

ORIENTAÇÕES PARA PEDIDO DE REEMBOLSO

O beneficiário poderá utilizar o serviço de reembolso quando não houverem prestadores de serviços próprios, contratados ou credenciados pelo sistema Unimed, mediante autorização prévia da operadora.

Para solicitar reembolso de despesas médicas e/ou hospitalares é necessário apresentar os seguintes documentos e formulários.

DOCUMENTAÇÃO OBRIGATÓRIA:

- RG (titular e beneficiário atendido), CPF e cartão do convênio;
- Termo "solicitação de reembolso" devidamente preenchido e assinado pelo titular do contrato onde constará a solicitação formalizada com a justificativa do pagamento em caráter particular;
- Pedido médico carimbado, assinado e datado;
- Nota fiscal e/ou recibo original com carimbo, descrição do procedimento, valores, data da realização e nome do beneficiário atendido;
- Conta ou Despesa Hospitalar detalhada (discriminando materiais e medicamentos consumidos, com preço por unidade, juntamente com notas fiscais, faturas ou recibos do hospital), quando houver;
- Laudos relativos aos serviços de exames laboratoriais, de radiodiagnósticos e serviços auxiliares, acompanhados do pedido médico assistente;
- Recibos originais individualizados de honorários dos médicos assistentes, auxiliares e outro, discriminando as funções e o evento a que se referem e, se for o caso, a duração do ato anestésico;

Em atendimentos de terapias (fonoaudiólogo, psicólogo, nutricionista, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, acupunturista):

- Pedido médico com CID (preenchido e assinado pelo médico solicitante);
- Recibo (carimbado e assinado pelo local/profissional) ou nota fiscal (devidamente preenchido e carimbado pelo profissional, informando a data do atendimento, o tipo de procedimento e em nome do beneficiário atendido);
- Lista de frequência com as datas das sessões realizadas assinado pelo profissional e paciente;
- Relatório do profissional executante, informando a evolução do paciente.

ORIENTAÇÕES GERAIS:

- A Unimed Sudoeste poderá solicitar a qualquer momento a apresentação de novos documentos, quando necessário.
- Se o cliente (titular do contrato) não possuir conta bancária (corrente ou poupança), o reembolso será através de cheque nominal.
- O formulário de solicitação de reembolso deverá ser preenchido com os dados do titular do contrato e assinado pelo mesmo. O nome do beneficiário deverá ser informado no campo "paciente atendido".

Declaro que estou ciente com todas as informações presentes neste documento.

_____, _____ de _____ de 20____.

Assinatura do titular ou responsável por extenso

Solicitação de Reembolso



Identificação

Número da Carteirainha	E-mail
Nome do Beneficiário	Telefone de contato com DDD
Empresa	Telefone do Celular com DDD

Informações sobre o atendimento

Paciente atendido	Prestador (Profissional ou Estabelecimento onde o serviço foi realizado)	Valor Total (R\$)

1) Foi protocolado pedido de autorização junto à operadora para realizar o procedimento/atendimento?

Sim Não

Caso Positivo, informe o nome do atendente, o número do protocolo e a informação dada pelo mesmo:

2) Houve negativa de autorização pela operadora?

Sim Não

Caso positivo, informar o número do protocolo ou cópia do documento emitido:

3) O(A) Sr./Sr.^a procurou serviços próprios ou credenciados pela operadora?

Sim Não

4) Quando lhe foi sugerido pelo profissional médico ou serviço credenciado o pagamento particular pelo serviço, o (a) Sr./Sr.^a deu conhecimento prévio a operadora?

Sim Não

Caso positivo, informar o número do protocolo ou cópia de documento:

Justificativa/Observações

Dados Para Crédito

Atenção: Verifique com precisão os dados da conta para depósito, preencher os campos abaixo com as informações corretas e legíveis. O não preenchimento isenta a Unimed do Sudoeste de qualquer transtorno decorrente da não efetivação do mesmo. Em caso de estorno, o pagamento está sujeito a atraso. O reembolso será creditado conforme opção escolhida, desde que os dados sejam do beneficiário titular do plano ou do responsável legal pelo beneficiário (menores ou incapazes).

Nome do Titular da Conta		
<input type="checkbox"/> Conta Corrente <input type="checkbox"/> Conta Poupança <input type="checkbox"/> Cheque Nominal	Banco	<input type="text"/>
	Agência	<input type="text"/>
	Conta	<input type="text"/>
		CPF do favorecido <input type="text"/>

Documentação Necessária para Reembolso

- **COMPROVANTES DE PAGAMENTO** DEVEM SER ORIGINAIS (RECIBOS E NOTAS FISCAIS QUITADAS), CONTENDO NOME COMPLETO DO PACIENTE, VALOR NUMÉRICO E POR EXTENSO, DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS MÉDICOS REALIZADOS E DADOS DO PROFISSIONAL EXECUTANTE (NOME, NÚMERO DE INSCRIÇÃO NO CONSELHO DE CLASSE (CRM, CRP, ETC.), CPF, ESPECIALIDADE, ASSINATURA SOBRE CARIMBO);
- **PARA EXAMES E PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS:** PEDIDO MÉDICO DATADO, CONTENDO QUADRO CLÍNICO E INDICAÇÃO PARA O PROCEDIMENTO.
INTERNAÇÕES CIRÚRGICAS: RECIBOS INDIVIDUALIZADOS DA EQUIPE CIRÚRGICA DISCRIMINANDO: POSIÇÃO DE ATUAÇÃO NO EVENTO (CIRURGIÃO, ANESTESISTA, etc.) E RELATÓRIO MÉDICO CONTENDO DATA, QUADRO CLÍNICO, INDICAÇÃO CLÍNICA PARA O PROCEDIMENTO E DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS REALIZADOS;

Importante

A não autenticidade dos documentos apresentados ou omissão de qualquer informação prestada, na tentativa de obter vantagem indevida da operadora, como por exemplo, recibos falsos ou adulterados e outras irregularidades, constituem fraude e podem resultar na perda do direito ao reembolso, sem prejuízo da adoção das demais medidas cabíveis ao caso.

A Unimed do Sudoeste emitirá um parecer acerca da solicitação em até 30 dias.

_____, ____ de _____ de 20____.

Assinatura por extenso

Parecer Interno (Coordenação) Valor: _____ Data: __/__/____	Parecer Interno (Gerência) Valor: _____ Data: __/__/____
---	--

PROTOCOLO

Nome do Beneficiário	
Data de entrega: Quantidade de recibos/notas: Valor total:	Unimed do Sudoeste