



CHECK LIST REEMBOLSO
<b>TIPO 1 - AMBULATORIAL - ACUPUNTURA, PSICOTERAPIA, FISIOTERAPIA E FONOAUDIOLOGIA</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pessoa Jurídica - Nota Fiscal original contendo: Razão Social, endereço, telefone, CNPJ, nome do profissional, nº do Conselho Profissional, nome do beneficiário atendido, data do atendimento.</li> <li>- Pessoa Física - Recibo original contendo nome, assinatura, CPF e carimbo do Profissional, nome do beneficiário atendido, data do atendimento, endereço e telefone do local</li> <li>- Descrição do atendimento prestado, quantidade, data das sessões e valor cobrado.</li> <li>- Pedido médico para fisioterapia ( exceto Acupuntura ).</li> </ul>
<b>TIPO 1 - AMBULATORIAL - CUIDADOR</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pessoa Física - Recibo original contendo nome do profissional, assinatura, endereço, telefone, CPF e nome do beneficiário atendido e data do atendimento.</li> <li>- Pessoa Jurídica - Nota Fiscal original contendo a Razão Social, endereço, telefone, CNPJ e nome do beneficiário atendido e data do atendimento.</li> <li>- Descrição do tipo de assistência ( 12 ou 24hs ), data por dia, mês e ano e total de horas, valor cobrado por período e valor total, número da autorização d cuidador ou três referências e carta do Serviço atutorizando o Cuidador.</li> </ul>
<b>TIPO 1 - AMBULATORIAL - PROCEDIMENTOS, VACINAS E EXAMES</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pessoa Jurídica - Nota Fiscal original contendo a Razão Social, endereço, telefone, CNPJ e nome do beneficiário atendido e data do atendimento e descrição do procedimento, vacina ou exame realizado.</li> <li>- Pessoa Física - Recibo original contendo nome, assinatura, CPF, nº do CRM e carimbo do Profissional, nome do beneficiário atendido e data do do atendimento, endereço e telefone do local de atendimento e descrição do procedimento, vacina ou exame realizado.</li> <li>- Para exames - Pedido Médico contendo a indicação clínica ou cópia do resultado do exame.</li> <li>- Para Procedimentos - Pedido Médico contendo a indicação clínica e/ou relatório médico.</li> <li>- Para Vacina fora do calendário - Pedido Médico.</li> </ul>
<b>TIPO 1 - AMBULATORIAL - CONSULTAS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pessoa Jurídica - Nota Fiscal original contendo a Razão Social, endereço, telefone, CNPJ, nome do médico, nº do Conselho Profissional, nome do beneficiário atendido, data do atendimento.</li> <li>- Pessoa Física - Recibo original contendo nome, assinatura, CPF, e carimbo do Profissional, nome do beneficiário atendido, data do atendimento, endereço e telefone do local de atendimento.</li> <li>- Consulta com vacina: Descrição da consulta e vacina com respectivos valores.</li> <li>- Consulta com exames: Descrição da consulta e exame com respectivos valores.</li> <li>- Consulta com procedimento: Descrição da consulta e procedimento com respectivos valores.</li> </ul>
<b>TIPO 2 - INTERNAÇÃO</b>
- Cópia da autorização de internação
<b>Honorários</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pessoa Física - Recibo original contendo nome, assinatura, CPF, nº do Conselho e carimbo do Profissional, nome do beneficiário atendido, data do atendimento e grau de atuação ( ex: Cirurgião, 1º Auxiliar, 2º Auxiliar ou Anestesista ).</li> <li>- Pessoa Jurídica - Nota Fiscal original contendo a Razão Social, endereço, telefone, CNPJ, nome do beneficiário atendido, data da internação e profissionais discriminados com nº do conselho, grau de atuação com respectivos valores.</li> </ul>
<b>Despesas de Internação</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pessoa Jurídica - Nota Fiscal original contendo: Razão Social, endereço, telefone, CNPJ, nome do Médico, nº do Conselho Profissional, nome do beneficiário atendido, data da internação, descrição do atendimento prestado.</li> <li>- Cópia da Autorização emitida pela Real Grandeza, relatório Médico contendo o diagnóstico, tratamento realizado, data da internação e alta. Se for o caso a condição de urgência/emergência.</li> <li>- Relatório Médico contendo o diagnóstico, tratamento realizado, data da internação e a alta. Se for o caso, a condição de urgência/ emergência.</li> <li>- Conta hospitalar analítica, em papel timbrado da empresa, contendo todos os custos provenientes da internação, período, tipo da acomodação, discriminação dos medicamentos e materiais utilizados e principais intercorrências e valor cobrado para cada um item descrito.</li> </ul>
<b>TIPO 3 - ODONTOLOGIA</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cópia da Autorização Odontológica emitida pela Real Grandeza.</li> <li>- Pessoa Jurídica - Nota Fiscal original contendo a Razão Social, endereço, telefone, CNPJ, nome do profissional, nº do Conselho Profissional, nome do beneficiário atendido e data do atendimento.</li> <li>- Pessoa Física - Recibo original contendo nome, assinatura, CPF, nº do CFO e carimbo do Profissional, nome do beneficiário atendido, data do atendimento, endereço e telefone do local de atendimento.</li> <li>- Descrição de cada item cobrado com respectivo valor.</li> <li>- Obs: Documentação complementar inicial e final a ser disponibilizado pelo profissional odontológico, caso pertinente.</li> </ul>
<b>TIPO 4 - ÓCULOS ( somente Ativos Furnas )</b>
- Cupom Fiscal original contendo: armação e /ou Lente com especificação ( perto, longe ou multifocal ) e quantidade cobrada e cópia da receita médica.
<b>TIPO 5 - MEDICAMENTOS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cupom Fiscal ou Nota Fiscal original com os medicamentos discriminados com respectivos valores e total.</li> <li>- Os cupons ou Notas Fiscais deverão conter preferencialmente somente os medicamentos sujeitos a reembolso.</li> <li>- Cópia da receita médica com validade de 6 meses, com nome do beneficiário atendido, medicamento prescrito, sua apresentação, quantidade, assinatura, carimbo e nº do CRM.</li> <li>- Autorização de Reembolso de Medicamento ( ARM ), que deverá ser preenchida pelo médico assistente e submetida à aprovação da Real Grandeza, sempre que solicitado medicamento novo.</li> </ul>