



Manual para  
**Pedido de**

**Reembolso**

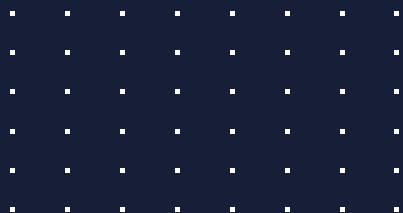


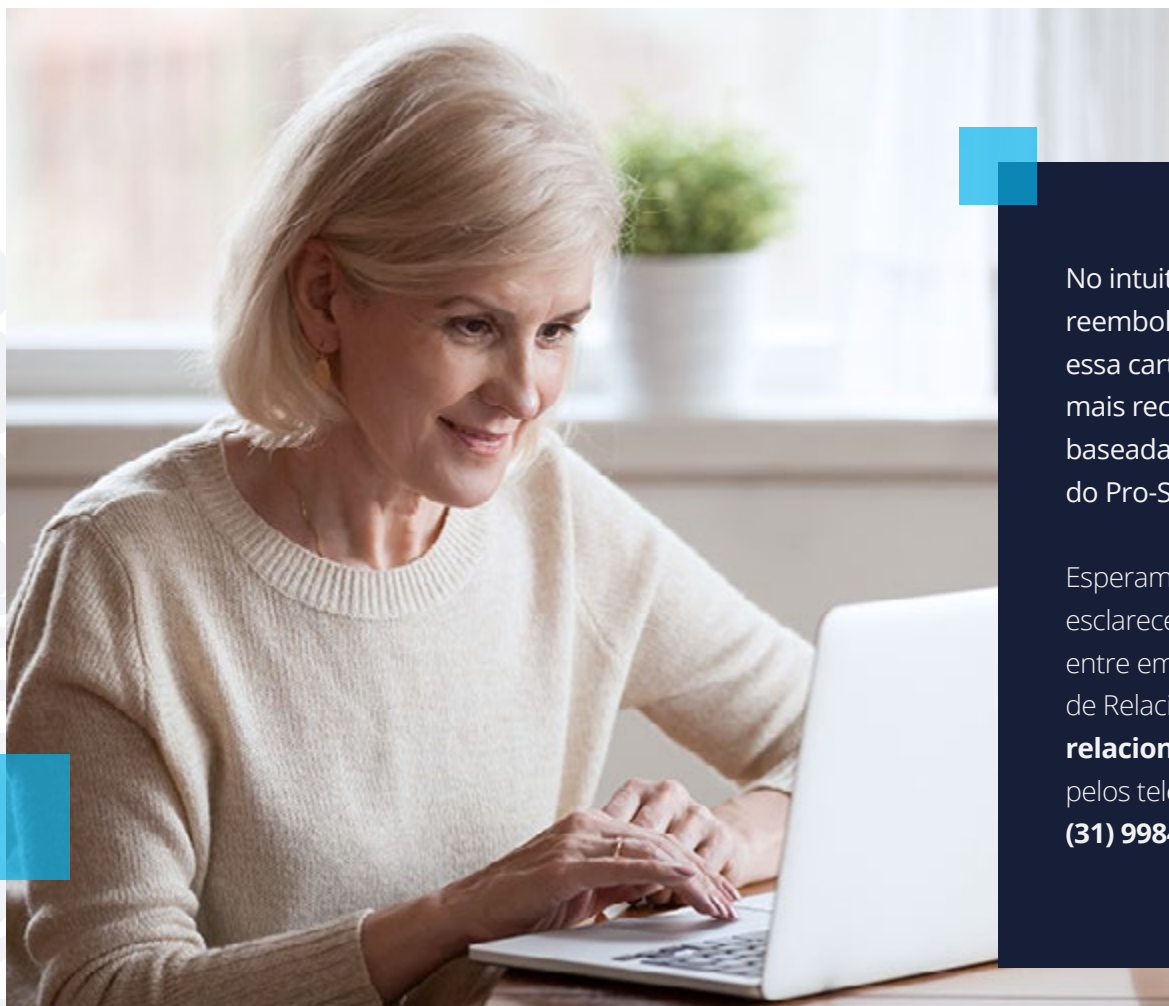


## índice interativo

Clique no título desejado para acessá-lo

O que é reembolso? .....	5
Em que momento será assegurado o reembolso? .....	5
Quais são as modalidades de reembolso? .....	6
Quais são os prazos para apresentar o reembolso e para receber o valor o qual tenho direito? .....	7
Como devo solicitar o Reembolso? .....	8
Quais são os canais para envio das solicitações de reembolso? .....	9
Qual a documentação necessária para solicitar o reembolso? .....	10
Passo a passo para acesso aos formulários no portal .....	16
Dos valores de reembolso .....	19





No intuito de tornar o processo de reembolso mais fácil e rápido, criamos essa cartilha com respostas às dúvidas mais recorrentes de nossos usuários, baseadas no Regulamento do Pro-Saúde.

Esperamos que o conteúdo seja esclarecedor e em caso de dúvidas entre em contato com o nosso setor de Relacionamento pelo e-mail **[relacionamento@desban.org.br](mailto:relacionamento@desban.org.br)** ou pelos telefones **(31) 99347 3034** ou **(31) 99841 5636**.



## O que é reembolso?

---

O reembolso é um benefício da Desban para os usuários do PRO-SAÚDE, que realizem atendimentos fora da Rede Credenciada da Operadora, conforme Regulamento vigente.

## Em que momento será assegurado o reembolso?

---

De acordo com o Capítulo IX - Art. 32 do regulamento do Pro-Saúde será assegurado o reembolso no limite das obrigações do Regulamento, para as despesas efetuadas pelo usuário com assistência à saúde, em função de atendimentos eletivos e de urgência e emergência, quando o usuário for atendido fora da rede credenciada da OPERADORA dentro da área de abrangência do plano.

Conforme **Art. 33** do Capítulo IX, o reembolso será assegurado de acordo com os valores estabelecidos na Tabela de Reembolso da OPERADORA, e não será inferior à relação de serviços médicos e hospitalares praticados pela OPERADORA junto à rede de prestadores do PRO-SAÚDE, descontados os valores de coparticipação, devendo o usuário, para tanto, apresentar a documentação probatória relacionada no Anexo V do regulamento e deverá observar os requisitos nele estabelecidos.



## Quais são as modalidades de reembolso?

---

O Pro-Saúde dispõe das seguintes modalidades de Reembolso: **Livre Escolha, Misto e o Integral**. Em todas as opções devem ser observados os períodos de carência.

O reembolso dos valores se dará pelas tabelas disponibilizadas no site da Desban [www.desban.org.br](http://www.desban.org.br) e a regra de coparticipação será aplicada conforme Regulamento.

Somente será concedido o reembolso de atendimentos realizados fora da rede credenciada do Pro-Saúde. **No caso do usuário optar por realizar o atendimento coberto pela Desban no prestador, em caráter particular, o usuário não terá direito ao reembolso do valor.**

**Reembolso Livre Escolha:** o Beneficiário, por opção, utilizará a rede não credenciada ao Pro-Saúde, para realização de serviços médicos, tratamentos seriados e odontológicos cobertos pela Operadora.


**Reembolso Misto,** o Beneficiário, por opção, utilizará a rede credenciada ao Pro-Saúde para parte das despesas, e poderá receber o reembolso de outra parte das despesas, que não foram realizadas pela rede credenciada ao Pro-Saúde (como exemplo: honorários médicos e odontológicos).



**Reembolso Integral**, constatada a inexistência ou insuficiência de rede credenciada pelo Pro-Saúde, de acordo com os critérios estabelecidos pela Agência Nacional de Saúde - ANS e descartadas as alternativas de garantia de atendimento por parte da Operadora. o Beneficiário do Pro-Saúde poderá arcar com as despesas do atendimento, desde que **previamente autorizado pela Desban e posteriormente**, solicitar ao Pro-Saúde o reembolso integral.

## Quais são os prazos para apresentar o reembolso e para receber o valor o qual tenho direito?

**Para solicitação do reembolso:** de acordo com o do Capítulo IX - **§5º - Apresentação do recibo:** o prazo para apresentação do recibo ou da nota fiscal para fins de solicitação de reembolso conforme preveem as regras atuais, poderá ocorrer em até 365 dias (um ano) após a emissão do recibo ou nota fiscal referente ao atendimento prestado.

**Do prazo para pagamento:** Conforme Capítulo IX - **§2º - Pagamento:** o pagamento do reembolso será efetuado, através de depósito em conta corrente de o usuário titular, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados da data de entrega da documentação completa na OPERADORA, via área restrita ou entregue presencialmente no setor de Relacionamento. 

**Entrega de Solicitação de Reembolso à Operadora:** solicitações recebidas dos dias **01 a 15** (tanto por e-mail quanto físico): crédito no antepenúltimo dia do mês corrente e solicitações recebidas dos dias **16 a 31** (tanto por e-mail quanto físico): crédito no décimo quinto dia útil do mês subsequente.

## Como devo solicitar o Reembolso?

---

Vamos explicar como solicitar o reembolso, antes gostaríamos de esclarecer que conforme Regulamento do Pro-Saúde:

**§3º** - Não serão reembolsadas as despesas, cujos documentos estiverem rasurados, emendados, ilegíveis, fora do prazo e em desacordo com o Regulamento.

**§4º** - Para efeito do cálculo do reembolso prevalecerá a Tabela de Reembolso vigente na data do recibo ou da nota fiscal.

**§5º** - O pedido de reembolso deverá ser feito em impresso próprio da OPERADORA.

**§6º** - A diferença entre o valor do serviço e o do reembolso é de exclusiva responsabilidade do usuário.

**§7º** - Nas solicitações de reembolso aplicam-se também as exigências e limitações impostas aos casos de procedimentos realizados por profissionais ou entidades credenciadas.

**§8º** - Não serão reembolsadas despesas com qualquer procedimento não coberto pelo PRO-SAÚDE.

**§9º** - O usuário arcará com a despesa do procedimento por ele utilizado sem justificativa médica. 

Após o preenchimento do Formulário que está na área restrita do beneficiário no site da Operadora ou solicitação presencial, deverá ser anexado conforme **anexo V** do Regulamento vigente, documentação obrigatória.

## Quais são os canais para envio das solicitações de reembolso?

---

**E-mail:** A solicitação de reembolso pode ser enviada via e-mail: reembolso@desban.org.br

**Presencialmente:** O reembolso pode ser solicitado de forma presencial na sede da operadora.

O atendimento ao usuário é no horário comercial de 08:00 às 18:00 de segunda a sexta.





## Qual a documentação necessária para solicitar o reembolso?

Nos quadros abaixo informamos a documentação necessária para o processamento de sua solicitação:

Tipo de atendimento	Documentação necessária
Consultas Médicas	<p><b>Quando o ressarcimento ocorrer por meio de recibo (PF) enviar:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>» Identificação do profissional (nome, CPF, carimbo e assinatura) com o seu respectivo registro no Conselho.</li></ul> <p><b>Para reembolsos por meio de NF (PJ) deverá constar:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>» Os dados obrigatórios (razão social, CNPJ, endereço).</li></ul> <p><b>Todos os pedidos devem conter:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>» Nome do paciente atendido;</li><li>» Discriminação do serviço prestado (deverá constar a especialidade médica atendida);</li><li>» Valor pago por procedimento;</li><li>» Data do atendimento;</li><li>» Formulário de reembolso devidamente preenchido (em casos de entrega presencial será necessário datar e assinar) pelo beneficiário titular.</li></ul>





Tipo de atendimento	Documentação necessária
<p>Exames de SADT (Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico) / Tratamentos Seriados e Assistência Complementar (óculos e órtese e prótese)</p>	<p><b>Quando o ressarcimento se der por meio de recibo, enviar:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Identificação do profissional (nome, CPF, carimbo e assinatura) com o seu respectivo registro no Conselho.</li> </ul> <p><b>Para reembolsos por meio de NF (PJ) deverá constar:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Os dados obrigatórios (razão social, CNPJ, endereço).</li> </ul> <p><b>Todos os pedidos devem conter:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Nome do paciente atendido;</li> <li>» Discriminação do serviço prestado;</li> <li>» Pedido Médico ou Relatório Médico;</li> <li>» Valor pago por procedimento;</li> <li>» Data do atendimento.</li> </ul> <p><b>Para atendimento nas especialidades não médicas (fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiologia e RPG ) deverá constar também:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» <b>A apresentação do pedido emitido por profissionais médicos;</b></li> <li>» Quantidade e data das sessões realizadas (informadas pelo profissional que realizou atendimento);</li> <li>» Valor pago por cada sessão e valor total;</li> <li>» Pedido médico com o CID ou relatório do profissional executante com o CID;</li> <li>» Formulário de reembolso devidamente preenchido (em casos de entrega presencial será necessário datar e assinar) pelo beneficiário titular.</li> </ul>



Tipo de atendimento	Documentação necessária
Exames de SADT (Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico) / Tratamentos Seriados e Assistência Complementar (óculos e órtese e prótese)	<ul style="list-style-type: none"><li>» OBS: Para continuidade da cobertura dos procedimentos com as coberturas adicionais, anualmente, a cada janeiro, deverá ser apresentado novo laudo.</li></ul> <p><b>Para Assistência Complementar (óculos, órtese e prótese) deverá constar também:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>» Pedido médico ou receita médica nos casos de óculos ou lente.</li><li>» Os benefícios da Assistência Especial e Complementar, previstos nos incisos I e II sujeitam-se a um Limite Financeiro de Cobertura - LFC anual por titular e por dependente de acordo com o plano de custeio estabelecido para cada exercício, sendo as regras de reembolso (percentual e limite de valor) para cada cobertura definidas pelo Conselho Deliberativo da <b>OPERADORA</b>.</li></ul>



Tipo de atendimento	Documentação necessária
<p>Internação ou Honorários vinculados à Internação</p>	<p><b>Quando o reembolso se der por meio de recibo, enviar:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Identificação do profissional (nome, CPF, carimbo e assinatura) com o seu respectivo registro no Conselho;</li> </ul> <p><b>Para reembolsos por meio de NF (PJ) deverá constar:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Os dados obrigatórios (razão social, CNPJ, endereço).</li> </ul> <p><b>Todos os pedidos devem conter:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Nome do paciente atendido;</li> <li>» Descrição do atendimento prestado;</li> <li>» Nos casos de <u>internação fora da rede credenciada</u>, deverá ser apresentado conta hospitalar analítica, em papel timbrado do prestador de serviços, contendo todos os gastos provenientes da internação, o período, o tipo de acomodação, as taxas, as diárias, os materiais e medicamentos devidamente discriminados, número e espécie de exames, tempo e quantidade de anestésicos, gasoterapia, transfusões de sangue e derivados e demais recursos terapêuticos e respectivos preços unitários;</li> <li>» <u>Honorários médicos em nível ambulatorial ou internação</u>, deve ser enviado, além do recibo ou Nota Fiscal, o laudo Médico contendo o diagnóstico, o tratamento realizado, a data</li> </ul>



Tipo de atendimento	Documentação necessária
Internação ou Honorários vinculados à Internação	<p>da internação e a alta, horário da realização e acomodação.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>» Nos casos de internação em rede credenciada, e quando a cobrança se refere apenas aos honorários médicos de profissionais não credenciados, <b>é obrigatória a informação sobre a posição cirúrgica do médico que exerceu o procedimento</b> (cirurgião, 1º ou 2º auxiliar ou anestesista - <i>instrumentador não temos cobertura</i>) juntamente com seus registros profissionais e CPF (sem essas informações os pedidos não serão acatados);</li><li>» Valor pago por cada procedimento realizado;</li><li>» Data do atendimento;</li><li>» Formulário de reembolso devidamente preenchido (em casos de entrega presencial será necessário datar e assinar) pelo beneficiário titular.</li></ul>



Tipo de atendimento	Documentação necessária
Odontologia	<p><b>Quando o reembolso ocorrer por meio de recibo, enviar:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Identificação do profissional (nome, CPF, carimbo e assinatura) com o seu respectivo registro no Conselho;</li> </ul> <p><b>Para reembolsos por meio de NF (PJ):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Os dados obrigatórios (razão social, CNPJ, endereço).</li> <li>» Todos os pedidos devem conter:</li> <li>» Relatório detalhado do dentista;</li> <li>» Valor pago por cada procedimento;</li> <li>» Data do atendimento;</li> <li>» Exame de Raio X para os casos de procedimentos indicados na tabela de odontologia disponível no site da Desban.</li> <li>» Formulário de reembolso devidamente preenchido (em casos de entrega presencial será necessário datar e assinar) pelo beneficiário titular.</li> </ul>

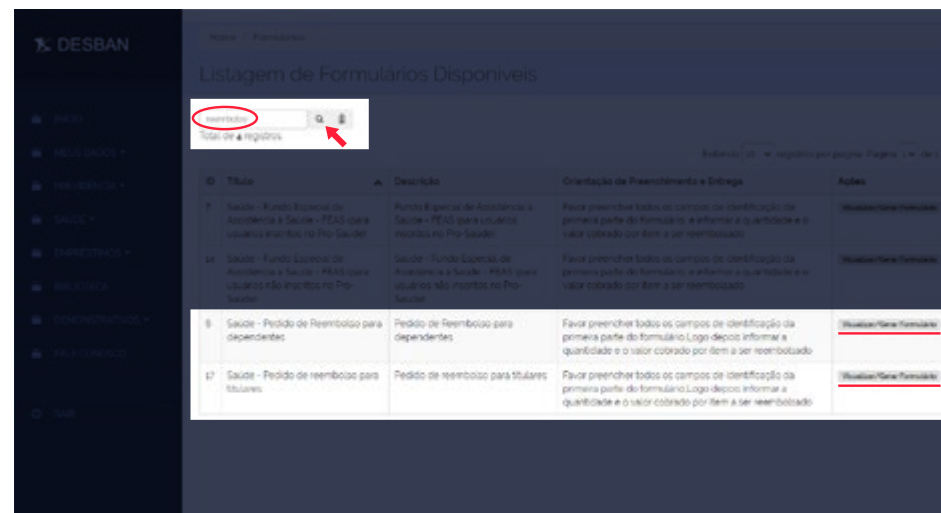
**§10º** - Em caso de divergência médica ou odontológica a respeito do procedimento realizado, será garantida a instauração de junta médica ou odontológica, para definição do impasse, constituída pelo profissional solicitante do procedimento ou nomeado pelo usuário, por médico ou cirurgião-dentista da OPERADORA e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais acima nomeados, cuja remuneração ficará a cargo da OPERADORA. Caso o profissional eleito pelo usuário não seja credenciado da OPERADORA, seus honorários ficarão sob a responsabilidade do usuário.





No campo de busca, digite a palavra **“reembolso”**. O resultado da pesquisa estará descrito como **Pedido de Reembolso dependentes e/ou titulares**.

Selecione a opção desejada no botão **“Visualizar/ Gerar Formulário”**.



Preencha os campos do Formulário:

Por fim, clique no ícone **“Salvar no meu computador”** para gerar o arquivo em PDF com as informações preenchidas no Formulário.



The screenshot shows the 'PEDIDO DE REEMBOLSO' form. At the top left is the DESBAN logo. The form is divided into several sections. The first section contains fields for 'Nº TITULAR' (with value 712), 'NOME DO TITULAR' (MARCELO SILVA DURANTE), and 'Nº DO PROTOCOLO / MES'. The second section is for 'Nº DO DEPENDENTE' with a dropdown menu labeled 'Selecione um Dependente'. Below this is a warning: 'É de extrema importância e correto preenchimento da identificação de quem de fato realizou a despesa, quando do preenchimento do formulário de solicitação de reembolso, pois o mesmo impacta diretamente nos dados informados à receita federal na Declaração Anual do Imposto de Renda e na sua OMEF anual.' The third section is 'DADOS DO ESCBO ANEXADO' with a note: '(Todas as informações abaixo devem ser preenchidas conforme o documento fornecido pelo prestador)'. This section includes fields for 'Nº DO CONSELHO REGIONAL', 'Nº DO CNRU/CRF', and 'VALOR RÉCIBO'. The fourth section is 'ESPECIALIDADE DO MÉDICO'. The final section is 'ATENDIMENTO' with fields for 'CID' and 'VALOR DO PROCEDIMENTO'.



Pronto! Agora basta anexar junto aos **documentos requisitados** (Recibo e/ou Nota Fiscal com a discriminação do procedimento realizado); **Laudo com CID** (para terapias em geral) e enviar para [reembolso@desban.org.br](mailto:reembolso@desban.org.br).

O processo de solicitação de reembolso desta forma torna-se mais **ágil, sustentável** e **econômico**.

Os formulários abaixo são para os participantes que optarem pela solicitação de forma presencial na OPERADORA:

### Formulário para **titulares**



**Pedido de Reembolso**

clique nos campos abaixo para editar

Nº Titular  Nome do Titular  Nº do Protocolo / Mês

Nome do Titular  Digite aqui

Nº do Protocolo / Mês  Digite aqui

É de **extrema importância** o correto preenchimento da identificação de quem de fato realizou a despesa, quando do preenchimento do formulário de solicitação de reembolso, pois o mesmo impacta diretamente nos dados informados à receita federal na Declaração Anual do Imposto de Renda e na sua DMEF anual.

**DADOS DO RECIBO ANEXADO**  
(Todas as informações abaixo devem ser preenchidas conforme o documento fornecido pelo prestador.)

Nº do Conselho Regional		Nº do CNPJ/CPF		Valor do recibo		Data do recibo	
Digite aqui		Digite aqui		R\$ Digite aqui		xx / xx / 20xx	
Atendimento	Qtde.	Valor do procedimento	Atendimento	Qtde.	Valor do procedimento	Atendimento	Qtde.
Óculos / Lente	0	0	Acupuntura	0	0	Óculos / Lente	0
Psicologia	0	0	Nutrição	0	0	Psicologia	0
Fonoaudiologia	0	0	Consulta	0	0	Fonoaudiologia	0
Terapia Ocupacional	0	0	Outros	0	0	Terapia Ocupacional	0
RPG	0	0	Outros	0	0	RPG	0

### Formulário para **dependentes**



**Pedido de Reembolso dependentes**

clique nos campos abaixo para editar

Nº Titular  Nome do Titular  Nº do Protocolo / Mês

Nome do Titular  Digite aqui

Nº do dependente  Nome do dependente

Nome do dependente  Digite aqui

É de **extrema importância** o correto preenchimento da identificação de quem de fato realizou a despesa, quando do preenchimento do formulário de solicitação de reembolso, pois o mesmo impacta diretamente nos dados informados à receita federal na Declaração Anual do Imposto de Renda e na sua DMEF anual.

**DADOS DO RECIBO ANEXADO**  
(Todas as informações abaixo devem ser preenchidas conforme o documento fornecido pelo prestador.)

Nº do Conselho Regional		Nº do CNPJ/CPF		Valor do recibo		Data do recibo	
Digite aqui		Digite aqui		R\$ Digite aqui		xx / xx / 20xx	
Atendimento	Qtde.	Valor do procedimento	Atendimento	Qtde.	Valor do procedimento	Atendimento	Qtde.
Óculos / Lente	0	0	Acupuntura	0	0	Óculos / Lente	0
Psicologia	0	0	Nutrição	0	0	Psicologia	0
Fonoaudiologia	0	0	Consulta	0	0	Fonoaudiologia	0
Terapia Ocupacional	0	0	Outros	0	0	Terapia Ocupacional	0
RPG	0	0	Outros	0	0	RPG	0

## Dos valores de reembolso

---

SIMULAÇÃO CÁLCULO REEMBOLSO			
Valor pago pela despesa	Valor da tabela	Valor da coparticipação (30% de 500,00)	Valor a ser reembolsado (Deduzindo a Coparticipação)
<b>R\$ 700,00</b>	<b>R\$ 500,00</b>	<b>R\$ 150,00</b>	<b>R\$ 350,00</b>





**DESBAN**  
Fundação BDMG de  
Seguridade Social