Copass Saúde

Formulário de Solicitação de Reembolso de Despesas Médicas/Odontológicas

DADOS BANCÁRIOS DO TITULAR DO PLANO

Nº DO BANCO/NOME:	NÚMERO DA AGÊNCIA:	Nº CONTA CORRENTE:

DADOS BENEFICIÁRIO

NOME DO BENEFICIÁRIO TITULAR DO PLANO:		MATRÍCULA COPASA:
NOME DO BENEFICIÁRIO QUE REALIZOU O TRATAMENTO:		Nº CARTÃO COPASS-SAÚDE:
CIDADE RESIDÊNCIA:	TELEFONE: (DDD) + Nº:	E-MAIL:

DADOS DO PRESTADOR DE SERVIÇOS

Nome do Profissional que realizou/solicitou o atendimento:	Número registro do profissional

Caso seja Receita Saúde/Recibo informar o Nº do CPF do profissional:

Caso seja Nota Fiscal informar o Nº do CNPJ:

Detalhe aqui a despesa realizada (ex.: consulta, vacinas, terapias, exame, cirurgia, raio x, manutenção de aparelho)

VALOR TOTAL DA DESPESA: R$ _____	DATA DA DESPESA: _____/_____/_____	CIDADE DO ATENDIMENTO:

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

INFORME O N° PROTOCOLO EM CASO DE AUTORIZAÇÃO PRÉVIA:

Adicione suas observações, se houver:

Declaro estar ciente, sob pena dos artigos 171 e 299 do código penal e 927 do código civil, que os serviços médicos/hospitalares e/ou odontológicos descritos no(s) documento(s) fiscal (is) ou recibo(s) foi(foram) por mim devidamente pago(s), assim como, sob pena do artigo 304 do código Penal Brasileiro, que a divisão de recibos (fracionamento de valor de consulta), para solicitar o reembolso de procedimentos não ocorridos, bem como a emissão de recibo de procedimento divergente do realizado, constitui crime de fraude e desobriga a Copass Saúde de realizar o reembolso de qualquer valor.

ASSINATURA BENEFICIÁRIO

Declaro que todas as informações são verdadeiras.

_____

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO TITULAR DO PLANO

Cidade e Data: _____ _____/_____/_____

Observações:

1) A documentação completa deverá ser enviada pelo aplicativo da Copass Saúde. O acesso é feito com o mesmo login e senha do OperaSS. Disponível para Android e iOS.

2) Toda documentação pertinente para análise do reembolso, deve ser mantida em vias originais pelo beneficiário, por até cinco anos contados da data de entrega, período este, que a Copass Saúde, poderá solicitar os originais para conferência e auditoria. Para fins de processamento e análise do reembolso, serão encaminhadas para a Operadora cópias digitalizadas, legíveis, sem dupla grafia e sem rasuras.

3) Como medida técnica e administrativa de segurança, o recebimento da documentação por qualquer outro meio não será analisado, procedendo-se a eliminação pelos meios seguros, em atendimento às boas práticas de proteção dos dados pessoais.

4) O titular ou beneficiário tem ciência que seus dados pessoais são tratados pela Copass Saúde em conformidade com a Lei n.º 13.709/2018 – Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais – LGPD e que poderá exercer seus direitos previstos na referida lei por meio do canal comitelgpd@copass-saude.com.br ou pelo telefone da Ouvidoria (31) 3298-5821.

INSTRUÇÕES PARA SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO

I. O titular deverá preencher e assinar o formulário de solicitação de reembolso, anexo no final desse arquivo.

II. Enviar nota fiscal ou Receita Saúde. Não será aceito recibo para Pessoa Jurídica (CNPJ), sendo que, neste caso, deverá ser emitida Nota Fiscal, conforme consta no regulamento.

III. A Nota Fiscal ou Receita Saúde deverão ser emitidos no nome do titular ou do dependente que realizou o tratamento.

IV. Em caso de pagamento parcelado, caberá ao beneficiário o agrupamento das notas fiscais em um único protocolo contendo o valor total para reembolso, ao final do tratamento.

V. Não são aceitos como documentos comprobatórios da prestação de serviço: recibos de pagamento de autônomos (RPA); recibos provisórios de serviço (RPS); e recibos temporários (em forma de caução), nota de débito ou duplicatas. Nesses casos, cabe ao beneficiário solicitar ao prestador a substituição por um documento fiscal.

VI. Para a solicitação de reembolso de procedimentos realizados para mais de um dependente, deverá ser preenchido um formulário individual para cada pessoa, utilizando o impresso próprio da COPASS SAÚDE. Deverá também ser anexada a respectiva nota fiscal de cada dependente, individualmente.

VII. Os documentos fiscais e os relatórios devem conter data, assinatura e identificação do profissional, e a clara especificação do serviço prestado.

VIII. As solicitações de reembolso aplicam-se às exigências e limitações impostas aos casos de procedimentos realizados por profissionais ou entidades credenciadas, incluindo a necessidade de autorização prévia. Antes de realizar o atendimento, consulte a Lista de Procedimentos Médicos LPC TUSS – Reembolso, ou a LPO, de procedimentos odontológicos, pois alguns procedimentos devem passar por avaliação prévia da Copass Saúde. Os procedimentos que necessitam de autorização estão classificados nas listas de procedimentos como AJ (análise com justificativa) ou PE (perícia médica). Todas as internações eletivas necessitam de autorização prévia. Para solicitar autorização, encaminhe a solicitação médica para o e-mail atendimento@copass-saude.com.br.

IX. Para reembolso fora do estado de Minas Gerais, a cobertura é somente para urgência ou emergência, conforme previsto no regulamento, artigo 39, mediante apresentação de relatório médico com justificativa e documentação comprobatória (como a conta hospitalar detalhada e a nota fiscal).

X. O reembolso é condicionado à avaliação da auditoria técnica, além da cobertura contratual a que o beneficiário esteja vinculado na data do atendimento.

XI. O pagamento do reembolso será efetuado de acordo com os valores da Lista Referencial de Procedimentos e Preços do PLANO com desconto da coparticipação. A Lista Referencial de Procedimentos e Preços do PLANO está disponível na sede da COPASS SAÚDE e no portal www.copass-saude.org.br

XII. **Procedimentos não cobertos pelo plano não são passiveis de reembolso**. É importante lembrar que, caso o procedimento não esteja no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, a operadora não terá obrigação de realizar o reembolso.

XIII. O reembolso somente será processado após a COPASS SAÚDE receber toda a documentação referente ao procedimento realizado, assim entendidos os honorários médicos, medicamentos, diárias, taxas e serviços hospitalares.

XIV. **Prazos**: Caso não haja pendência ou negativa o reembolso será processado na folha de pagamento ou em conta corrente (em nome do titular do plano). Observando o prazo de 30 dias para processamento. Se houver necessidade de documentação complementar, a Copass Saúde comunicará o beneficiário de que deverá encaminhar a documentação regularizada e o prazo passará a ser contado a partir da nova data de entrega.

XV. O pedido de reembolso deverá ser feito até o prazo de 12 (doze) meses após a realização do procedimento, acompanhado da documentação comprobatória, devidamente datada.

XVI. **Ausência de rede:** Em caso de falta de rede na sua região, para garantia de atendimento, a Copass Saúde indica um profissional ou estabelecimento de saúde habilitado para o serviço requerido. Por isso, é importante acionar a Central de Atendimento antes de utilizar essa modalidade, a fim de obter as devidas orientações: 31 3298-5800 ou atendimento@copass-saude.com.br.

XVII. **Como solicitar o reembolso:** A documentação completa referente ao atendimento realizado deverá ser encaminhada em uma única solicitação, por meio do aplicativo Copass Saúde. O acesso é feito com o mesmo login e senha do OperaSS. Disponível para Android e iOS.

XVIII. Toda documentação pertinente para análise do reembolso, deve ser mantida em vias originais pelo beneficiário, por até cinco anos contados da data de entrega, período este, que a Copass Saúde, poderá solicitar os originais para conferência e auditoria. Para fins de processamento e análise do reembolso, serão encaminhadas para a Operadora cópias digitalizadas, legíveis, sem dupla grafia e sem rasuras.

XIX. Entende-se por reembolso o ressarcimento de serviço já realizado e desembolsado pelo beneficiário. Por esta razão, documentos fiscais contendo cobrança de procedimentos ainda não realizados e/ou materiais e medicamentos ainda não utilizados, não serão reembolsados com antecedência.

XX. Como medida técnica e administrativa de segurança, o recebimento da documentação por qualquer outro meio não será analisado, procedendo-se a eliminação pelos meios seguros, em atendimento às boas práticas de proteção dos dados pessoais.

XXI. O titular ou beneficiário tem ciência que seus dados pessoais são tratados pela Copass Saúde em conformidade com a Lei n.º 13.709/2018 – Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais – LGPD e que poderá exercer seus direitos previstos na referida lei por meio do canal comitelgpd@copass-saude.com.br ou pelo telefone da Ouvidoria (31) 3298-5821.

Abaixo estão relacionados os documentos necessários para cada tipo de procedimento:

1. **Reembolso odontológico:** Enviar formulário de solicitação de reembolso, Nota Fiscal ou Receita Saúde, relatório discriminando os procedimentos realizados, com especificação pelo dentista do dente, face, região ou material utilizado, quando aplicável, e respectivos valores unitários e total, além da documentação complementar exigida, como radiografias e relatórios, conforme as regras da tabela odontológica. Para tratamentos de alto custo, recomenda-se consultar previamente a Copass Saúde, encaminhando o plano de tratamento detalhado e os exames radiológicos realizados.
2. **Reembolso de exames odontológicos:** Enviar formulário de solicitação de reembolso, Nota Fiscal ou Receita Saúde, pedido do dentista e declaração da clínica discriminando o exame realizado.

3. **Reembolso de instalação/manutenção de aparelho – 1ª solicitação:** Enviar formulário de solicitação de reembolso, Nota Fiscal ou Receita Saúde, datada na data da manutenção, cópia do título de especialista em Ortodontia do dentista, relatório contendo diagnóstico, tipo de aparelho, prognóstico, expectativa de evolução e tempo previsto de tratamento, além do termo de responsabilidade preenchido e assinado pelo titular e da pasta com a documentação ortodôntica. A Copass Saúde autoriza uma manutenção mensal, respeitando o intervalo mínimo de 30 dias entre as manutenções.
4. **Reembolso de contenção (finalização do tratamento ortodôntico):** Enviar formulário de solicitação de reembolso, Nota Fiscal ou Receita Saúde, relatório de finalização do tratamento e radiografia panorâmica atualizada.
5. **Reembolso de consulta médica e nutricionista:** Enviar formulário de solicitação de reembolso, Receita Saúde ou Nota Fiscal, com a discriminação do serviço realizado.
6. **Reembolso para terapias (fonoaudiologia, psicologia):** Enviar formulário de solicitação de reembolso, Nota Fiscal ou Receita Saúde, lista de presença disponível no site da Copass, contendo as datas de realização e respectivas assinaturas, também assinada pelo prestador ao final do período, e relatório do profissional com CID.
7. **Reembolso para terapias (fisioterapia e terapia ocupacional):** Enviar formulário de solicitação de reembolso, Nota Fiscal ou Receita Saúde, lista de presença disponível no site da Copass, contendo as datas de realização e respectivas assinaturas, também assinada pelo prestador ao final do período, e pedido médico com indicação clínica e quantidade de sessões.
8. **Avaliação neuropsicológica:** Enviar formulário de solicitação de reembolso, Nota Fiscal ou Receita Saúde, lista de presença e relatório de conclusão. O serviço compreende um conjunto de sessões, avaliações e testes. Em caso de pagamento parcelado, as notas fiscais/Receita Saúde deverão ser agrupados em um único protocolo, no valor total do serviço.
9. **Reembolso de vacinas:** Enviar formulário de solicitação de reembolso, Nota Fiscal ou Receita Saúde, comprovante discriminando a vacina realizada e pedido médico, conforme as regras da tabela.
10. **Reembolso de exames laboratoriais:** Enviar formulário de solicitação de reembolso, Nota Fiscal, pedido médico, resultado dos exames e comprovante discriminando os exames realizados.
11. **Reembolso de DIU (Dispositivo Intra Uterino):** Enviar formulário de solicitação de reembolso, Nota Fiscal, pedido médico com indicação e modelo do DIU e, quando disponível, a cartela do dispositivo. Para Mini-DIU, a indicação será avaliada mediante apresentação de laudo de ultrassom transvaginal.
12. **Reembolso lente para facectomia:** Enviar formulário de solicitação de reembolso, Nota Fiscal e relatório médico com discriminação do modelo da lente e do olho em que foi realizada a cirurgia. Deverá ser emitida uma Nota Fiscal para cada olho.
13. **Acupuntura:** Enviar formulário de solicitação de reembolso e Nota Fiscal ou Receita Saúde. O procedimento deverá ser realizado por médico especialista em acupuntura, com registro no CRM. Não serão aceitos para reembolso tratamentos realizados por outras categorias profissionais, como fisioterapeutas, enfermeiros, quiropraxistas, entre outros.
14. **Reembolso hipossenssibilizante (vacina alergia): Cobertura de 3 (três) Protocolos/Nota fiscal por ano**
Enviar formulário de solicitação de reembolso, Nota Fiscal ou Receita Saúde, relatório médico com o planejamento terapêutico para administração da vacina e resultado do teste alérgico.
15. **Reembolso de Honorário médico – Cirurgião principal e auxiliar:** Enviar formulário de solicitação de reembolso, Nota Fiscal ou Receita Saúde com a descrição do serviço prestado e o grau de participação na cirurgia, além de folha de sala com a descrição cirúrgica, **devidamente datada, legível e com o timbre do hospital, ou relatório médico datado e detalhado**, contendo todas as informações do procedimento realizado e emitido pelo médico.

16. **Reembolso para internações e cirurgias:** Enviar formulário de solicitação de reembolso + Nota fiscal ou recibo + relatório médico + conta detalhada + resultado de exames. Não serão aceitos demonstrativos que descrevam apenas valor de pacote, sem claro detalhamento dos itens e seus respectivos valores. Os recibos deverão estar carimbados e assinados pelo médico, contendo o CPF, o CRM, a discriminação do serviço realizado e o grau de participação na cirurgia; Nota Fiscal de Serviço contemplando a cobrança de mais de um profissional deverá conter o valor individualizado por profissional.

16.1. Na nota fiscal deverá constar o nome do médico, CRM, discriminação do serviço e grau de participação na cirurgia;
16.2. Enviar relatório médico com quadro clínico, justificativa e procedimentos realizados;
16.3. Anexar cópia do laudo dos exames de referência;
16.4. O Hospital ou Clinica deverá emitir a nota fiscal e a conta hospitalar detalhada, discriminando todas as despesas e os respectivos valores unitários, conforme abaixo:
16.5. Data e horário da internação e alta;
16.6. Tipo de acomodação utilizada;
16.7. Quantidade de DIÁRIAS;
16.8. Discriminar quais MEDICAMENTOS e valores unitários;
16.9. Discriminar MATERIAIS e valores unitários;
16.10.Discriminar TAXAS e valores unitários;
16.11.Número e espécie dos exames;
16.12.Tempo e quantidade de anestésicos;
16.13.Transfusões de sangue, derivados e demais recursos terapêuticos utilizados quando for o caso;
16.14.Honorários médicos: deverão ser especificados quais profissionais participaram da cirurgia (NOME E CRM) e o grau de participação de cada um;
16.15.Encaminhar cópia da folha de sala.

17. **Reembolso atendimento ambulatorial Hospitalar de urgência ou emergência:** Enviar formulário de solicitação de reembolso, Nota fiscal e relatório médico com justificativa e a conta detalhada do Hospital, com valores unitários e total de cada item:

17.1. Data e horário de entrada e saída;
17.2. Discriminar procedimentos realizados;
17.3. Discriminar MEDICAMENTOS e valores unitários;
17.4. Discriminar MATERIAIS e valores unitários;
17.5. Discriminar TAXAS e valores unitários;
17.6. Número e espécie dos exames;
17.7. Honorários médicos – Especificar o valor recebido pelo profissional, informar nome do médico e CRM.

A falta de qualquer documento pode impedir o processamento do reembolso.
Em todos os casos, outros documentos podem ser ocasionalmente exigidos para complementar a análise.

Rua Carangola, 531 - Santo Antônio - 30 330-240 - Belo Horizonte - MG

Fones: (31) 3298-5800 / (31) 3298-5822 | E-mail:reembolso@copass-saude.com.br

ANS Nº 41.656-8