



ponto de encontro

SAÚDE
BRB

edição 010/2018

SEU PLANO DE SAÚDE REEMBOLSA DESPESAS COM SERVIÇOS DE SAÚDE

O Plano A-1 da SAÚDE BRB **não** oferece reembolso das despesas com serviços de saúde na modalidade livre escolha, ou seja, aquelas realizadas pelos Beneficiários em prestadores não credenciados. Desse modo, atendimentos prestados por profissionais e estabelecimentos em caráter particular não serão reembolsados.

Há, no entanto, circunstâncias em que é possível reembolso de despesas ambulatoriais, hospitalares e odontológicas efetuadas em estabelecimentos não credenciados. Respeitados os limites de abrangência geográfica e rol de procedimentos cobertos pelo Plano, os valores definidos nas tabelas pactuadas, e descontada a coparticipação, tais despesas poderão ser reembolsadas **exclusivamente** nas seguintes situações:

- Atendimento realizado em localidade onde não houver prestador habilitado;
- Atendimento prestado em situação de urgência/emergência, devidamente justificado em relatório emitido pelo profissional que o tenha executado;
- Situações excepcionais, tais como paralisação ou interrupção do atendimento pela rede credenciada.



Para solicitar o reembolso, o Beneficiário deve apresentar os seguintes documentos originais, até 180 dias após o atendimento:

- Relatório analítico das despesas (conta hospitalar ou similar);
- Relatório emitido pelo profissional de saúde contendo explicações e justificativa sobre o atendimento prestado em situação de urgência/emergência;
- Laudos de exames comprobatórios;
- Nota fiscal ou recibo emitido em nome do Beneficiário atendido, ou de seu responsável legal, em que se descreva o valor pago e a despesa a que se refere.

Após a aceitação desses documentos – que serão retidos pela SAÚDE BRB – e a comprovação das despesas e do evento pela auditoria médica, o reembolso será efetuado em até 30 dias.

Mas, atenção! Somente serão reembolsados os procedimentos que possuem cobertura pela SAÚDE BRB.