

# Sul América Check List Reembolso

Requisitos básicos para o processo de reembolso

## 1 - CONSULTA MÉDICA

Documento Original:

- Recibo em impresso do próprio médico e/ou Nota Fiscal quitada na instituição que efetuou o atendimento

Conteúdo do documento:

- nome do paciente
- data da realização
- valor cobrado (numérico e por extenso)
- nome e endereço completos do prestador de serviço
- CGC ou CPF (completo e legível) do prestador
- CRM ou CRO e especialidade do médico
- Assinatura do profissional
- Discriminação do serviço especializado

## 2 - EXAMES LABORATORIAIS E RADIOLÓGICOS

Documento Original:

- Recibo em impresso do próprio médico e/ou Nota Fiscal quitada na instituição que efetuou o atendimento

Conteúdo do documento:

- nome do paciente
- data da realização
- valor cobrado (numérico e por extenso)
- nome e endereço completos do prestador de serviço
- CGC (completo e legível) do prestador
- CRM ou CRO e especialidade do médico
- Assinatura do profissional
- nome de cada exame realizado com os respectivos valores unitários
- região corpórea (exame por imagem)

## 3 - TERAPIAS (Fisioterapias, Radioterapia, Outras)

Documentos Originais:

- Recibo em impresso do próprio médico e/ou Nota Fiscal quitada na instituição que efetuou o atendimento
- Relatório médico informando o diagnóstico, tempo de existência da doença e tratamento realizado

Conteúdo do documento:

- nome do paciente
- valor cobrado (numérico e por extenso)
- nome e endereço completos do prestado, do serviço
- CGC ou CPF (completo) do prestador
- número de inscrição no Conselho Regional (CRM / CREFITO / CRF)
- especialidade do médico ou da entidade médica
- assinatura do profissional
- quantidade e datas das sessões

**OBS:** Nos casos de fisioterapias o relatório deverá ser do MÉDICO solicitante

## 4 - HONORÁRIOS MÉDICOS (cirurgião, auxiliar, anestesista, instrumentador, pediatria e visitas hospitalares)

Documentos Originais:

- Recibo em impresso do próprio médico e/ou Nota Fiscal quitada na instituição que efetuou o atendimento

• Relatório médico emitido pelo médico assistente informando diagnóstico, tempo de existência da doença, tratamento realizado, período de internação e quantidade de visitas.

**OBS:** O recibo correspondente ao honorário de cada profissional deverá ser individual.

Conteúdo do documento:

- nome do paciente
- Data de realização
- valor cobrado (número por extenso)
- assinatura do profissional
- CRM e especialidade do médico
- CGC ou CPF (completo) do prestador
- nome e endereço completo do prestador de serviço
- no caso de equipe cirúrgica (CGC), informar nome, CRM, posição e valor cobrado para cada profissional

**OBS:** Se houver a realização de anátomo patológico, anexar cópia e laudo dos resultados específicos sobre a cirurgia.

## 5 - DESPESAS HOSPITALARES

Documentos Originais:

- Nota Fiscal quitada da instituição que efetuou o atendimento
- Relatório médico informando o diagnóstico, tempo de existência da doença e Tratamento realizado

Conteúdo do documento:

- nome do paciente
- CGC (completo) do prestador
- nome e endereço completo do prestador do serviço
- data de atendimento e/ou período de internação
- discriminação das despesas hospitalares e serviços complementares com valores e quantidades individuais
- descrição dos materiais e medicamentos utilizados com os respectivos valores e quantidades individuais

## 6 - REMOÇÃO TERRESTRE (ambulância)

Documentos Originais:

- Nota Fiscal quitada na instituição que efetuou o atendimento
- Relatório médico informando o diagnóstico do paciente

Conteúdo do documento:

- nome do paciente
- valor cobrado (número por extenso)
- CGC (completo) do prestador
- nome e endereço completo do prestador do serviço
- data de atendimento
- total de quilômetros rodados
- local e data da partida e destino
- Especificar qual o tipo de ambulância (UTI ou simples)

**NOTA:** Somente serão reembolsadas as despesas acompanhadas de relatório médico, caracterizando a necessidade da remoção.

**IMPORTANTE:** Todos os processos de reembolso passam por análise de consultor técnico que, em caso de dúvidas, para melhor classificação do procedimento dentro da tabela contratada, poderá estar solicitando algum documento complementar.

## **Central de Atendimento via correio**

**Você deve enviar suas solicitações de reembolso por correio, como carta registrada para: Caixa Postal 11.284 - São Paulo SP CEP: 05422-970.**