

Solicitação de Reembolso

Dados do Segurado

Nome:
Número do cartão: CPF:
Filial: Departamento:
E-mail: Telefone: ()

Forma de Pagamento

Conta Corrente

Ordem de Pagamento

Caso não tenha conta corrente cadastrada, preencher o formulário de cadastro de corrente disponível no Portal Segurado <http://sompo.com.br/saude/sou-segurado-individual/>.

Dados do Reembolso

Quantidade de Recibos: Valor Total dos Recibos:

Data de envio:

O prazo para a solicitação de reembolso é de 1 (um) ano, contado da data do recibo.

Informações Adicionais:

IMPORTANTE

Conforme previsto nas Condições Gerais do Seguro Saúde, a Seguradora poderá solicitar aos médicos e prestadores, esclarecimentos referente às informações relacionadas aos documentos apresentados, inclusive os prontuários médicos. A não veracidade dos documentos apresentados e/ou omissão de qualquer informação prestada, na tentativa de obter vantagem indevida do seguro, praticadas pelo Segurado Titular ou qualquer de seus segurados Dependentes, com ou sem anuência, havendo a constatação de infrações ou suspeitas fundadas de fraude (ou tentativa), acarretará a exclusão do Segurado Titular ou qualquer de seus segurados Dependentes, e a Seguradora poderá RESCINDIR o contrato por FRAUDE.

ATENÇÃO

O desmembramento de recibo, recibos de atendimento de outras pessoas não seguradas emitido em nome de segurados, recibos falsos e/ou adulterados e outras irregularidades, constituem Crime e podem resultar na perda do direito ao reembolso e cessação automática da cobertura individual, sem prejuízo da adoção das demais medidas cabíveis.

Antes de enviar sua solicitação de reembolso, verifique se a documentação está completa e devidamente preenchida.

Em caso de dúvidas ou esclarecimentos entre em contato com a Central de Atendimento:

São Paulo e Grande São Paulo: (11) 3156-2990

Demais Localidades: 0800 7719 119

Atendimento Deficiente Auditivo e de Fala: 0800 7719 759

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS

1. CONSULTA MÉDICA

Consulta em consultório: Recibo original emitido pelo médico e/ou nota fiscal de atendimento devendo constar: nome completo do paciente, descrição dos serviços médicos prestados, data do atendimento, valor pago (numérico e por extenso), dados do médico: nome completo, CRM, CPF, endereço completo, telefone, especialidade, assinatura e carimbo.

Importante: Não deverá ser desmembrado o valor do atendimento em mais de um recibo, inclusive com datas diferentes.

Consulta em clínicas e hospitais: Nota fiscal original e quitada, emitida pelo hospital ou clínica, contendo: razão social e CNPJ do local, nome completo do paciente, descrição dos serviços prestados, data do atendimento, valor pago, especialidade, assinatura e carimbo do médico que executou o procedimento.

2. EXAMES COMPLEMENTARES E RADIOLÓGICOS

Pedido Médico: contendo a data da solicitação do procedimento, assinatura e carimbo do médico, nome completo do paciente, nome técnico de cada exame solicitado, sem siglas ou códigos, bem como a correspondente metodologia. Caso exista mais de um método/diagnóstico, deverá ser apresentado, além da documentação necessária, relatórios médicos justificando a respectiva solicitação.

Laudos de exames: podem ser solicitados a critério da Sompo Saúde.

Nota Fiscal original e quitada ou recibos originais: Emitidos pelo prestador que efetuou o atendimento, contendo: nome completo do paciente, data do atendimento, valor pago (numérico e por extenso), nome de cada exame realizado com seu valor unitário, razão social e CNPJ do estabelecimento.

3. TERAPIAS - FISIOTERAPIA, FONOAUDIOLOGIA, ACUPUNTURA, RPG, TERAPIA OCUPACIONAL, PSICOLOGIA E NUTRIÇÃO

Relatório médico emitido pelo médico: Contendo o nome completo do paciente, hipótese diagnóstica, tempo da doença, justificativa para a terapia indicada e planejamento terapêutico, com data, assinatura e carimbo do médico. Para o tratamento de Nutrição, deverá constar em pedido médico o IMC (Índice de Massa Corpórea). Para o tratamento de RPG, deverá apresentar cópia do laudo de imagem que indicou o tratamento.

Recibo original e quitado, podendo ser de papelaria, contendo: nome completo do paciente, descrição dos serviços prestados, data da realização de cada sessão, valor pago (numérico e por extenso), nome completo do profissional, CPF do prestador, número de inscrição do Conselho Regional (CRM, CREFITO, CRP, CRF, CRN), endereço completo, telefone, assinatura e carimbo do profissional.

Nota Fiscal original e quitada, contendo além das informações descritas no item anterior, razão social e CNPJ do estabelecimento onde foram realizadas as sessões.

4. PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS, DERMATOLÓGICOS E PEQUENAS CIRURGIAS

Nota Fiscal original e quitada ou recibos originais: contendo nome completo do paciente, data do atendimento, descrição dos serviços, valor discriminado dos materiais e medicamentos, quantidade, preço unitário e taxas utilizadas, razão social e CNPJ. No caso de apresentação de recibo de pessoa física, deverão ser informados CPF do médico, especialidade, CRM, telefone, endereço completo, assinatura e carimbo do médico.

Observação: Procedimentos dermatológicos necessitam de apresentação de anátomo patológico.

5 - HONORÁRIOS MÉDICOS

Relatório Médico: Contendo nome completo do paciente, diagnóstico, tempo de evolução da doença, justificativa para a internação, descrição e

data da realização do procedimento, período do atendimento, quantidade das visitas, carimbo e assinatura do médico. Para honorários médicos diferentes, deverá constar relatório médico com data e horário do atendimento.

Resumo de alta hospitalar ou declaração do hospital em papel timbrado, RGO (Registro Geral de Operações) e ficha anestésica. Em caso de parto cesárea, deverá apresentar o partograma ou relatório médico imperativo ou termo de consentimento (assinado pelo médico e segurado).

Recibo: Emitido pelo médico, original e quitado, contendo: nome do paciente, valor pago, descrição e período do atendimento e dados do (s) médico (s), nome completo, CRM, CPF, endereço, telefone, especialidade, atuação cirúrgica, assinatura e carimbo.

Nota Fiscal: Original e quitada, emitida pelo hospital, contendo: Nome do paciente, valor pago, descrição e período do atendimento, razão social e o CNPJ do estabelecimento, valores cobrados para cada profissional em cada código de procedimento realizado, bem como nome, CRM, CPF e Atuação de cada membro da equipe cirúrgica. No caso de atendimento clínico, devem ser informados a especialidade, o número e as datas das visitas cobradas.

6. DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES

Relatório médico: Contendo nome completo do paciente, diagnóstico, tempo de evolução da doença, justificativa para a internação, descrição e data da realização do procedimento, data e período de internação, carimbo e assinatura do médico. Resumo de alta hospitalar ou declaração do hospital em papel timbrado, RGO (Registro Geral de Operações) e ficha anestésica. Em caso de parto cesárea, deverá apresentar o partograma ou relatório médico imperativo ou termo de consentimento (assinado pelo médico e segurado).

Nota fiscal original e quitada emitida pelo hospital, contendo nome completo do paciente, data do evento, valor pago, razão social e CNPJ do hospital, endereço completo e telefone.

Conta hospitalar especificando período de internação (horário de internação e alta), diárias, taxas, relação de materiais e medicamentos utilizados, exames e tratamentos realizados e cobrados do segurado durante a internação, com as respectivas quantidades e valores unitários.

7. REMOÇÃO TERRESTRE

Relatório médico: Datado, assinado, carimbado, nome completo do paciente, diagnóstico e justificativa clínica para a necessidade da remoção.

Nota Fiscal: Original e quitada emitida pela empresa de remoção, contendo o nome completo do paciente, data da remoção, valor pago, quilometragem percorrida (numérico e por extenso), local de partida e destino, tempo de espera (se houver), tipo de ambulância, descrição do valor dos honorários médicos esclarecendo se médico ou paramédico (se houver), razão social, CNPJ da empresa com endereço completo, telefone, local da partida e destino.

Importante: Somente serão reembolsadas as despesas acompanhadas de relatório médico, caracterizado a necessidade de remoção de hospital para hospital.