

Lista de verificação de documentos para reembolso

Planos: Associados, CASSI Família, CASSI Essencial e CASSI Vida

Encaminhe a sua solicitação de reembolso, via web, por meio do link Reembolso Web, disponível no site da CASSI. A documentação abaixo deverá ser enviada na forma de cópia digitalizada por meio da própria ferramenta.

Para cada item de anexo é possível anexar até cinco (5) arquivos, cada um com, no máximo, 2MB (megabyte), com extensões .jpg, .jpeg, .tif e .png e arquivos em PDF.

Acesse o portal CASSI, endereço www.cassi.com.br, para obter mais informações a respeito das solicitações de reembolso.

Direito a reembolso

Plano de Associados – Os procedimentos cobertos pelo plano são passíveis de reembolso quando realizados em prestadores de serviços não credenciados, observando as condições dispostas no Regulamento do plano.

Plano CASSI Família e Essencial – Os procedimentos cobertos pelo plano são passíveis de reembolso somente nas situações previstas no Contrato do participante, observadas as condições dispostas no referido documento.

Plano CASSI Vida – Os procedimentos cobertos pelo plano são passíveis de reembolso, respeitada a abrangência geográfica de cobertura, somente nas situações previstas no Contrato do participante, observadas as condições dispostas no referido documento.

Valor do reembolso

O ressarcimento será concedido com base nos valores previstos na Tabela Geral de Auxílio – TGA do estado de realização do procedimento, observando as condições dispostas no Regulamento ou Contrato do plano.

Documentação exigida por tipo de procedimento médico-hospitalar

Comprovante de pagamento

Encaminhar a fotocópia do comprovante de pagamento referente a cada despesa realizada: nota fiscal (emitente pessoa jurídica) ou recibo (emitente pessoa física). É obrigatória a emissão de nota fiscal por pessoa jurídica, exceto quando esta for comprovadamente isenta. As entidades que estejam desobrigadas da emissão da nota fiscal devem declarar textualmente sua isenção, em papel timbrado, ou apresentar certidão emitida por autoridade fazendária competente.

1) Consulta médica:

Comprovante de pagamento - nota fiscal ou recibo contendo:

- **Nota fiscal:** data de emissão e de atendimento; nome do paciente; descrição do procedimento; nome e CNPJ da entidade; nome e CRM do médico; e valor pago.
- **Recibo:** data de emissão e de atendimento; nome do paciente; descrição do procedimento; nome, CRM, CPF e assinatura do médico; e valor pago.

2) Nutrição:

□ Comprovante de pagamento - nota fiscal ou recibo contendo:

- **Nota fiscal:** data de emissão e de atendimento; nome do paciente; descrição do procedimento; nome e CNPJ da entidade; nome e CRN do nutricionista; e valor pago.
- **Recibo:** data de emissão e de atendimento; nome do paciente; descrição do procedimento; nome, CRN, CPF e assinatura do nutricionista; e valor pago.
- **Relatório médico contendo:** data de emissão e de atendimento; nome do paciente; descrição do procedimento; nome, CRM e assinatura do médico; quadro clínico do paciente e/ou hipótese diagnóstica.

Lista de verificação de documentos para reembolso

Planos: Associados, CASSI Família, CASSI Essencial e CASSI Vida BH

3) Procedimentos seriados:

a) Fisioterapia, fonoaudiologia, psicomotricidade, terapia ocupacional, reeducação postural global (coberto apenas pelo Plano de Associados), dentre outros:

- Comprovante de pagamento - nota fiscal ou recibo contendo:
 - **Nota fiscal:** data de emissão; nome do paciente; descrição do procedimento, número de sessões e datas em que foram realizadas; nome e CNPJ da entidade; nome do profissional e número de registro no conselho regional da respectiva categoria (CRM, CREFITO, CRFa); e valor pago discriminado.
 - **Recibo:** data de emissão; nome do paciente; descrição do procedimento, número de sessões e datas em que foram realizadas; nome, CPF, número de registro no conselho regional da respectiva categoria (CRM, CREFITO, CRFa) e assinatura do profissional; e valor pago discriminado.
- Pedido médico⁽¹⁾ contendo: data de emissão e de atendimento; nome do paciente; descrição do procedimento e quantidade de sessões a serem realizadas; nome, CRM e assinatura do médico; e quadro clínico do paciente e/ou hipótese diagnóstica.

Atenção:

- Observe os limites de utilização previstos em contrato e no regulamento do plano, bem como a quantidade de sessões autorizadas em senha;
- A quantidade de sessões realizadas deve ser compatível com a quantidade prescrita no pedido.
- Psicomotricidade: são passíveis de reembolso as sessões realizadas por psicólogo, fonoaudiólogo ou pedagogo.
- Fonoaudiologia: o pedido também pode ser emitido por odontólogo, devendo constar o CRO.
- Terapia ocupacional: o pedido também pode ser emitido por psicólogo, devendo constar o CRP.

b) Acupuntura e psicoterapia:

- Comprovante de pagamento - nota fiscal ou recibo contendo:
 - **Nota fiscal:** data de emissão; nome do paciente; descrição do procedimento, número de sessões e datas em que foram realizadas; nome e CNPJ da entidade; nome do profissional e número de registro no conselho regional da respectiva categoria (CRM, CRP); e valor pago discriminado.
 - **Recibo:** data de emissão; nome do paciente; descrição do procedimento, número de sessões e datas em que foram realizadas; nome, CPF, número de registro no conselho regional da respectiva categoria (CRM, CRP) e assinatura do profissional; e valor pago discriminado.
- Relatório médico⁽²⁾ contendo: data de emissão e de atendimento; nome do paciente; descrição do procedimento; nome, CRM e assinatura do médico; quadro clínico do paciente e/ou hipótese diagnóstica; histórico dos tratamentos já realizados e sua evolução; e número necessário de sessões. Para acupuntura, constar sintomatologia e forma de estimulação dos pontos.

ANS - nº 34665-9

Lista de verificação de documentos para reembolso

Planos: Associados, CASSI Família, CASSI Essencial e CASSI Vida BH

Atenção:

- Observe os limites de utilização previstos em contrato e no regulamento do plano, bem como a quantidade de sessões autorizadas em senha.
- A quantidade de sessões realizadas deve ser compatível com a quantidade prescrita no relatório.
- A quantidade de sessões realizadas deve ser compatível com a quantidade prescrita no pedido.
- Acupuntura: São passíveis de reembolso as sessões realizadas por médico e não são abonáveis os materiais e medicamentos utilizados.
- ⁽²⁾Psicoterapia: O relatório também pode ser emitido por psicólogo, devendo constar o CRP.

4) Exames:

- **Nota fiscal contendo:** data de emissão e de atendimento; nome do paciente; descrição de cada exame realizado com quantidade; nome e CNPJ da entidade; e valor pago discriminado. Para exames de imagem (raio-x, tomografia computadorizada, ressonância magnética, etc.), deve constar a região examinada e, quando houver, descrição dos materiais e/ou medicamentos utilizados.
- **Pedido médico contendo:** data de emissão e de atendimento; nome do paciente; descrição de cada exame solicitado com quantidade; nome, CRM e assinatura do médico; e quadro clínico do paciente e/ou hipótese diagnóstica.

5) Diálise, quimioterapia e radioterapia:

Comprovante de pagamento - nota fiscal ou recibo contendo:

- **Nota fiscal:** data de emissão; nome do paciente; descrição do procedimento, número de sessões e datas em que foram realizadas; nome e CNPJ da entidade; nome e CRM do médico; materiais e/ou medicamentos utilizados; e valor pago discriminado.
- **Recibo:** data de emissão; nome do paciente; descrição do procedimento, número de sessões e datas em que foram realizadas; nome, CRM, CPF e assinatura do médico; materiais e/ou medicamentos utilizados; e valor pago discriminado.
- **Relatório médico contendo:** data de emissão e de atendimento; nome do paciente; descrição do procedimento e número necessário de sessões; nome, CRM e assinatura do médico; quadro clínico do paciente e/ou hipótese diagnóstica; histórico dos tratamentos realizados; e planejamento terapêutico.

6) Procedimentos ambulatoriais (cirurgias de pequeno porte, atendimentos em pronto socorro, etc.):

a) Despesas do ambulatório:

- **Nota fiscal contendo:** data de emissão e de atendimento; nome do paciente; descrição de cada procedimento realizado; nome e CNPJ da entidade; nome e CRM do médico; descrição dos materiais e/ou medicamentos utilizados, taxas e outras despesas; e valor pago discriminado.
- **Relatório médico contendo:** data de emissão e de atendimento; nome do paciente; descrição do procedimento; nome, CRM e assinatura do médico; quadro clínico do paciente e/ou hipótese diagnóstica; no caso de pequenas cirurgias, conter descrição detalhada das lesões e procedimentos realizados para cada uma.

Lista de verificação de documentos para reembolso

Planos: Associados, CASSI Família, CASSI Essencial e CASSI Vida BH

b) Honorários:

Comprovante de pagamento - nota fiscal ou recibo contendo:

- **Nota fiscal:** data de emissão e de atendimento; nome do paciente; descrição de cada procedimento e horário de realização; nome e CNPJ da entidade; nome e CRM do médico; e valor pago discriminado.
- **Recibo:** data de emissão e de atendimento; nome do paciente; descrição de cada procedimento e horário de realização; nome, CRM, CPF e assinatura do médico; e valor pago discriminado.
- **Relatório médico contendo:** data de emissão e de atendimento; nome do paciente; descrição do procedimento e horário de realização; nome, CRM e assinatura do médico; quadro clínico do paciente e/ou hipótese diagnóstica; e justificativa para realização de anestesia, quando esta não for prevista para o procedimento.

7) Remoção:

- **Nota fiscal contendo:** data de emissão; nome do paciente; nome e CNPJ da entidade; data e horário da remoção; tipo de remoção (UTI móvel aérea, UTI móvel terrestre, ambulância simples ou táxi aéreo); locais de origem e destino; trajeto e quilometragem percorrida (para remoção terrestre); descrição dos honorários médicos, quando houver; e valor pago discriminado.
- **Relatório médico contendo:** data de emissão e de atendimento; nome do paciente; nome, CRM e assinatura do médico; quadro clínico do paciente e/ou hipótese diagnóstica; e justificativa para acompanhamento médico durante a remoção, quando houver.

8) Internação:

a) Despesas hospitalares:

- **Nota fiscal contendo:** data de emissão e de atendimento; nome do paciente; descrição de cada procedimento realizado; nome e CNPJ da entidade; nome e CRM do médico; descrição dos materiais e/ou medicamentos utilizados, taxas e outras despesas; período da internação; e valor pago discriminado.
- **Relatório médico contendo:** data de emissão e de atendimento; nome do paciente; descrição do procedimento; nome, CRM e assinatura do médico; quadro clínico do paciente e/ou hipótese diagnóstica; e período da internação.

b) Honorários:

Comprovante de pagamento - nota fiscal ou recibo contendo:

- **Nota fiscal:** data de emissão e de atendimento; nome do paciente; descrição de cada procedimento e horário de realização; nome e CNPJ da entidade; nome e CRM do médico; período da internação; e valor pago discriminado.
- **Recibo:** data de emissão e de atendimento; nome do paciente; descrição de cada procedimento e horário de realização; nome, CRM, CPF e assinatura do médico; período da internação; e valor pago discriminado.

Obs: Devem constar no comprovante de pagamento, quando houver, a respectiva participação e valores de todos os honorários (cirurgião, auxiliares cirúrgicos, anestesista, instrumentador, etc.).

ANS - nº 34665-9

Lista de verificação de documentos para reembolso

Planos: Associados, CASSI Família, CASSI Essencial e CASSI Vida BH

- **Relatório médico contendo:** data de emissão e de atendimento; nome do paciente; descrição do procedimento e horário de realização; nome, CRM e assinatura do médico; quadro clínico do paciente e/ou hipótese diagnóstica; justificativa para realização de anestesia, quando esta não for prevista para o procedimento; e período da internação.

c) Materiais de implante utilizados em procedimentos cirúrgicos:

- **Nota fiscal do fornecedor, distribuidor ou fabricante contendo:** data de emissão; nome do paciente; nome e CNPJ do emitente; descrição do material, marca, modelo e fabricante; e valor pago discriminado.
- **Relatório médico contendo:** data de emissão e de atendimento; nome do paciente; descrição do procedimento; nome, CRM e assinatura do médico; quadro clínico do paciente e/ou hipótese diagnóstica; discriminação dos materiais solicitados, justificativa médica para cada um e especificação técnica.

Informações importantes

- A CASSI poderá solicitar ao participante a realização de perícia médica presencial, bem como o envio de outros documentos e informações para subsidiar a avaliação da pertinência técnica da realização do procedimento;
- Serão devolvidas aos participantes as solicitações de reembolso com documentação incompleta, rasurada, ilegível, ou que não contenham as informações descritas na presente lista de verificação.