

# Formulário de Reembolso e Autorização

## Instruções de Preenchimento

Para que este formulário sirva como prova válida de reembolso, você deve anexar os documentos originais e certificar-se de que a documentação está legível e apresenta o nome do paciente, a data do atendimento, o diagnóstico, o procedimento e/ou o tipo de serviço juntamente com as cobranças discriminadas. Deixar de apresentar um formulário preenchido de forma precisa resultará em atraso no processamento. O segurado tem um prazo restrito para a apresentação do formulário de reembolso completo e a IMG pode, a seu critério, negar a cobertura em caso de apresentação do formulário de reembolso fora do prazo, habilitação de crédito incompleta e/ou não apresentação da mesma.

► **Por correio:**

**International Medical Group, Inc. Claims, P.O. Box 240429,  
Apple Valley, MN 55124 USA,  
Telefone: +1.800.628.4664 ou Fora dos EUA +1.317.655.4500  
Ou pelo e-mail: [insurnace@imglobal.com](mailto:insurnace@imglobal.com)**

\* Remessas noturnas devem ser enviadas para:  
International Medical Group, Inc. Claims, P.O. Box 240429, Apple Valley, MN 55124 USA

<b>PARTE A: A ser preenchida pelo Requerente para todos os pedidos de reembolso</b>			
Nome do Requerente/Paciente: (como consta da carteira do segurado)		Número do Passaporte/Visto:	
<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Feminino	<i>Data de Nascimento: (dia/mês/ano)</i>	
Relação do Requerente com o Segurado Principal <input type="checkbox"/> Próprio/a <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Filho/a <input type="checkbox"/> Outro			
Nome do Segurado Principal: (como consta da carteira do segurado)		Nº de Identificação do Segurado:	
<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Feminino	<i>Data de Nascimento: (dia/mês/ano)</i>	
Endereço no País de Origem:			
Endereço Atual:		Cidade:	
Estado:	Zip/Cep:	Telefone Residencial:	Telefone Comercial:
Comunicações devem ser enviados por e-mail para:			
Você é estudante em período integral? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Nº do Grupo:	
Em caso afirmativo, forneça o nome da instituição, o endereço e o telefone:			
Quantos meses no ano você reside nos Estados Unidos?			
<b>Informações Alternativas do Beneficiário</b>			
Nome:			
Endereço:		Telefone:	
Cidade:	Estado	Zip/Cep:	País:
Email:			
<b>Caso o Requerente tenha ou possa ter outra cobertura, preencha os itens abaixo</b>			
Nome do Segurado Principal: (como consta da carteira do segurado)		<i>Data de Nascimento: (dia/mês/ano)</i>	
Endereço de Correspondência do Segurado:	Cidade:	Estado:	Código Postal:
Nome da outra operadora:	Nº de identificação da outra cobertura::		
Tipo da outra cobertura:	Número de telefone da operadora:		
Endereço da operadora:	Cidade:	Estado:	Código Postal:
Nome do empregador:	Número de telefone do empregador:		
Endereço do empregador:	Cidade:	Estado:	Código Postal:

**PARTE B. A ser preenchida pelo Requerente para cada novo quadro clínico, lesão ou doença** (se precisar de mais espaço, anexe outra folha)

1. Quando surgiu o primeiro sintoma deste quadro clínico? Especifique a data exata, se possível. *(dia/mês/ano)*
2. Como teve início o quadro clínico?  
Especifique pormenorizadamente todos os sintomas e descreva em detalhes o quadro clínico após o seu início.
  
3. Você já tratou ou recebeu tratamento para este tipo de quadro clínico antes?     Sim         Não
4. Relacione todos os nomes e endereços dos profissionais pelos quais foi atendido com relação a este quadro clínico.
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
5. Nos últimos cinco anos, que enfermidades, moléstias, doenças, lesões ou demais quadros clínicos, males ou distúrbios físicos, médicos, mentais ou nervosos você enfrentou?  
Por favor, forneça o nome e/ou a descrição de cada quadro clínico, as datas do tratamento, além do nome e endereço do estabelecimento e do(s) médico(s) atendente(s).
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
6. Este quadro clínico é resultado de doença, lesão ou acidente:
  - a. relacionado a trabalho?     Sim         Não  
Em caso afirmativo, você está aplicando para benefícios de Compensação dos Trabalhadores?  
 Sim         Não
  
  - b. envolvendo acidente de carro ou ações de outra pessoa?     Sim         Não  
Em caso afirmativo, relacione os nomes das partes envolvidas, as operadoras de seguro e os números das apólices.
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  - c. Houve protocolamento da ocorrência junto a quaisquer entidades governamentais ou de investigação?     Sim     Não  
Em caso afirmativo, identifique o departamento e o endereço do protocolamento.





**PARTE E. Autorização - a ser preenchida pelo Requerente para todos os pedidos de reembolso.**

Atesto que todas as informações contidas no presente formulário são verdadeiras, corretas e completas, nos limites do meu conhecimento. Autorizo qualquer plano de saúde, prestador de serviços de assistência médica, profissional de saúde, MIB, órgão do governo federal, estadual ou municipal, empresa de seguro ou resseguro, serviço de proteção ao crédito, empregador, plano de benefícios ou qualquer outra organização ou indivíduo que possua quaisquer registros ou conhecimento sobre minha saúde, quaisquer informações disponíveis sobre meu diagnóstico, tratamento e prognóstico quanto a qualquer quadro clínico e/ou tratamento físico ou mental referente a mim, além de quaisquer informações a meu respeito que não sejam médicas, a divulgar todos os meus registros médicos, meu prontuário, histórico, medicamentos e quaisquer outras informações relacionadas a mim, fornecer todas essas informações ao meu agente registrado e aos representantes autorizados da Empresa, IMG, e suas coligadas e subsidiárias. Os indivíduos podem se recusar a assinar a autorização sem consequências negativas ao tratamento ou ao cadastramento no plano. Entretanto, a IMG não poderá processar pedidos de reembolso, determinar elegibilidade para benefícios ou emitir pagamentos. A autorização é válida pelo prazo de vigência do contrato de seguro ou do plano ao qual se refere o pedido de reembolso.

Compreendo que tenho o direito de receber uma cópia da presente autorização mediante solicitação e de revogar a autorização a qualquer momento por meio de comunicado escrito à IMG. Uma cópia do presente tem a mesma validade do original. Reconheço e compreendo que as informações podem estar sujeitas a uma nova divulgação pelo destinatário e podem deixar de estar protegidas pelas leis de privacidade e confidencialidade aplicáveis.

**Qualquer indivíduo que apresente, de forma intencional, um pedido de reembolso falso ou fraudulento para o pagamento de uma perda de benefício ou que apresente, de forma intencional, informações falsas em uma aplicação para seguro pratica crime e estará sujeito a pena de multa e confinamento na prisão.**

Nome do Segurado em letra de forma: \_\_\_\_\_

Assinatura do Segurado/Representante Legal: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_ (dia/mês/ano)

**AUTORIZAÇÃO:** Autorizo o pagamento de quaisquer benefícios referentes a despesas médicas elegíveis para o prestador ou outro fornecedor de serviços que tenha direito ao pagamento das cobranças anexadas.

Assinatura do Segurado/Representante Legal: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_ (dia/mês/ano)

**PARTE F. Formulário de Liberação de Privacidade e Confidencialidade**

Ao preencher este formulário, você autoriza a IMG a discutir as informações relacionadas ao seu pedido com a(s) pessoa(s) listada(s) abaixo. Sem esta autorização escrita, as leis vigentes não permitem que a IMG discuta informações protegidas por leis de confidencialidade e privacidade com qualquer pessoa além de seu(s) médico(s) ou prestador(es) de serviço.

Autorizo a IMG a discutir o meu pedido com \_\_\_\_\_ Que é \_\_\_\_\_

A presente autorização tem validade de \_\_\_\_\_ meses a partir da data de sua assinatura (máximo de 12 meses).

Concedo permissão à IMG para que libere as seguintes informações:

(Selecione e rubrique, por favor)

\_\_\_\_\_ Informações financeiras e de reembolso relacionadas a cobranças médicas ou ao formulário de reembolso.

\_\_\_\_\_ Nome do prestador de serviços, data do atendimento, cobrança total, total pago e data do pagamento.

\_\_\_\_\_ Número de Identificação do seguro e/ou número da conta do paciente

As leis de privacidade e confidencialidade não permitem a liberação ou nova divulgação de dados médicos obtidos de um prestador de serviços médicos. As suas informações e os seus registros médicos podem ser obtidos diretamente junto ao seu prestador de serviços médicos.

Li o presente formulário. Compreendo, aceito e autorizo a IMG a usar e liberar as minhas informações conforme disposto acima. Compreendo ainda que a assinatura do presente formulário é feita de livre e espontânea vontade. Compreendo que a IMG não exige a minha assinatura no presente formulário para que eu receba tratamento, pagamento, ou para cadastramento ou elegibilidade aos benefícios. Tenho o direito de cancelar esta aprovação a qualquer momento por meio de aviso escrito de cancelamento junto à IMG. Compreendo que o meu cancelamento desta aprovação não afetará qualquer medida anterior. Também compreendo que as informações que forem liberadas podem ser distribuídas por pessoa ou grupo que as receber. Caso isto ocorra, as informações poderão não mais estar protegidas pela HIPAA Privacy Rule [Lei de Proteção às Informações Pessoais de Saúde]. Tenho direito a uma cópia deste formulário.

Nome do Paciente (letra de forma): \_\_\_\_\_ Número de Identificação do Seguro: \_\_\_\_\_

Assinatura do Paciente ou pai/mãe caso o paciente seja menor de idade: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_ (dia/mês/ano)

Caso este formulário seja assinado por alguma pessoa que não seja o paciente ou pai/mãe (ex.: representante pessoal, representante legal ou guardião em nome do paciente), apresente os seguintes itens: cópia do formulário de representante para cuidados médicos, procuração, ordem judicial ou outros documentos que comprovem guarda, ou demais documentos legais que comprovem a autoridade do representante legal para agir em nome do paciente.