

Nº Protocolo São Bernardo Samp

1. IDENTIFICAÇÃO DO SOLICITANTE / RESPONSÁVEL:

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

Nome:		CPF																		
Endereço:		Data Nasc.																		
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 o beneficiário seja menor de idade, a conta bancária para pagamento deverá ser nominal ao titular do contrato do plano.

Banco:	Agência:	Operação	Nº da conta:	<input type="checkbox"/> Conta corrente	<input type="checkbox"/> Poupança
--------	----------	----------	--------------	---	-----------------------------------

3. IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO:

Dados do beneficiário que obteve o atendimento.

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

4. JUSTIFICATIVA DO REEMBOLSO

O que levou o Atendimento Particular?

<input type="checkbox"/> Situação de urgência/ emergência	<input type="checkbox"/> Paralisação da rede ou interrupção de atendimento
<input type="checkbox"/> A localidade não dispôs de rede/ serviço	Outros: _____
<input type="checkbox"/> Tratamento fora do domicílio	

5. DOCUMENTAÇÃO COMPROBATÓRIA DOS SERVIÇOS PRESTADOS A SEREM ANEXADAS:

Relação de documentos completos a serem anexados a esta REQUISIÇÃO DE REEMBOLSO:

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, com 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 com a justificativa da necessidade do serviço prestado, 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;
- Cópia do relatório cirúrgico e do boletim anestésico (internação cirúrgica).

5.3 DADOS BANCÁRIOS

- Comprovante de dados bancários podendo ser qualquer um desses: Print com número conta, Declaração da instituição financeira, Cópia do cartão físico da conta bancária, Cabeçalho do extrato bancário.
- Os dados que devem constar necessariamente no comprovante apresentado são: nome do titular, nome do banco, número completo da agência, número completo da conta bancária.
- Comprovante bancário deverá pertencer ao beneficiário ou, quando o mesmo for menor de idade, ao titular do contrato de plano de saúde que for seu respectivo responsável financeiro.

Os documentos devem ser enviados via site www.saobernardosamp.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.

Para acesso e envio do formulário de reembolso, você deverá entrar no site da São Bernardo Samp: <https://www.saobernardosamp.com.br/atendimento/fale-conosco/>, na aba "Atendimento", clicar na opção "Fale Conosco" e na sequência preencher todos os campos e selecionar o assunto Reembolso. Após preencher, deverá 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 beneficiário. Caso seja menor de idade, deverá constar o nome do responsável que efetuou o pagamento e o nome do beneficiário que foi atendido (e informações conforme no item B);
- D. A nota fiscal deverá conter o CGC, carimbo de recebimento, data e assinatura;
- E. Comprovante de dados bancários poderá ser um dos exemplos a seguir: Print com número conta, declaração da instituição financeira, cópia do cartão físico da conta bancária, cabeçalho do extrato bancário;
- F. Autorização prévia da São Bernardo Samp (**mediante contato e registro prévio**) com discriminação dos procedimentos a serem reembolsados;
- G. Declaração de comparecimento com data do atendimento;

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

Para reembolsos de sessões de Terapias: exemplo: fonoaudiologia, psicoterapia, terapia ocupacional, neuropsicologia, psicopedagogia, etc.), será necessário Lista de Presença contendo as datas em que foram realizadas as terapias, devidamente assinadas pelo beneficiário/responsável e o profissional que prestou atendimento.

3. REEMBOLSO DE DESLOCAMENTO

Passagens rodoviárias: Comprovante de compra de passagem para o dia do atendimento. Será ressarcida somente as passagens para o beneficiário e se estenderá a 01 acompanhante salvo o beneficiário caso 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 justificativa de atendimento em caráter emergencial realizado por médico assistente ou instituição responsável pelo atendimento.

Após recebimento a documentação será analisada (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 para depósito deverá ser nominal ao beneficiário que realizou o atendimento, não poderá ser em nome de terceiros. Caso o beneficiário seja menor de idade, a conta bancária para pagamento deverá ser nominal ao titular do contrato do plano;
- B. Comprovante de dados bancários poderá ser um dos exemplos a seguir: print com número conta, declaração da instituição financeira, cópia do cartão físico da conta bancária, cabeçalho do extrato bancário.
- C. Os dados que devem constar necessariamente no comprovante apresentado são: nome do titular, nome do banco, número completo da agência, número completo da conta bancária;

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 diagnóstico 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**.

O Retorno com o parecer da análise do reembolso (seja para fins de pagamento ou negativa) será através de e-mail. A operadora poderá entrar em contato para mais informações e na necessidade de alguma documentação para finalização da análise.

Em caso de dúvidas ligar no (027) 3061-8700.

São Bernardo Samp.