

SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO

Modalidade do Plano de Saúde:	<input type="checkbox"/> Grupo I	<input type="checkbox"/> Grupo II	<input type="checkbox"/> PAS Liminar
Nome do titular:	<input type="text"/>		
Matrícula funcional:	<input type="text"/>	CPF:	<input type="text"/>
E-mail pessoal:	<input type="text"/>		
Telefone residencial:	<input type="text"/>	Telefone celular:	<input type="text"/>

Identificação do beneficiário atendido pelos serviços que compõem esta Solicitação de Reembolso:

Nome completo	CPF
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Regime do(s) atendimento(s) que compõem esta Solicitação de Reembolso:

Livre Escolha Ausência de rede credenciada/conveniada / Garantia de atendimento

Discriminação do(s) atendimento(s):

Tipo de atendimento	Qtde de notas fiscais/Recibos	Valor total apresentado
Consulta médica	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sessão paramédica	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Exame	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Internação	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Outro	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Total	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Declaro que:

- Estou ciente que somente é devido o reembolso de procedimento coberto pelo Plano de Saúde, cuja valoração se dá de acordo com a regulamentação vigente;

- Os documentos médicos e fiscais apresentados são autênticos. Comprometo-me a manter as vias originais sob minha guarda pelo prazo mínimo de 5 (cinco) anos e apresentá-las se solicitadas pelo Serpro. Estou ciente que, a critério da Regulação Médica do Plano de Saúde, documentos adicionais aos elencados no *check-list* (verso) poderão ser solicitados.

Data do requerimento: / /

Assinatura digital ou manuscrita do Beneficiário Titular

ORIENTAÇÕES

- Após reunir toda a documentação necessária, submeta sua solicitação de reembolso ao PAS por e-mail, ao destinatário abaixo conforme seu estado de domicílio:
 - reembolso-norte-nordeste@serpro.gov.br >> Acre; Alagoas; Amapá; Amazonas; Bahia; Ceará; Maranhão; Pará; Paraíba; Pernambuco; Piauí; Rio Grande do Norte; Rondônia; Roraima; Sergipe; e Tocantins;
 - reembolso-rio-de-janeiro@serpro.gov.br >> Rio de Janeiro;
 - reembolso.serpro@serpro.gov.br >> Distrito Federal; Espírito Santo; Goiás; Mato Grosso; Mato Grosso do Sul; Minas Gerais; Paraná; Rio Grande do Sul; Santa Catarina; e São Paulo.
- Considera-se fora de prazo, para efeito de reembolso:
 - Notas Fiscais e Recibos após transcorridos 90 dias (Grupo I e Grupo II) ou 60 dias (PAS Liminar) de sua data de emissão;
 - Reapresentação da Solicitação de Reembolso após 60 dias da data da devolução ao beneficiário para complementação documental;
 - Recurso interposto após decorridos 60 dias da data da negativa parcial ou total.
- É necessário o cadastramento de conta corrente de titularidade única em nome do beneficiário titular. Atualize seus dados bancários em www.falecomagp.serpro.gov.br
- O depósito dos valores de reembolso se dará na folha de pagamento ou por depósito em conta, no último dia útil do mês seguinte ao mês em que houver a aprovação da Solicitação de Reembolso pela Regulação Médica do Plano de Saúde.

CHECK-LIST – DOCUMENTAÇÃO BÁSICA NECESSÁRIA PARA SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO

Para consultas, sessões, terapias e exames:

- Nota Fiscal (PJ) ou Recibo (PF), sem rasuras, emitido em nome do beneficiário atendido, contendo:
 - Dados do prestador de serviço (nome ou razão social, CPF ou CNPJ);
 - N° de registro no Conselho Regional de Medicina e especialidade do médico;
 - Data do atendimento;
 - Descrição detalhada do serviço prestado;
 - Valor individualizado de cada procedimento ou serviço;
 - Carimbo e assinatura do emitente.
- Pedido ou encaminhamento médico (CRM) em que conste a justificativa e solicitação do serviço ou procedimento, se sessões, terapias e/ou exames;
- Detalhamento das datas de realização de cada sessão/atendimento, se for o caso.

Para internações clínicas ou cirúrgicas:

Despesas hospitalares:

- Nota Fiscal, sem rasuras, emitido em nome do beneficiário atendido, contendo:
 - Dados do prestador de serviço (razão social e CNPJ);
 - Data do atendimento;
 - Carimbo e assinatura do emitente;
 - Conta hospitalar detalhada, com a discriminação de cada item, quantidade utilizada e valor individualizado.
 - Relatório médico (CRM) detalhado especificando o(s) atendimento(s) / procedimento(s) realizado(s).

Honorários médicos:

- Nota Fiscal (PJ) ou Recibo (PF), sem rasuras, emitido em nome do beneficiário atendido, contendo:
 - Dados do prestador de serviço (nome ou razão social, CPF ou CNPJ);
 - N° de registro no Conselho Regional de Medicina e especialidade do médico;
 - Data do atendimento;
 - Descrição detalhada do serviço prestado, inclusive a atuação de cada profissional (cirurgião, auxiliar, anestesista, instrumentador);
 - Valor individualizado de cada procedimento ou serviço;
 - Carimbo e assinatura do emitente.
 - Relatório médico (CRM) detalhado especificando o(s) atendimento(s) / procedimento(s) realizado(s).