

ANEXO II – MODELO DE COMUNICADO AO BENEFICIÁRIO

Rio de Janeiro, ____ de ____ de ____.

Prezado Sr(a)._____,

Informamos que em ____/____/____ a Vision Med firmou o Termo de Compromisso de Ajuste de Conduta (TCAC) nº ____/_com a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), relacionado ao tema reembolso de valores despendidos com atendimentos/procedimentos de assistência à saúde.

Em cumprimento à Cláusula Quarta do referido TCAC, esclarecemos que o reembolso por serviços de assistência à saúde custeados pelos beneficiários deve ser integral nas seguintes situações:

- a) se, em que pese o produto não permitir a livre escolha de prestadores, não houver disponibilidade de prestador na rede assistencial da operadora para o atendimento demandado; e
- b) nos casos de pagamento de honorários de profissionais de saúde da equipe de médico assistente integrante da rede assistencial da operadora.

Com relação à solicitação de reembolso identificada pelo nº_____, informamos que providenciaremos o reembolso integral/a complementação do reembolso da quantia despendida, atualizada por meio da aplicação do IPCA-E (ou de qualquer outro índice que venha a substituí-lo), acumulado desde o termo final do prazo original de reembolso pelo serviço, material e/ou medicamento, até a data de sua efetivação. Acrescido ao valor mencionado, informamos que depositará R\$4.000,00 (quatro mil reais) a título de indenização.

Segue abaixo a memória de cálculo da quantia total a ser depositada:

Para viabilizar essa providência, a Operadora solicita que entre em contato em até 15 (quinze) dias por meio do canal de atendimento “Fale Conosco”, disponível no site <http://www.goldencross.com.br/contato/faleconosco>, selecione o assunto “Outros” e informe seus dados bancários para depósito ou ainda indique a opção pela emissão de ordem de pagamento em seu nome (cheque nominal). Solicitamos, ainda, que insira no corpo da mensagem a informação “TCAC – Dados para reembolso - COCAD”.

Ressalte-se que, em caso de ausência de resposta no prazo estabelecido nessa oferta, o pagamento da indenização se dará por meio de abatimento dos valores das mensalidades à vista ou de forma parcelada no menor número de parcelas necessário para satisfação do crédito.

Signature Not Verified
Digitally signed by
MAURÍCIO NUNES DA
SILVA:01242873705
Date: 2020.07.03
12:10:18 BRT
Reason: Auto
Location: Rio de Janeiro