



SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO DE DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES

DADOS DO ASSOCIADO

Nome do Titular		Matrícula CASSEB
Nome do Dependente		Matrícula CASSEB
Telefone Residencial	Telefone Celular	Telefone Contato

DADOS BANCÁRIOS PARA O CRÉDITO

C.P.F.	Número do Banco / Nome	Agência	Conta Corrente
Nome do Titular			Cart. Identidade

PLANO

Casseb Saúde	Pasfab	Pasmedh 13	Pasmedh 14	Pasmedh 15	Pasmedh17
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Casseb Família Apart.	Casseb Família Enf.	Casseb Multi Apart.	Casseb Multi Enf.		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

CONDIÇÕES REGULAMENTARES DO BENEFÍCIO

- Este benefício é facultado aos Beneficiários titulares ou dependentes legais de todos os planos da **CASSEB**.
- O reembolso só poderá ser feito se o procedimento for realizado por profissionais **Não** credenciados pela **CASSEB**.
- Todos os procedimentos com custo igual ou superior a 300 Ch's necessitam de relatório médico e **Autorização Prévia** da **CASSEB**.
- O reembolso será efetivado de acordo com as tabelas de custo adotados pela **CASSEB**.
- Faz-se necessária apresentação da Nota Fiscal (Original) com assinatura e CREMEB do Médico, constatando a descrição do serviço prestado, CID e solicitação médica.
- Em caso de tratamento clínico, o reembolso será com base na quantidade autorizada pela **CASSEB**.

Local

Data

Assinatura do Titular

RESERVADO À CASSEB

<input type="checkbox"/> Deferido	<input type="checkbox"/> Indeferido
Valor Reembolsado: R\$	Justificativa:
/ /	
Data	Resp. Pelo Processamento

COMPROVANTE DE ENTREGA

Nome do Titular	Matrícula CASSEB
Data da Entrega	Prev. Pagamento
Processo N.º	
Recebido por (Rúbrica e Carimbo)	