

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, .png e arquivos em PDF.

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

Consulte o Regulamento do Plano de Associados – RPA no portal CASSI e verifique as regras e critérios para utilização e reembolso das coberturas especiais.

Autorização

À exceção do auxílio funeral, as coberturas especiais previstas no Regulamento do Plano de Associados devem ser autorizadas pela Unidade CASSI antes da realização da despesa. Depois de concedida a autorização, o reembolso deve ser solicitado à Central de Análise e Pagamentos de Contas Médicas da CASSI.

Atenção:

Acompanhe o período de validade de sua autorização bem como a utilização dos procedimentos e quantidades autorizadas para o período, passíveis de reembolso.

Ao final do prazo de validade da autorização, se necessário, e quando ocorrerem modificações no tratamento que alterem os procedimentos ou quantidades autorizadas, solicite nova autorização à Unidade CASSI.

A realização das ações acima evita que haja devolução do processo e glosa nas solicitações de reembolso em razão de procedimentos ou quantidades não autorizadas.

Documentação exigida por tipo de cobertura especial

Comprovante de pagamento

Apresentar, em via original, o 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) Assistência farmacêutica (materiais descartáveis e medicamentos de uso domiciliar):

- Nota fiscal ou cupom fiscal contendo: data de emissão; nome e CNPJ da entidade; discriminação dos medicamentos e materiais adquiridos com quantidade; valores unitários e totais.

2) Aparelhos e objetos com finalidade médica (aquisição, locação, conserto e reforma):

- Nota fiscal contendo: data de emissão; nome e CNPJ da entidade; discriminação dos aparelhos e objetos com quantidade; valores unitários e totais.
- Prescrição médica;
- 03 orçamentos de empresas distintas, no caso de aquisição, conserto ou reforma.
- Contrato de locação, no caso de aluguel.

3) Auxílio funeral:

- Nota fiscal contendo: data de emissão; nome e CNPJ da entidade; nome do falecido; nome de quem pagou as despesas; discriminação dos itens cobrados; e valor pago para cada um.
- Certidão de óbito.

4) Enfermagem domiciliar, hospitalar e cuidador (acompanhante domiciliar):

Comprovante de pagamento - nota fiscal ou recibo contendo:

- Nota fiscal: data de emissão; nome do paciente; nome e CNPJ da entidade; descrição do procedimento; período de cobrança; nome do profissional; CPF (para cuidador); número de registro no COREN (para enfermagem); e valor pago.
- Recibo: data de emissão; nome do paciente; descrição do procedimento; período de cobrança; nome, CPF e assinatura do profissional; número de registro no COREN (para enfermagem); e valor pago.

5) Escola especial e procedimentos seriados para pessoas com deficiência, cadastradas em programa específico na CASSI:

Comprovante de pagamento - nota fiscal ou recibo contendo:

- Nota fiscal: data de emissão; nome do paciente; nome e CNPJ da entidade; descrição dos procedimentos; e valor pago discriminado. Para escola especial, constar o período cobrado. Para procedimentos seriados, constar a quantidade de sessões e datas em que foram realizadas; nome do profissional e número de registro no conselho regional da respectiva categoria (CRM, CRP, CREFITO, CRFa).
- Recibo: data de emissão; nome do paciente; descrição dos procedimentos, número de sessões e datas em que foram realizadas; nome, CPF, número de registro no conselho regional da respectiva categoria (CRM, CRP, CREFITO, CRFa) e assinatura do profissional; e valor pago discriminado.

6) Vacinas preventivas:

Nota fiscal: data de emissão e de atendimento; nome do paciente; nome e CNPJ da entidade; discriminação das vacinas; e valor pago para cada uma.

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, sem assinatura ou que não contenham as informações descritas na presente lista de verificação.
- Deve ser encaminhada à CASSI a via original do comprovante de pagamento e cópia dos demais documentos.
- Guarde uma cópia do comprovante de pagamento bem como a via original dos demais documentos, para utilização na declaração anual do imposto de renda e também para reapresentação em eventual caso de extravio.