

**CHECK LIST – SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO****INSTRUÇÕES GERAIS**

1. O requerimento do benefício é individual. Utilize um requerimento para cada beneficiário;
2. Os documentos enviados devem ser originais, conter a identificação do prestador e do paciente e não possuir datas futuras;
3. Antes de enviar os documentos originais para solicitação de reembolso, tire cópias e guarde -as para sua Declaração de Imposto de Renda;
4. Para análise e pagamento do reembolso referente às despesas cobertas contratualmente, é necessária a entrega da documentação completa (verificar os itens abaixo);
5. O prazo para apresentação de pedidos de reembolso é de 1 (um) ano, prazo contado da data de realização do procedimento ou evento cobertos pelo plano de assistência à saúde oferecido pela CAMPERJ;
6. O prazo para pagamento do reembolso é de até dez dias úteis, contados a partir do recebimento de toda a documentação necessária. A CAMPERJ se reserva ao direito de solicitar documentos complementares para a análise do reembolso. Nesses casos, o prazo para pagamento contará a partir do recebimento da documentação complementar;
7. Os procedimentos que requerem autorização prévia no âmbito do regime de credenciamento também demandam prévia autorização na modalidade de livre escolha, a fim de viabilizar o pagamento de reembolso; [Clique aqui para consultar](#).
8. Em caso de dúvida, entrar em contato com a CAMPERJ – CAIXA DE ASSISTÊNCIA DO MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, localizada à Rua do Ouvidor, 60 – 6º andar – Centro – Rio de Janeiro ou com o Posto de Atendimento CAMPERJ, situado no Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro: Av. Marechal Câmara, 370 – 4º andar – Centro - Rio de Janeiro ou ainda pelos telefones (21) 2224-9688 – 0800 580 2428;
9. Para acompanhamento do seu reembolso, acesse o Portal do Beneficiário: camperj.topsaude.com.br/portalbeneficiario
10. Documentações incompletas serão devolvidas.

**1. CONSULTA MÉDICA**

<input type="checkbox"/>	Recibo original que deve conter: Nome do paciente, descrição e data do atendimento, valor pago, nome, especialidade, CRM, CPF, assinatura e carimbo do médico.
<input type="checkbox"/>	Nota fiscal que deve conter: Nome e CNPJ da instituição, valor pago, nome do paciente, descrição e data do atendimento, especialidade e carimbo do médico.
<input type="checkbox"/>	Relatório médico: Para os casos de reconsulta médica no prazo inferior a 15 (quinze) dias do primeiro evento ou consulta eletiva domiciliar.

2. OSTOMIAS

<input type="checkbox"/>	Relatório médico que deve conter: doença de base que levou à confecção do estoma, tipo de cirurgia realizada, permanência do estoma, tipo da estoma, alça, terminal, duas bocas ou outras, localização da região abdominal e do sistema digestório ou urinário, data da realização do procedimento cirúrgico, quadro clínico e definição dos equipamentos necessários.
<input type="checkbox"/>	Nota fiscal do fornecedor/ distribuidor / fabricante que deve conter: Nome e CNPJ do emitente, data da emissão, nome do paciente, valor pago, descrição do material, marca, modelo e fabricante.

3. EXAMES DE IMAGEM (RX, TC, RM, ULTRASSONOGRRAFIA, DENTRE OUTROS)

<input type="checkbox"/>	Pedido médico (cópia) que deve conter: nome do paciente, nome de cada exame e justificativa para a(s) respectiva(s) solicitação(ões).
<input type="checkbox"/>	Recibo original ou nota fiscal (com nome e CNPJ da instituição) que deve conter: valor pago, nome do paciente, data do atendimento, nome de cada exame realizado com seu valor unitário e, se for o caso, descrição dos materiais e medicamentos com valores unitários.

**4. EXAMES LABORATORIAIS**

<input type="checkbox"/>	Pedido médico (cópia) que deve conter: nome do paciente, nome de cada exame e justificativa para a(s) respectiva(s) solicitação(ões).
	Observações: Para exames genéticos também é necessária autorização prévia. O pedido médico deverá ser emitido por Médico geneticista ou oncologista, devidamente justificado, conforme as diretrizes técnicas estabelecidas.
<input type="checkbox"/>	Recibo original ou nota fiscal (com nome e CPNJ da instituição) que deve conter: valor pago, nome do paciente, data do atendimento, nome de cada exame realizado, com seu valor unitário.

5. TERAPIAS I – FISIOTERAPIA, ACUPUNTURA, FONOAUDIOLOGIA, PSICOPERAPIA, TERAPIA OCUPACIONAL, DENTRE OUTRAS

<input type="checkbox"/>	Relatório médico datado, assinado e carimbado que deve conter: Nome do paciente, diagnóstico, quadro clínico atual, descrição e justificativa para tratamento indicado.
	Observações: A solicitação da terapia deve ser feita por profissional médico (CRM); Em caso de continuidade da terapia, o relatório médico deve ser atualizado de acordo com o parecer do Médico Auditor da CAMPERJ, que poderá ser de 03 a 06 meses da data do primeiro atendimento; Em caso de tratamento DOMICILIAR , o médico deverá informar e justificar no relatório médico.
<input type="checkbox"/>	Recibo original que deve conter: nome do paciente, descrição da terapia, número de sessões e suas datas, valor pago, nome, número de inscrição no respectivo Conselho Regional (CRFa, CRP, CREFITO, CRM), CPF, assinatura e carimbo do profissional que realizou a terapia.
<input type="checkbox"/>	Nota fiscal que deve conter: nome e CNPJ da instituição, valor pago, nome do paciente, descrição da terapia, número de sessões e suas datas, nome, número de inscrição no respectivo Conselho Regional (CRFa, CRP, CREFITO, CRM), CPF, assinatura e carimbo do profissional que realizou a terapia.

**6. TERAPIAS II – DIÁLISE, QUIMIOTERAPIA E RADIOTERAPIA**

<input type="checkbox"/>	Relatório médico que deve conter: nome do paciente, diagnóstico, descrição e justificativa para o tratamento solicitado, histórico dos tratamentos já realizados e planejamento terapêutico.
<input type="checkbox"/>	Recibo original que deve conter: nome do paciente, descrição do tratamento, número de sessões e suas datas, valor pago, nome, CRM, CPF, assinatura e carimbo do médico.
<input type="checkbox"/>	Nota fiscal que deve conter: nome e CNPJ da instituição, valor pago, nome do paciente, descrição do tratamento, número de sessões e suas datas.
<input type="checkbox"/>	Fatura que deve conter: descrição de todos os itens da conta (materiais, medicamentos, taxas, etc.) com valores unitários.

7. PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS – CIRURGIA DE PEQUENO PORTE, ATENDIMENTOS EM EMERGÊNCIA, DENTRE OUTROS

<input type="checkbox"/>	Relatório médico que deve conter: nome do paciente, diagnóstico e tratamento realizado. Nos casos de pequenas cirurgias e de exames que necessitem de anestesia, além da descrição detalhada dos procedimentos realizados, é necessário apresentar cópia da Folha de Anestesia.
<input type="checkbox"/>	Recibo original que deve conter: nome do paciente, descrição e data do atendimento, valor pago, nome, CRM, CPF, assinatura e carimbo do médico.
<input type="checkbox"/>	Nota Fiscal que deve conter: nome e CNPJ da instituição, valor pago, nome do paciente, descrição do atendimento e data.
	Observações: No recibo original, nota fiscal ou relatório médico deve constar: descrição dos materiais, medicamentos, taxas e outras despesas, com valores unitários; Vasectomia/Laqueadura: anexar documento escrito e firmado, com o consentimento expresso do(a) próprio(a).

**8. INTERNAÇÕES – DESPESAS HOSPITALARES**

<input type="checkbox"/>	Relatório médico que deve conter: nome do paciente, diagnóstico, tempo de evolução da doença, devem constar data e hora da realização do(s) procedimento(s), descrição e período do atendimento e justificativa para a internação.
<input type="checkbox"/>	Nota fiscal do hospital que deve conter: nome e CNPJ do hospital, valor pago, nome do paciente e data do evento.
<input type="checkbox"/>	Fatura que deve conter: descrição de todos os itens da conta hospitalar com seus valores unitários, data da internação, data da alta e período da cobrança.

9. INTERNAÇÕES – HONORÁRIOS MÉDICOS

<input type="checkbox"/>	Relatório médico que deve conter: nome do paciente, diagnóstico, tempo de evolução da doença. Devem constar data e hora da realização do(s) procedimento(s), descrição e período do atendimento e justificativa para a internação.
<input type="checkbox"/>	Recibo original ou nota fiscal que deve conter: nome do paciente, descrição e período do atendimento, valor pago, nome, CRM, CPF, especialidade, assinatura e carimbo do médico.
<input type="checkbox"/>	Cópia da Folha da Descrição do Ato Cirúrgico e cópia da Folha do Anestesiista.
	Observações: No recibo original, nota fiscal ou relatório médico deve constar: a respectiva participação e valores da equipe médica (cirurgião, 1º auxiliar, 2º auxiliar, etc.). Se o atendimento for clínico, informar no relatório médico, a especialidade, número de visitas e datas das visitas cobradas; No caso de intervenção de mais de um profissional ou prestação simultânea de serviços distintos, deverá ser apresentada a relação detalhada dos serviços com valores individuais e entregar todos os recibos originais em um mesmo momento.

**10. VACINAS**

- Recibo original ou Nota Fiscal (com nome e CPF ou CPNJ da instituição) que deve conter:** valor pago, nome do paciente, data do atendimento, discriminação e valores individuais das vacinas aplicadas;
- Pedido médico (cópia) que deve conter:** nome do paciente, nome de cada vacina e justificativa para a(s) respectiva(s) solicitação(ões).

Observações:

Estão cobertas as vacinas constantes do calendário oficial de vacinações adotado pelo Ministério da Saúde.

11. OBSERVAÇÕES

Não serão aceitos: recibo provisório de serviços (RPS) e/ou temporários; nota de serviço, nota de débito, comprovantes de transferência bancária, duplicata e boletos bancários.

Em todos os recibos originais devem constar: nome, CPF, endereço e telefone do profissional que realizou o atendimento.

ATUALIZAÇÃO: 02.09.2024