



NORMA DE BENEFÍCIOS REEMBOLSO



[Página 3: Informações Gerais](#)

[Página 4: Como solicitar o Reembolso?](#)

[Página 5: Prazos](#)

[Página 6: Reembolso Médico](#)

[Página 11: Reembolso Odontológico](#)

[Página 15: Reembolso Óptico](#)

[Página 19: Reembolso Auxílio Lactente](#)

[Página 24: Reembolso Farmácia](#)

[Página 30: Reembolso Complementar Prestige*](#)

[Página 36: Reembolso Médico Complementar para Consultas*](#)

[Página 41: Reembolso Terapias, Exames e Procedimentos*](#)

**Para beneficiários e beneficiárias SulAmérica*

[Página 45: Reembolso Check-up Executivo](#)

[Página 50: Orientações Gerais \(todos os Reembolsos\)](#)

Elegíveis:

Titulares e dependentes devidamente incluídos e ativos no Plano de Saúde, e ainda, que sejam do Grupo Stellantis.

Área de abrangência:

A abrangência geográfica do benefício do Reembolso se dará conforme a abrangência do Plano de Saúde ao qual o beneficiário ou beneficiária esteja vinculado, **inclusive na modalidade de teleatendimento, será considerado para fins de comprovação, o município de emissão do documento fiscal.** Exceto ao Reembolso Farmácia, cuja abrangência geográfica é nacional.

Tipos disponíveis (conforme elegibilidade por empresas e categorias profissionais):

- Reembolso Médico
- Reembolso Odontológico
- Reembolso Óptico
- Reembolso Auxílio Lactente
- Reembolso Farmácia
- Reembolso Complementar Prestige*
- Reembolso Médico Complementar para Consultas*
- Reembolso Terapias, Exames e Procedimentos*

**Para beneficiários e beneficiárias SulAmérica*

- Reembolso Check-up Executivo

A solicitação do reembolso deverá ser feita por meio da ferramenta **“Reembolso Online”** disponível no site ou aplicativo Stellantis Saúde.

Para solicitar, é necessário preencher os campos obrigatórios requeridos na abertura do protocolo com todas as informações e incluir a documentação completa referente ao reembolso que está sendo solicitado, respeitando os prazos determinados nesta norma em cada tipo de reembolso.

O **status da avaliação** do protocolo é acompanhado por meio do aplicativo ou site e, em caso de indeferimento (negativa), a justificativa constará no próprio protocolo, no campo "Observação". Também são enviados e-mails com o avançamento da solicitação.



Faça o download do aplicativo Stellantis Saúde:

[App Store](#) | [Google Play](#)



Prazos do processo de reembolso (exceto Reembolso Complementar Prestige e Reembolso Médico Complementar para Consultas)

Solicitação

O prazo para a solicitação de reembolso é de até **60 dias corridos** a contar da data de emissão do recibo/NF.

Pagamento

O prazo para pagamento do reembolso é de até **30 dias corridos** a partir da data da solicitação.

Indeferimento (Negativa)

Em caso de indeferimento, o beneficiário ou a beneficiária deverá registrar um novo protocolo, respeitando o prazo de **60 dias** da data de emissão do documento.

Prazos do processo de Reembolso Complementar Prestige e Reembolso Médico Complementar para Consultas (para beneficiários e beneficiárias SulAmérica)

Solicitação

O prazo para a solicitação de reembolso é de até **90 dias corridos** a contar da data de emissão do recibo/NF.

Pagamento

O prazo para pagamento do reembolso é de até **30 dias corridos** a partir da data da solicitação na Stellantis Saúde.

Indeferimento (Negativa)

Em caso de indeferimento, o beneficiário ou a beneficiária deverá registrar um novo protocolo, respeitando o prazo de **90 dias** da data de emissão do documento.



Reembolso Médico



O que é?

O Reembolso Médico caracteriza-se pela escolha opcional, por parte de beneficiários e beneficiárias elegíveis, para a busca por atendimentos de saúde, de forma particular, **previstos no Rol da ANS** vigente à época da realização do procedimento.

O **valor reembolsado** será conforme percentual e tetos **previamente definidos de acordo com a elegibilidade** da empresa e categoria profissional. Confira detalhes na página seguinte.

PERCENTUAL DO BENEFÍCIO REEMBOLSO MÉDICO POR CATEGORIA PROFISSIONAL

CATEGORIA	% REEMBOLSO	LIMITE ANUAL POR PESSOA DO GRUPO FAMILIAR (A PARTIR DE 01/06/2025)	VALOR DO TETO POR CONSULTA MÉDICA UNITÁRIO (A PARTIR DE 01/06/2025)
EXECUTIVE VICE PRES SENIOR VICE PRES VICE PRESIDENT N2*	100%	R\$ 23.400	R\$ 2.600
VICE PRESIDENT N3	80%	R\$ 7.410	R\$ 650
DIRECTOR	80%	R\$ 7.410	R\$ 650
SENIOR PROFESSIONAL	40%	R\$ 4.810	R\$ 520
MID LEVEL PROFESSIONAL	40%	R\$ 3.120	R\$ 520

*Vice President (N2): diretamente ligados, seja hierárquica ou funcionalmente, ao Executive Vice President

Nota 1: Beneficiários que foram admitidos ou promovidos para a categoria Senior Manager 15-16 até 31/12/2020 e que atualmente estão nas categorias Director ou Vice President, são elegíveis a 90% de reembolso médico.

Nota 2: Beneficiários que foram admitidos ou promovidos para a categoria Senior Professional 12 até 31/12/2020 e que atualmente estão na categoria Senior Professional, são elegíveis a 60% de reembolso médico.



Veja um exemplo:

Pedro é da **categoria Mid Level** e optou por buscar um especialista que não faz parte da Rede Credenciada do Plano de Saúde e **pagou R\$ 500,00 pelo atendimento.**

Ele fará o pedido de **Reembolso Médico** e terá direito a receber **R\$200,00 (referente a 40% do valor da consulta).**

É bom saber

Para beneficiários e beneficiárias do Plano SulAmérica, o valor a receber é complementar ao que já foi pago pela operadora SulAmérica.

- **Recibo Receita Saúde ou nota fiscal contendo:** Nome do paciente, data de emissão, município de atendimento, especialidade, assinatura, carimbo do profissional com número de registro no conselho e descrição detalhada e unitária de valores por procedimento/serviço/exames realizados.
- **Exames:** anexar o pedido médico detalhado por tipo de exame solicitado e motivo de solicitação.
- **Procedimentos em hospitais e/ou cirúrgicos:** anexar o encaminhamento médico para realização do procedimento, conta hospitalar detalhada com valor unitário por gasto e relatório da pessoa profissional que realizou o procedimento e/ou cirurgia.
- **Sessões de terapias** (Fisioterapia, Psicologia, Nutrição, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional): anexar o encaminhamento médico contendo o nome completo do paciente, motivo de indicação médica, assinatura, carimbo médico, CRM legível e data da solicitação. O pedido médico para sessões de terapias terá validade de 180 (cento e oitenta) dias.



Reembolso Odontológico





Caracteriza-se pela oportunidade de escolher Odontologistas e prestadores desde que os procedimentos estejam previstos em ROL de cobertura da ANS vigente à época do procedimento e/ou possuam indicação clínico funcional, conforme avaliação da equipe técnica de Odontologia da Stellantis Saúde.

Terão direito ao Reembolso Odontológico beneficiários titulares e dependentes ativos no Plano de Saúde das empresas e categorias elegíveis. O valor reembolsado será conforme percentual e tetos previamente definidos de acordo. Confira detalhes na página seguinte.



CATEGORIA	% REEMBOLSO	LIMITE ANUAL POR PESSOA DO GRUPO FAMILIAR (A PARTIR DE 01/06/2025)
EXECUTIVE VICE PRES SENIOR VICE PRES VICE PRESIDENT N2*	100%	R\$ 5.720
VICE PRESIDENT N3	80%	R\$ 4.680
DIRECTOR	80%	R\$ 4.680
<p>*Vice President (N2): diretamente ligados, seja hierárquica ou funcionalmente, ao Executive Vice President</p> <p>Nota 1:Beneficiários que foram admitidos ou promovidos para a categoria Senior Manager 15-16 até 31/12/2020, e que atualmente estão nas categorias Director ou Vice President são elegíveis a 100% de reembolso odontológico.</p> <p>Nota 2:Beneficiários que foram admitidos ou promovidos para a categoria Senior Professional 12 até 31/12/2020, e que atualmente estão na categoria Senior Professional são elegíveis a 40% de reembolso odontológico com limite anual por pessoa do grupo familiar de R\$ 1.300.</p>		



- **Recibo Receita Saúde ou nota fiscal contendo:** Nome do paciente, assinatura e carimbo do profissional com número de registro no conselho, **detalhamento com valor especificado** por procedimento realizado, podendo estar contido no recibo ou documento em anexo, data de emissão e município do atendimento.
- Endereço completo e telefone onde a consulta odontológica e/ou exame odontológico foi realizado.
- **Exames radiológicos:** informar o motivo clínico, o dente ou área radiografada e o **tipo de radiografia** (exemplo: panorâmica, periapical, bite-wing)
- **Instalação de aparelho:** especificar a descrição clínica e o tipo de aparelho, conforme exemplos: Aparelho ortodôntico fixo estético, Colocação de aparelho ortodôntico removível, Disjuntor palatino – Hirax.
- **Manutenção de aparelho ortodôntico:** indicar a descrição do aparelho e o número da manutenção correspondente, exemplo: Manutenção de aparelho ortodôntico – aparelho fixo (manutenção 2/10).
- **Restaurações:** Indicar o dente, as faces tratadas, e o material restaurador, exemplo: Restaurações em resina composta fotopolimerizável, dente 23, face oclusal.
- Toda solicitação de reembolso deve constar o relatório (dentro do prazo de validade de 180 dias) que contenha a indicação clínica dos procedimentos/exames odontológicos, além do recibo/nota fiscal.



TABELA EXEMPLIFICATIVA PARA SOLICITAÇÕES DE REEMBOLSO ODONTOLÓGICO



STELLANTIS
SAÚDE

DESCRIÇÃO DO EVENTO/PROCEDIMENTO REALIZADO	DATA	DENTE/ÁREA/REGIÃO	FACE					VALOR INDIVIDUAL	JUSTIFICATIVA
			O/I	V	M	D	P/L		
PROFILAXIA		ARCADA SUP E INF						xx,xx	
APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR		ARCADA SUP E INF						xx,xx	
RASPAGEM SUPRA GENGIVAL		ARCADA SUP E INF						xx,xx	
RESTAURAÇÃO EM RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL		NÚMERO DO DENTE						xx,xx	
ENXERTO COM OSSO LIOFILIZADO		REGIÃO/NÚMERO						xx,xx	
MANUTENÇÃO 2/12 DE APARELHO FIXO METALICO		ARCADA SUP E INF						xx,xx	
INSTALAÇÃO APARELHO FIXO MODELO :DISJUNTO PALATINO HYRAX		ARCADA SUP						xx,xx	
EXODONTIA TERCEIRO MOLAR INCLUSO		NÚMERO DO DENTE						xx,xx	
RAIO X PERIAPICAL		REGIÃO/NÚMERO						xx,xx	

Reembolso Óptico

O que é?

É um benefício exclusivo para a **compra de armações de óculos e lentes corretivas** (lentes de contato corretivas e lentes corretivas para armação).

Têm direito ao Reembolso Óptico beneficiários e beneficiárias, assim como dependentes devidamente incluídos e ativos no sistema de gestão do Plano de Saúde vinculados às empresas do grupo FCA Participações Brasil.

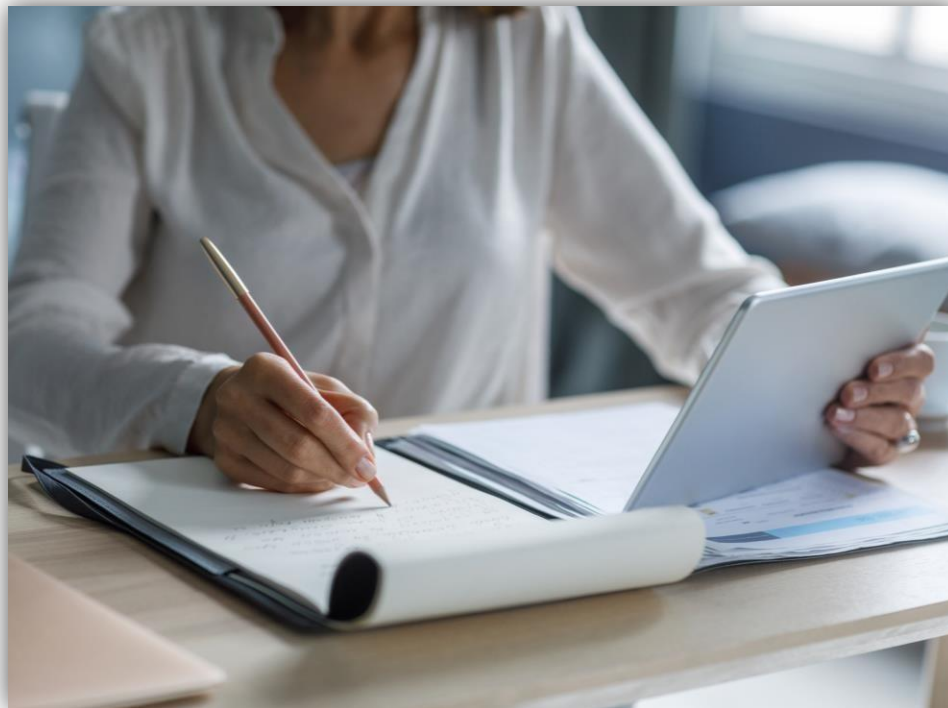
O **valor reembolsado será conforme percentual e tetos previamente definidos de acordo com a elegibilidade** da empresa e categoria profissional. Confira detalhes na página seguinte.





CATEGORIA PROFISSIONAL	% REEMBOLSO	LIMITE ANUAL POR PESSOA DO GRUPO FAMILIAR
EXECUTIVE VICE PRES SENIOR VICE PRES VICE PRESIDENT N2*	100%	R\$ 710
VICE PRESIDENT N3	100%	R\$ 710
DIRECTOR	80%	R\$ 570
SENIOR PROFESSIONAL	50%	R\$ 120
MID LEVEL PROFESSIONAL	50%	R\$ 120
ASSOCIATE	50%	R\$ 120
HOURLY	50%	R\$ 120

*Vice President (N2): diretamente ligados, seja hierárquica ou funcionalmente, ao Executive Vice President



Devem ser anexados ao pedido de Reembolso Óptico os seguintes documentos legíveis:

- Cupom ou Nota Fiscal (NF) contendo descrição do modelo dos itens comprados, com data de emissão de até 60 dias, valor de cada item unitário (armação de óculos e/ou lentes), local da compra.
- Receita médica oftalmológica com indicação do uso de lentes corretivas, contendo nome da pessoa beneficiada, data de emissão, assinatura e carimbo.



Reembolso Auxílio Lactente



O que é?

Benefício para que beneficiárias empregadas titulares (não se aplica para mães dependentes) possam **economizar até R\$ 500,00 na compra de fórmulas lácteas para filhos e filhas com até 36 meses de idade**, cadastrados no Plano de Saúde e que estejam fora da área de abrangência dos Planos Stellantis Saúde (autogestões).



Veja um exemplo:

Joana é mãe de Miguel, um bebê de três meses. A Pediatra de Miguel indicou a introdução de fórmula láctea devido a uma baixa produção de leite de Joana.

Como titular do plano, com a indicação clínica e o Benefício Reembolso Auxílio Lactente, ela economizará até R\$ 500,00 por mês na compra das fórmulas cobertas pelo benefício.

Documentação necessária:

- Cupom ou Nota Fiscal (NF) contendo detalhamento da fórmula adquirida com **data de emissão de até 60 dias** e local da compra.
- Prescrição médica com nome da criança, nome do produto (nome comercial), quantidade de latas/mês, período de tratamento (tempo de uso da fórmula), data, carimbo do Médico com CRM e assinatura.





Veja algumas regras:

O benefício tem limite de R\$ 500,00/mês por filho ou filha de até 36 meses de idade.

[Confira aqui](#) as fórmulas lácteas que constam no benefício.

A validade da prescrição será de até **180 dias corridos a partir da data de emissão** se informado pelo Médico o tempo de tratamento de 6 meses ou uso contínuo.

A prescrição que não tiver a informação de tempo de tratamento de 6 meses ou uso contínuo, terá validade de 30 dias ou conforme indicação.

É bom saber

Antes de solicitar o reembolso, **certifique-se com a área de Recursos Humanos de que a criança está cadastrada** como sua dependente no Plano de Saúde.

Reembolso Farmácia



O que é?

Benefício para todos empregados e empregadas (titulares) conforme elegibilidade de categoria e empresa assim como para seus dependentes legais cadastrados no Plano de Saúde, que tenha adquirido um medicamento prescrito pelo Médico ou Dentista e que seja coberto pela lista de medicamentos da Stellantis Saúde.

A lista está disponível no site e aplicativo Stellantis Saúde.



Veja um exemplo:

A filha de Marcelo foi ao Pediatra, que receitou um tratamento com antitérmico e antibióticos.

Chegando à farmácia, Marcelo gastou **R\$ 120,00** com os medicamentos. E, como eles eram cobertos pelo benefício, ele tem o direito de pedir o **reembolso de 50% desse valor**.

Ou seja, **Marcelo economizou R\$ 60,00**, que foram devolvidos pela empresa, por meio do reembolso.

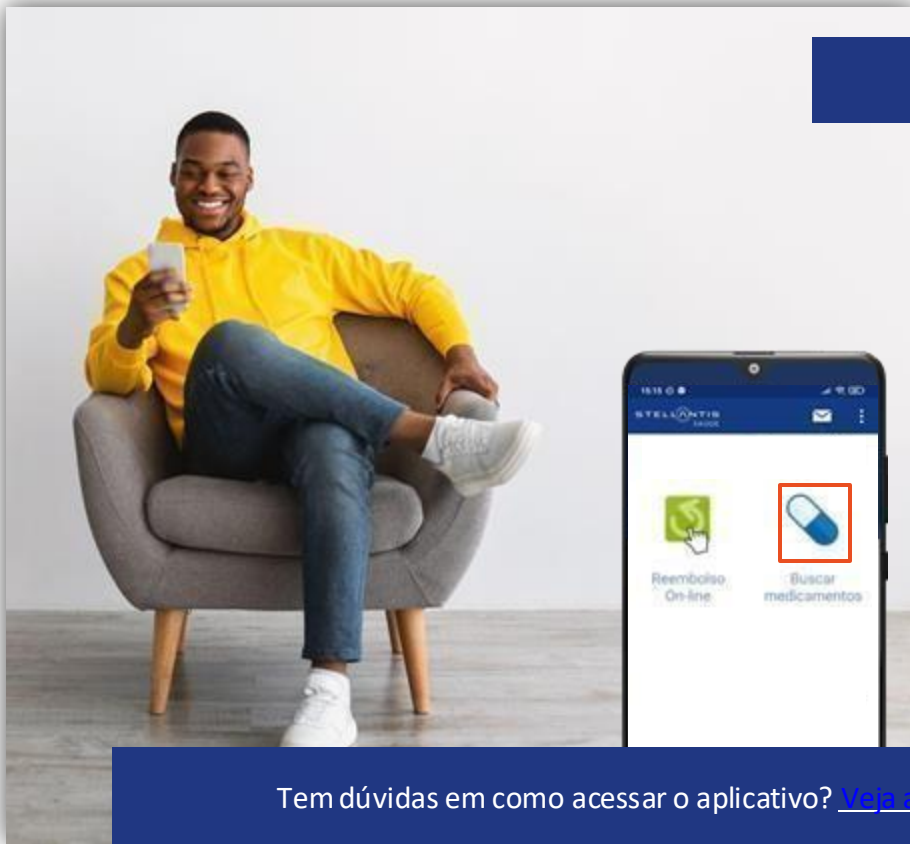


Documentação necessária:

- Cupom Fiscal ou Nota Fiscal (NF) contendo detalhamento dos medicamentos adquiridos com data de emissão de até 60 dias e local da compra.
- Receita médica válida e nominal para pessoa que será beneficiada, contendo, nome da pessoa beneficiada, data da prescrição, nome do medicamento, apresentação e quantidade, carimbo médico com CRM ou CRO e assinatura.

Prazos de validade das receitas, conforme legislação:

- **30 dias:** medicamentos controlados e demais
- **180 dias:** medicamentos de uso contínuo (deve conter “uso contínuo” na receita)



Como saber se o medicamento é coberto?

No aplicativo **Stellantis Saúde**, clique em “Buscar Medicamentos”.

Digite o nome do princípio ativo do medicamento para consultar se ele é coberto pelo benefício.

Exemplo:

Tylenol é a marca do medicamento e o seu princípio ativo é “Paracetamol”. Na busca, você encontrará “Paracetamol” e poderá comprar o de sua preferência (genérico ou nome comercial), combinado?

Para reembolso de medicamentos manipulados, todos os princípios ativos prescritos na fórmula devem estar presentes na lista de cobertura.

Tem dúvidas em como acessar o aplicativo? [Veja aqui](#) um passo a passo para o seu primeiro acesso.



Orientações gerais

- **Na farmácia**, faça o pagamento normal do valor da medicação coberta.
- **Lembre-se de solicitar o Cupom Fiscal ou Nota Fiscal (NF)**, pois será necessário apresentar este documento para solicitar o reembolso.
- Para o reembolso, será considerado apenas o **valor pago pelo produto coberto**.
- **Importante:** o reembolso só é realizado para a compra de medicamentos cobertos fora da Rede Credenciada ao Benefício Farmácia (conforme empresa e elegibilidade).

Dica: faça uma foto da receita, antes de efetuar a compra, assim você preserva este documento, caso a farmácia precise retê-lo, já que é necessário apresentá-lo na solicitação de reembolso.

Reembolso Complementar Prestige

Para beneficiários e beneficiárias SulAmérica, integrantes do Steering Committee South America (SASC) ou Head de Bancos



O que é?

Benefício oferecido para que titulares e dependentes que contam com o Plano SulAmérica Prestige **possam solicitar Reembolso Médico Complementar à Stellantis Saúde, ao buscar por um atendimento de saúde de forma particular**, levando em consideração as regras de percentual, tetos e cobertura no ROL da ANS vigente à época da realização do procedimento.

O valor reembolsado será conforme percentual e tetos previamente definidos de acordo com a elegibilidade da empresa e categoria profissional. Confira detalhes na página seguinte.

PERCENTUAL DO BENEFÍCIO REEMBOLSO MÉDICO POR CATEGORIA PROFISSIONAL



CATEGORIA	% REEMBOLSO	LIMITE ANUAL POR PESSOA DO GRUPO FAMILIAR (A PARTIR DE 01/06/2025)	VALOR DO TETO POR CONSULTA MÉDICA UNITÁRIO (A PARTIR DE 01/06/2025)
EXECUTIVE VICE PRES SENIOR VICE PRES VICE PRESIDENT N2*	100%	R\$ 23.400	R\$ 2.600

*Vice President (N2): diretamente ligados, seja hierárquica ou funcionalmente, ao Executive Vice President.



Como solicitar?

Inicialmente, o beneficiário ou beneficiária deverá solicitar o reembolso junto à SulAmérica. Após o ressarcimento da operadora, a mesma disponibilizará o extrato (via site) do valor reembolsado. Caso o valor reembolsado seja inferior ao percentual da categoria estipulado nesta norma, o beneficiário deverá realizar o pedido complementar do reembolso para Stellantis Saúde, apresentando a carta Histórico de Comunicação de Reembolso fornecido pela Operadora e demais documentos solicitados para o reembolso.

Em seguida, a Stellantis Saúde analisará o processo dentro dos critérios da norma e ressarcirá a complementação de direito, de acordo com a elegibilidade da empresa e categoria profissional.



Veja um exemplo:

Pedro é da categoria **SENIOR VICE PRES** e precisou marcar uma consulta em um especialista que **não faz parte da Rede Referenciada da Operadora** que ele está inscrito. Ele pagou **R\$2.000,00** pelo atendimento. Com o reembolso da Operadora, ele **recebeu R\$975,35**.

Ele fará o pedido de **Reembolso Complementar Prestige para a Stellantis Saúde e terá direito a receber R\$1.024,65** (referente a 100% do valor da consulta com a dedução do valor já pago pela Operadora).



Documentação necessária:

- Carta "Histórico de Comunicação de Reembolso" fornecida no site pela Operadora.
- **Recibo Receita Saúde ou nota fiscal contendo:** nome da pessoa, data de emissão, município de atendimento, especialidade, assinatura, carimbo do profissional com número de registro no conselho e descrição detalhada e unitária de valores por procedimento/serviço/exames realizados.
- **Exames:** anexar o pedido médico detalhado por tipo de exame solicitado e motivo de solicitação.
- **Procedimentos realizados em hospitais e/ou cirúrgicos:** anexar o encaminhamento médico para sua realização, conta hospitalar detalhada com valor unitário por gasto e relatório do Médico que realizou o procedimento e/ou cirurgia.
- **Sessões de terapias (Fisioterapia, Psicologia, Nutrição, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional):** anexar encaminhamento médico contendo o nome completo do paciente, motivo de indicação médica, CID, assinatura, carimbo, CRM legível, data da solicitação.

Reembolso Médico Complementar para Consultas

Para beneficiários e beneficiárias SulAmérica



O que é?

Para os beneficiários e beneficiárias inscritos no Plano SulAmérica que possuir a modalidade de reembolso em seu produto, a Stellantis Saúde, realizará a complementação do valor, caso o ressarcimento da operadora o qual ele estiver inscrito, for inferior ao valor de direito do beneficiário ou beneficiária, levando em consideração as regras de percentual, tetos e cobertura no ROL da ANS vigente à época da realização do procedimento.

Esse tipo de reembolso é válido apenas para consultas.

Para tanto, se faz necessário o cumprimento dos seguintes passos. Confira a seguir.



Quais passos devo seguir ?

Inicialmente, o beneficiário ou beneficiária deverá solicitar o reembolso junto à SulAmérica. Após ressarcimento da operadora, a mesma disponibilizará o extrato (via site) do valor reembolsado.

Caso o valor reembolsado seja inferior ao percentual da categoria estipulado nesta norma, o beneficiário ou beneficiária deverá realizar o pedido complementar do reembolso para Stellantis Saúde, apresentando a carta Histórico de Comunicação de Reembolso fornecido pela operadora e demais documentos solicitados para o reembolso.

Em seguida, a Stellantis Saúde analisará o processo dentro dos critérios da norma e ressarcirá a complementação de direito, de acordo com a elegibilidade da empresa e categoria.



Documentação necessária:

- Carta "Histórico de Comunicação de Reembolso" fornecida no site da Operadora.
- **Recibo Receita Saúde ou nota fiscal contendo:** nome da pessoa, data de emissão, município de atendimento, especialidade, assinatura, carimbo do profissional com número de registro no conselho.

PERCENTUAL DO BENEFÍCIO REEMBOLSO MÉDICO POR CATEGORIA PROFISSIONAL



CATEGORIA	% REEMBOLSO	LIMITE ANUAL POR PESSOA DO GRUPO FAMILIAR (A PARTIR DE 01/06/2025)	VALOR DO TETO POR CONSULTA MÉDICA UNITÁRIO (A PARTIR DE 01/06/2025)
VICE PRESIDENT N3	80%	R\$ 7.410	R\$ 650
DIRECTOR	80%	R\$ 7.410	R\$ 650
SENIOR PROFESSIONAL	40%	R\$ 4.810	R\$ 520
MID LEVEL PROFESSIONAL	40%	R\$ 3.120	R\$ 520

Nota 1: Beneficiários que foram admitidos ou promovidos para a categoria Senior Manager 15-16 até 31/12/2020 e que atualmente estão nas categorias Director ou Vice President, são elegíveis a 90% de reembolso médico.

Nota 2: Beneficiários que foram admitidos ou promovidos para a categoria Senior Professional 12 até 31/12/2020 e que atualmente estão nas categorias Senior Professional são elegíveis a 60% de reembolso médico.



Reembolso Terapias, Exames e Procedimentos

Para beneficiários e beneficiárias SulAmérica



O que é?

O Reembolso Terapias, Exames e Procedimentos caracteriza-se pela livre escolha, por parte de beneficiários e beneficiárias elegíveis, de **Médicos, Terapeutas e prestadores de serviços médico-hospitalares para realização de procedimentos previstos no Rol da ANS** vigente à época da realização do procedimento.

O valor reembolsado será conforme percentual e tetos previamente definidos de acordo com a elegibilidade da empresa e categoria profissional.

Este tipo de reembolso é válido apenas para Terapias, Exames e Procedimentos e não se aplica para Consultas Eletivas e de Urgência e Emergência.



Documentação necessária:

- **Recibo Receita Saúde ou nota fiscal contendo:** nome da pessoa, data de emissão, município de atendimento, especialidade, assinatura, carimbo do profissional com número de registro no conselho e descrição detalhada e unitária de valores por procedimento/serviço/exames realizados.
- **Exames:** anexar o pedido médico detalhado por tipo de exame solicitado e motivo de solicitação.
- **Procedimentos realizados em hospitais e/ou cirúrgicos:** anexar o encaminhamento médico para sua realização, conta hospitalar detalhada com valor unitário por gasto e relatório do Médico que realizou o procedimento e/ou cirurgia.
- **Sessões de terapias** (Fisioterapia, Psicologia, Nutrição, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional): anexar encaminhamento médico contendo o nome completo do paciente, motivo de indicação médica, CID, assinatura, carimbo, CRM legível, data da solicitação.

PERCENTUAL DO BENEFÍCIO REEMBOLSO MÉDICO POR CATEGORIA PROFISSIONAL



CATEGORIA	% REEMBOLSO	LIMITE ANUAL POR PESSOA DO GRUPO FAMILIAR (A PARTIR DE 01/06/2025)	VALOR DO TETO POR CONSULTA MÉDICA UNITÁRIO (A PARTIR DE 01/06/2025)
VICE PRESIDENT N3	80%	R\$ 7.410	R\$ 650
DIRECTOR	80%	R\$ 7.410	R\$ 650
SENIOR PROFESSIONAL	40%	R\$ 4.810	R\$ 520
MID LEVEL PROFESSIONAL	40%	R\$ 3.120	R\$ 520

Nota 1: Beneficiários que foram admitidos ou promovidos para a categoria Senior Manager 15-16 até 31/12/2020 e que atualmente estão nas categorias Director ou Vice President, são elegíveis a 90% de reembolso médico.

Nota 2: Beneficiários que foram admitidos ou promovidos para a categoria Senior Professional 12 até 31/12/2020 e que atualmente estão nas categorias Senior Professional são elegíveis a 60% de reembolso médico.

Reembolso Check-up Executivo



O que é?

Com ele, as pessoas titulares têm direito a **exames de rotina como laboratoriais, imagens (SADT) e clínicos**.

Titulares elegíveis ao benefício que estiverem fora da área de abrangência de prestadores credenciados para realização do check-up executivo, terão a opção de realizá-lo em um prestador de sua conveniência, arcando com os custos de forma particular, e posteriormente, solicitando o reembolso Stellantis Saúde por meio do e-mail: checkupexecutivo@stellantis.com.

É bom saber

As solicitações deverão ser realizadas via e-mail checkupexecutivo@stellantis.com e serão analisadas pela área responsável pelo **checkup executivo da Stellantis Saúde, levando em consideração as regras da Norma do Check-up Executivo.**

Caso seja pertinente a solicitação do reembolso, a área responsável deverá prosseguir com a abertura do protocolo no sistema Protheus conforme indicado na norma vigente.





Orientações gerais

- Estão **excluídos da cobertura** de reembolso os eventos e despesas decorrentes de atendimentos e/ou serviços prestados fora do escopo ou periodicidade previstos nesta norma.
- O reembolso contempla, exclusivamente, **os custos do check-up, não englobando eventuais despesas** de deslocamento, alimentação, hospedagem etc.
- Este reembolso terá a **periodicidade anual e não será cumulativo**, podendo o executivo realizar somente um check-up por ano, sendo vedada a acumulação para o ano posterior, em quaisquer casos.

CATEGORIA	% REEMBOLSO
EXECUTIVE VICE PRES SENIOR VICE PRES VICE PRESIDENT N2*	100%
VICE PRESIDENT	
DIRECTOR	
<p>*Vice President (N2): diretamente ligados, seja hierárquica ou funcionalmente, ao Executive Vice President</p> <p>Nota: Beneficiários que foram admitidos ou promovidos para a categoria Senior Professional 12 até 31/12/2020 e que atualmente estão nas categorias Senior Professional são elegíveis a 60% de reembolso médico.</p>	



Orientações gerais

Todos os Reembolsos



Confira!

- **Toda solicitação de reembolso** deve ser criada no nome do beneficiário ou beneficiária que foi atendido como consta nos documentos que serão anexados.
- **Para cada solicitação de reembolso** deve ser apresentado apenas um recibo ou nota fiscal. Caso tenha mais de um recibo ou nota fiscal, deve ser aberta uma solicitação para cada.
- **A Nota Fiscal ou Recibo** referente a qualquer atendimento **poderá ser apresentada apenas uma única vez**, não sendo permitido o reembolso cumulativo entre categorias elegíveis. Mesmo nos casos em que exista mais de um beneficiário elegível ao reembolso dentro do mesmo grupo familiar, o documento só poderá ser utilizado para uma única solicitação.
- **Em casos de indeferimento**, a justificativa constará no próprio protocolo no aplicativo Stellantis Saúde ou site. Para correção de solicitações, seja por documentação incompleta ou divergência de dados é necessário registrar um novo protocolo respeitando o prazo de 60 dias ou 90 dias para Reembolsos complementares.



Confira!

- **O limite anual de reembolso** é calculado levando em consideração o valor somado de todos os membros do grupo familiar. Este limite familiar somado pode ser utilizado na sua integralidade por um ou mais membros deste grupo, dentro do mesmo ano civil.
- **A renovação do limite anual** ocorrerá no primeiro dia do ano civil e não será cumulativo.
- **Havendo saldo do limite anual** remanescente no final do ano civil anterior, e caso o procedimento tenha ocorrido até o último dia do ano civil anterior, será possível requerer o reembolso dentro do prazo de até 60 dias corridos contados a partir da data de emissão da nota fiscal.
- **O reembolso só poderá ser realizado** se informada a chave PIX da conta corrente ou poupança da **pessoa titular** (empregada ou empregado) do plano.



www.stellantissaude.com.br