

## ORIENTAÇÕES PARA SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO

As informações relacionadas abaixo são indispensáveis para análise, codificação e pagamento corretos de seu reembolso.

**Leia com atenção e verifique as informações e documentos necessários:**

a. **CONSULTAS:**

- A Nota Fiscal ou Recibo devem descrever claramente que se trata de consulta. Pedidos sem essa especificação **serão devolvidos**.

b. **TERAPIAS (psicoterapia, fonoaudiologia, nutrição, fisioterapia e terapia ocupacional):**

- É imprescindível fornecer as datas em que os atendimentos foram realizados.
- Para reembolso de fonoaudiologia, fisioterapia e terapia ocupacional, é necessária apresentação de pedido médico com indicação do tratamento.
- Psicoterapia e nutrição não necessitam de pedido médico.
- São reembolsáveis apenas atendimentos realizados por profissionais de saúde.

c. **EXAMES / IMUNOTERAPIA:**

- É indispensável apresentação de pedido médico com a indicação correspondente.
- Caso o documento apresente mais de um item, os valores individuais deverão estar devidamente informados.
- Para imunoterapia, é necessário informar valores individuais para a aplicação (honorário) e para a medicação utilizada (produto).

d. **TRATAMENTO ODONTOLÓGICO (Apenas para planos com cobertura odontológica)**

- É imprescindível fornecer a informação completa do tratamento realizado. **Exs.:**
  - **Restaurações:** identificação do elemento (dente) e face restaurada.
  - **Endodontia / pinos / coroas e implantes:** pedido odontológico com identificação do elemento (dente) e descrição do tratamento realizado, contendo valores individuais, imagens iniciais e finais.
  - **Aparelho Ortodôntico:** pedido odontológico com descrição do aparelho, orçamento, plano de tratamento, documentação ortodôntica e, após colocação, foto do aparelho instalado.

e. **PROCEDIMENTOS / CIRURGIAS (Com internação ou realizados em ambulatório/consultório):**

- Para honorários médicos: solicite o formulário especial à equipe de Reembolso, este formulário deverá ser preenchido com as informações detalhadas dos médicos que realizaram a cobrança particular.
- Quando o valor apresentado incluir despesas de hospitais ou clínicas, é necessário apresentar a Conta Paciente (detalhamento de despesas, fornecido pelo Prestador);
- Apresente pedido médico e laudos de exames que justifiquem o procedimento;
- Para a correta análise, o procedimento precisa estar claramente descrito.

f. **LENTE INTRAOCULAR**

- Para reembolso de lente intraocular é indispensável que a Nota Fiscal especifique a cobrança da lente utilizada. Caso não haja tal especificação, deverá ser anexada declaração do prestador, indicando que a cobrança se refere somente à lente.

g. **ÓCULOS DE GRAU E MEDICAMENTOS ADQUIRIDOS EM FARMÁCIA (Para planos com essas coberturas)**

- É necessária apresentação de receita emitida por Oftalmologista (óculos), receita médica (medicamentos), Nota ou Cupom Fiscal.

**IMPORTANTE**

- O pedido de reembolso pode ser realizado somente após a realização do atendimento e/ou tratamento.
- O reembolso será realizado respeitando os percentuais, coparticipações e tetos estabelecidos no Regulamento do plano ao qual o beneficiário está vinculado;
- O prazo para solicitação de reembolso é de um ano (12 meses).
- A equipe de Reembolso poderá solicitar apresentação de documentos ou informações adicionais, sempre que necessários para subsidiar a análise de cobertura.
- Para serviços prestados por Pessoa Jurídica o documento obrigatório é a nota ou cupom fiscal.
- Para serviços prestados por Pessoa Física, em caso de apresentação de recibo, este deverá conter o número do registro no Conselho Profissional (CRM, CRO, CRP, etc.), CPF, nome completo, endereço completo com CEP e assinatura do profissional.
- Documentação incompleta ou incorreta será devolvida para realização de ajuste.
- Caso o ajuste não seja realizado dentro do prazo estipulado, o pedido será cancelado e deverá ser reaberto pelo solicitante após a regularização documental.
- Os pagamentos são realizados por meio de depósito bancário na conta do titular (ou responsável financeiro, quando for o caso) indicada no cadastro. **A responsabilidade por manter a conta bancária atualizada é integralmente do beneficiário.**

**CRONOGRAMA DE REEMBOLSO:**

<b><u>DATA DO PEDIDO</u></b>	<b><u>DATA DO PAGAMENTO</u></b>
<b><u>Do dia 06 ao dia 20</u></b>	<b><u>Último dia do mês em curso</u></b>
<b><u>Do dia 21 ao dia 05</u></b>	<b><u>Dia 15 (ou 1º dia útil seguinte)</u></b>

[reembolso@elosaude.com.br](mailto:reembolso@elosaude.com.br)