

Instruções Gerais		Autenticação Mecânica:	
<p>1. Para receber o reembolso com agilidade e comodidade na conta do titular do seguro, cadastre previamente os dados bancários e os mantenha atualizados;</p> <p>2. Caso o titular do plano tenha falecido, favor verificar instruções no site da Seguradora, atendimento das Sucursais ou ligar para a Central de Relacionamento;</p> <p>3. Formas de pagamento de reembolso:</p> <p>a. Crédito em Conta-corrente: Conforme informações bancárias do titular/beneficiário legal cadastrado;</p> <p>b. Ordem de Pagamento: Não havendo dados bancários cadastrados, o reembolso será efetuado por meio de Ordem de Pagamento, podendo ser retirado em qualquer agência do Banco Bradesco no prazo máximo de 30 dias após a sua emissão. Fimdo esse prazo, ligar para a Central de Relacionamento.</p> <p>4. Central de Relacionamento: Capitais e Regiões Metropolitanas: 4004-2700 - Demais Localidades: 0800 701 2700 - SAC: 0800 727 9966 - SAC - Deficiência Auditiva ou de Fala: 0800 701 2708 - Ouvidoria: 0800 701 7000.</p> <p>IMPORTANTE: Em caso de inconsistência nos dados bancários cadastrados, o reembolso será automaticamente efetuado por meio de Ordem de Pagamento, podendo ser retirado em qualquer agência do Banco Bradesco no prazo máximo de 30 dias após a sua emissão. Fimdo esse prazo, ligar para a Central de Relacionamento.</p>			
Código: 5711	Dígito: 9	Destino: Bradesco Saúde – Departamento de Reembolso	
Número do Cartão do Paciente:		Nome do Paciente:	
E-MAIL:		Telefone Celular: (ddd e número)	
Aceito receber Informações de Reembolso por E-mail/SMS - <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			
Nome do Segurado Titular da apólice:			CPF do Segurado Titular:
Tipo de Processo:		Local de Entrada:	Código
<input type="checkbox"/> INICIAL <input type="checkbox"/> REANÁLISE <input type="checkbox"/> COMPLEMENTO		<input type="checkbox"/> Sucursal <input type="checkbox"/> Agência	Nome do Local de Entrada:
Documentação desta solicitação:			A Bradesco Saúde poderá solicitar documentos complementares, caso seja necessário.
Quantidade de documentos:		Valor Total dos Recibos: R\$	
Para análise do reembolso das despesas cobertas pelo seguro, é necessária a entrega da documentação completa, conforme abaixo:			
A RECIBO/NOTA FISCAL ORIGINAL DEVERÁ CONSTAR (inclusive consulta)			
<p>Nome do paciente, data do atendimento, discriminação do recibo item a item da(s) despesa(s) com valores unitários, nome técnico do(s) procedimento(s) realizado(s), CPF/CNPJ do prestador, endereço e telefone do prestador para eventual contato, número do conselho de classe do prestador, especialidade, assinatura e carimbo do profissional que prestou o atendimento. Descrição do material, marca, modelo e fabricante, no caso de ostomias.</p> <p>OBS. 1: Nos casos de cobrança de honorários médicos, informar a participação na equipe cirúrgica ou, nos casos de atendimentos clínicos, a quantidade e as datas das visitas.</p> <p>2: Recibos de Pagamento a Autônomo (RPA) não são válidos para reembolso.</p>			
B ALÉM DO RECIBO, FAZ-SE NECESSÁRIO O ENVIO DAS SEGUINTE DOCUMENTAÇÕES CONFORME O(S) PROCEDIMENTO(S) REALIZADO(S):			
1 – EXAMES		7 - TRATAMENTO OCULAR QUIMIOTERÁPICO COM ANTIANGIOGÊNICO	
<input type="checkbox"/> Solicitação do médico assistente e Laudo do(s) exame(s) realizado(s).		<input type="checkbox"/> Laudo da Tomografia de Coerência Óptica (OCT)	
2 – TERAPIAS (Fisioterapia, Psicoterapia, Fonoterapia, Nutrição, Acupuntura, Terapia Ocupacional)		8 - HONORÁRIOS MÉDICOS	
<input type="checkbox"/> Relatório do médico que indicou o tratamento constando: nome do paciente, diagnóstico, quadro clínico atual e relatório do prestador com a quantidade e data das sessões, descrição e indicação para a terapia proposta.		<input type="checkbox"/> Relatório médico com o procedimento realizado, laudo dos exames (imagem e anatomopatológico), boletim operatório datado, assinado e carimbo legível.	
OBSERVAÇÕES: 1. A SOLICITAÇÃO DA TERAPIA DEVERÁ SER FEITA POR PROFISSIONAL MÉDICO (CRM). 2. EM CASO DE CONTINUIDADE, O RELATÓRIO DEVERÁ SER ATUALIZADO APÓS 4 MESES. 3. NOS CASOS DE FISIOTERAPIA, DEVERÁ SER ENVIADO LAUDO DE EXAMES RELACIONADOS À DOENÇA.		9 – INTERNAÇÃO	
<input type="checkbox"/> Relatório médico detalhado com diagnóstico, tempo de evolução, descrição e período da internação. Encaminhar discriminação item a item das despesas hospitalares/ambulatoriais com os respectivos valores unitários.		10 - PRÓTESES E ÓRTESES	
3 – PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS		<input type="checkbox"/> Nota Fiscal ORIGINAL do fornecedor/distribuidor/fabricante na qual deverá constar nome e CNPJ do emitente, data da emissão, nome do paciente, valor pago, discriminação detalhada, marca e modelo.	
<input type="checkbox"/> Relatório médico constando: nome do paciente, diagnóstico e tratamento realizado. Nos casos de pequenas cirurgias, encaminhar descrição detalhada das lesões e os procedimentos realizados.		11 - VASECTOMIA E LAQUEADURA	
<input type="checkbox"/> Laudo anatomopatológico e/ou exames, previamente realizados, relacionados à doença (caso haja). Se houver despesa hospitalar/ambulatorial, encaminhar discriminação com valores unitários de materiais e medicamentos utilizados.		<input type="checkbox"/> Declaração de Consentimento assinada, carimbada pelo médico assistente, pelo paciente e cônjuge com firma reconhecida em cartório.	
4 – REMOÇÕES EM AMBULÂNCIA		OBSERVAÇÃO: FORMULÁRIO DISPONÍVEL NO SITE DA SEGURADORA OU NAS UNIDADES DE ATENDIMENTO.	
<input type="checkbox"/> Relatório médico contendo: diagnóstico, indicação, data da remoção, distância percorrida em km, local de partida e destino, tipo de ambulância (UTI ou Simples) e discriminação do valor do honorário médico.		12 – OSTOMIAS	
5 – DIÁLISES, QUIMIOTERAPIA E RADIOTERAPIA		<input type="checkbox"/> Relatório médico no qual deverão constar: doença de base que levou à confecção do estoma, tipo de cirurgia realizada, permanência do estoma, tipo de estomia, alça terminal, duas bocas ou outras, localização da região abdominal e do sistema digestório ou urinário, data da realização do procedimento cirúrgico, quadro clínico atual e definição dos equipamentos necessários.	
<input type="checkbox"/> Relatório médico com diagnóstico e indicação para o tratamento, planejamento terapêutico, número de sessões com suas datas e valores pagos. Encaminhar discriminação item a item das despesas hospitalares/ambulatoriais com os respectivos valores unitários.		OBSERVAÇÕES GERAIS	
6 - TERAPIAS ANTINEOPLÁSICA ORAL PARA TRATAMENTO DO CÂNCER E TERAPIA PARA TRATAMENTO DE EFEITOS COLATERAIS RELACIONADAS À QUIMIOTERAPIA		<ul style="list-style-type: none"> • Informamos que determinados procedimentos possuem diretrizes de utilização reguladas pela ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar), razão pela qual é de suma importância o envio de toda a documentação relacionada neste formulário. • O não envio da documentação COMPLETA pode acarretar em solicitação, por parte da operadora, de documentação complementar que pode postergar a conclusão da análise do reembolso. A partir do recebimento da documentação complementar, inicia-se uma nova contagem de prazo. • Os procedimentos listados acima terão suas coberturas avaliadas de acordo com o plano contratado. 	
<input type="checkbox"/> Relatório médico informando o diagnóstico, a indicação, a dose preconizada e o planejamento terapêutico.			
<input type="checkbox"/> Prescrição médica, datada, com carimbo e assinatura do médico assistente.			
OBSERVAÇÃO: A PRESCRIÇÃO MÉDICA DEVERÁ SER ATUALIZADA MENSALMENTE.			
<input type="checkbox"/> Laudo de exames, tais como: anatomopatológico e/ou imuno-histoquímica nos casos de quimioterápico oral.			
É necessário o envio da documentação para que haja o entendimento dos valores cobrados e a análise de reembolso, conforme a resolução da ANS vigente à época do evento.			

