

Solicitação de Reembolso

Saúde

Nº de Protocolo:
(USO EXCLUSIVO ALLIANZ)

Deve ser preenchido um formulário por paciente. (Preenchimento Obrigatório)

Nº do Cartão Allianz Saúde: _____

DADOS DO SEGURADO

Nome do Paciente: _____ Número do Cartão: _____

Nome do Segurado Titular: _____

Tel.: (_____) _____ Empresa: _____ Plano: _____

E-mail (preferencialmente do titular): _____

ORIENTAÇÕES GERAIS

Conforme circular do BCB nº 3.710/2014, passa a ser obrigatória a informação do CPF do favorecido e, antes de efetivação do crédito, haverá a confirmação do CPF com a conta-corrente. Havendo divergências o crédito será recusado.

Atenção: o crédito ocorrerá conforme informações bancárias do titular do plano cadastradas na Allianz. Na ausência de tais informações serão utilizados os dados bancários e o reembolso estará sujeito a atrasos e não havendo a indicação dos dados corretos no prazo de até 5 dias úteis, o pagamento será efetuado automaticamente por emissão de cheque nominal ao titular.

Reembolsos acima de R\$10.000,00: é obrigatória a apresentação de cópia do RG, CPF e comprovante de residência do titular, conforme resolução normativa Nº 117/ANS de 30 de novembro de 2005.

DADOS BANCÁRIOS DO SEGURADO TITULAR – CAMPOS OBRIGATORIOS PARA PAGAMENTO DE REEMBOLSO

CPF do Segurado Titular: _____ Nome do Banco: _____

Nº do Banco: _____ Nº da agência: _____ Dígito: _____ Nº da conta-corrente: _____ Dígito: _____

DADOS DO REEMBOLSO

Códigos de Atendimento: 1. Consulta Consultório / 2. Consulta Domicílio* / 3. Honorários Médicos* / 4. Exames de Diagnose / 5. Terapias* / 6. Remoção* / 7. Pronto-Socorro / Pequenos Atendimentos Ambulatoriais* / 8. Despesas Hospitalares* / 9. Outros.
(*): Obrigatória a apresentação de Relatório Médico.

Indicação do Prestador (Preenchimento Obrigatório)

Cód.	Nome do Prestador	CNPJ/CPF	Telefone	CRM

Especialidade: _____ Sintomas / Diagnóstico: _____

Valor Total dos Recibos Anexos: _____ Local: _____ Data: _____

Assinatura do Segurado Titular: _____

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS

Documentos Necessários para Reembolso

Tipo de Atendimento	Recibo/Fatura/Nota Fiscal Quitada	Relatório Médico Justificativo	Pedido Médico	Plano de Tratamento
Consulta Consultório	Obrigatório			
Consulta Domicílio	Obrigatório	Obrigatório		
Honorários Médicos	Obrigatório	Obrigatório		
Exames de Diagnose	Obrigatório		Obrigatório	
Terapias	Obrigatório	Obrigatório		Obrigatório
Remoções	Obrigatório	Obrigatório		
Pronto-Socorro / Peq. Atend. Amb.	Obrigatório	Obrigatório		
Despesas Hospitalares	Obrigatório	Obrigatório		

Todos os recibos, faturas ou notas fiscais deverão estar devidamente quitados e conter as seguintes informações:

- Nome completo do profissional ou entidade.
- CNPJ / CPF.
- Discriminação individualizada de cada item ou procedimento cobrado, contendo o preço unitário, quantidade preço total e tipo de despesas (diárias, taxas de materiais, medicamentos, exames ou terapias realizadas, consultas, etc).
- Tipo de atendimento.
- Nº do CRM.
- Data de atendimento ou período da prestação de serviços.
- Especialidade.
- Nome do Paciente.