

CAPA DE FAX

SOLICITAÇÃO DE PRÉVIA DE REEMBOLSO

Nº da Carteirainha:			
Nome do Paciente:			
Telefone:	()	Celular:	()
E-mail			
Nome do Médico:			
CRM do Médico:		Estado:	
Nome e Endereço do Local de Atendimento:			

Lista de Procedimentos

Código AMB do Procedimento	Nome do Procedimento	Valores dos Procedimentos por Profissional

Nota: Para a prévia de reembolso é necessário que seja enviado os relatórios médicos com o código AMB (Associação Médica Brasileira), CID (Código Internacional da Doença) ou HD (Hipótese Diagnóstica), o valor será cobrado por cada um da equipe e para cada um dos códigos e o laudo do exame onde constatou a necessidade do procedimento.

NotreDame Informa: Utilize o “Envio de Documentos” em nosso site. Uma maneira mais prática, rápida e moderna.

Central de Serviços 24h
 SP e Grande São Paulo: 11 3155 2500
 Demais Localidades: 0800 055 3677
 SAC 24h: 0800 770 0370
 TPDA: 0800 770 0330

Central de FAX
 SP e Grande São Paulo: 11 4082 8700
 Demais Localidades: 0800 772 0622