidade do serviço prestado, bem como, descrição do quadro clínico, hipótese diagnóstica e outras informações pertinentes, além da necessidade de intervenção de outros profissionais;
- Conta hospitalar com discriminação de cada item que a compõe: diárias, taxas, gasoterapia, materiais, medicamentos; e
- Cópia do relatório cirúrgico e do boletim anestésico (internação cirúrgica).

Os documentos devem ser enviados via site da Samp: www2.samp.com.br, na aba "Atendimento" deverá clicar na opção "Fale Conosco". Preencher todos os campos e selecionar o assunto Reembolso. Em caso de dúvidas ligar no 3061-8700.

6- PROCEDIMENTOS REALIZADOS

CÓDIGO por conta da operadora	NOME DO PROCEDIMENTO/ ESPECIALIDADE	VALOR DA NOTA/ RECIBO
SUBTOTAL:		
5.1 FATOR MODERADOR E/OU COPARTICIPAÇÃO (Desconto de)		
VALOR TOTAL		

7- INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

Relatar o que levou ao atendimento particular, caso sejam muitas informações, poderão utilizar outro papel, que deverá ser anexado ao processo.

8 - DECLARAÇÃO

Eu _____, CPF N° _____

declaro que estou ciente e fui orientado de que os documentos apresentados serão avaliados do ponto de vista jurídico e técnico e, caso seja procedente o reembolso será feito até o trigésimo dia após a apresentação da documentação completa.

Afirmo serem verídicas todas as informações prestadas por mim, e registradas nesta REQUISIÇÃO DE REEMBOLSO.

_____ Assinatura do solicitante/responsável

Vitória ____/____/____

_____ Assinatura e carimbo do responsável pelo atendimento

1-DOCUMENTAÇÕES NECESSÁRIAS E INFORMAÇÕES:

Para todos os casos de reembolso os arquivos anexos deverão estar legíveis.

Entrar no site da Samp: www2.samp.com.br, na aba "Atendimento" deverá clicar na opção "Fale Conosco". Preencher todos os campos e selecionar o assunto Reembolso, na sequência anexar as seguintes informações e documentos:

- A. Formulário de requisição de reembolso devidamente preenchido.
- B. Recibo ou nota fiscal original contendo CPF ou CPNJ, emitida pelo profissional/prestador executante, com discriminação do atendimento e data de sua realização, carimbo com assinatura e especialidade do atendimento .
- C. O recibo deverá ser emitido em nome do paciente, caso seja menor de idade deverá constar o nome de quem efetuou o pagamento e o nome do paciente (e informações conforme no item B) .
- D. A nota fiscal deverá conter o CGC, carimbo de recebimento, data e assinatura.
- E. Autorização prévia da Samp (**mediante contato prévio e registro prévio**) com discriminação dos procedimentos a serem reembolsados.
- F. Declaração de comparecimento com data do atendimento.
- G. Declaração de próprio punho.

2- PARA ANÁLISE REEMBOLSO PARA SERVIÇOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

Para reembolsos de sessões de Terapias: exemplo: fonoaudiologia, psicoterapia, terapia ocupacional , devido serem liberados conforme DUT (Diretriz do Rol da ANS), se faz necessário que seja encaminhado laudo do médico a partir da 01 avaliação com CID (para avaliação da continuidade de liberação), além de todos os documentos citados no item 1.

3- REEMBOLSO DE DESLOCAMENTO

Passagens rodoviárias: Comprovante de compra de passagem para o dia do atendimento. Será ressarcida somente as passagens para o paciente e se estenderá a 01 acompanhante salvo o paciente seja menor de idade, portador de necessidades especiais devidamente comprovado, ou idoso acima 65 anos. Demais casos serão avaliados individualmente.

Combustível: O beneficiário (a) deverá abastecer na cidade de origem na data do atendimento, caso o atendimento seja realizado cedo/manhã poderá ocorrer o abastecimento no dia que antecede o atendimento. Para combustível o valor a ser reembolsado é de R\$ 0,60 por km rodado, que será calculado a partir da cidade origem do beneficiário até a cidade destino.

4- EM CASO DE URGÊNCIA/ EMERGÊNCIA:

Quando não for possível contato prévio"(para qualquer tipo de atendimento); além da documentação já informada nos itens acima, o (a) beneficiário (a) deverá encaminhar documentação comprobatória da urgência / emergência tais como:

- A. Laudo médico,
- B. Ficha de atendimento,
- C. Ficha de alta hospitalar,
- D. Descrição de justificava de atendimento em atendimento em caráter emergencial realizado por médico assistente ou instituição responsável pelo atendimento

Após recebimento da documentação será análise (dentro dos critérios de cobertura contratual, área geográfica de cobertura do referido beneficiário e dentre outras informações que se fizerem necessárias).

5- INFORMAÇÕES FINANCEIRAS:

- A. A conta bancária para pagamento informada, deverá ser da pessoa/beneficiário que efetuou o pagamento na nota fiscal ou recibo (não sendo aceito de terceiros);
- B. Caso a nota seja emitida em nome de menor de idade, será aceito a conta do requerente do reembolso/responsável/ representante legal.
- C. Pacientes que não dispõem de conta bancária, o pagamento será efetuado via ordem de pagamento/requerente. Neste caso será o beneficiário comparecerá ao banco Itaú, com documento de identificação e dirigir-se a boca do caixa, dentro de um prazo de 30 dias, ultrapassada esse prazo e caso não tenha feito a retirada, o beneficiário/requerente deverá contactar a operadora para nova liberação junto ao banco.
- D. O(a) beneficiário(a) poderá efetuar o pagamento via cartões de crédito, débito ou dinheiro (deverá solicitar nota fiscal ou recibo conforme orientações já apresentadas acima).

Ressaltamos que para o cálculo de reembolso, será utilizado como referência a tabela de Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos – CBHPM 3ª edição. Essa tabela contém os procedimentos médicos e serviços de diagnose e terapia, baseados na Resolução Normativa – RN nº465 da ANS.

6- DOS PRAZOS:

A análise do reembolso ocorrerá em **até 30 dias (seja para fins de pagamento ou negativa)**, sendo o prazo válido somente em posse de toda documentação necessária, caso falte alguma documentação o prazo será **paralisado sendo contabilizado 30 dias após recebimento da documentação correta**. A operadora poderá entrar em contato para maiores informações e na necessidade de alguma documentação para finalização da análise.

Em caso de dúvidas ligar no 3061-8700.

Samp