Solicitação de Reembolso

Todos os campos do formulário são de preenchimento obrigatório, caso contrário os documentos serão devolvidos para correção.

Identificação

Nome do Titular		Nº do Protocolo **(Informar em Casos de Atendimento aRN 566)**	
Código do Cartão do Beneficiário	Local de Atendimento	CPF	Data de Nascimento
E-mail do Titular		Telefone Celular do Titular	
Endereço do Titular		Município do Endereço do Titular	

Dados Bancários (Inserir Dados do Beneficiário Titular do Plano)

Nome do titular ou responsável	CPF	
Nº e Nome do Banco	Nº da Agência	Nº da Conta Corrente
Conta ( ) **Corrente** ( ) **Poupança**	Valor Total Solicitado	

Endereço (Este servirá para devolução dos documentos, em caso de negativa)

Endereço Completo		CEP
Bairro	Cidade	Estado

Nome do Paciente	Procedimento	Nº Recibo/Nota Fiscal	Valor

( ) Declaro que as informações citadas neste documento são verídicas e estão de acordo com as regras contratuais e legislação vigente:

Nome:

Data:

O prazo contratual para solicitação de reembolso é de acordo com previsão contratual.

Avisos Importantes:

I. O reembolso será efetuado no prazo determinado em contrato a contar da data de recebimento de toda documentação pela Unimed Palmas, tendo como limite os valores da tabela contratada pela empresa, coparticipações previstas em contrato, procedimento coberto pelo plano e comprovado que o prestador não é credenciado a rede de atendimento do beneficiário.

II. A mera apresentação do formulário não dará direito ao reembolso, sendo este realizado mediante análise de pertinência pela Unimed Palmas, com base no item anterior.

III. Nos casos de reembolso por inexistência de rede credenciada (RN566) é necessário entrar em contato com a Central de Atendimento, o mesmo será efetuado no prazo de até 30 (trinta) dias, a contar da data de recebimento de toda documentação pela Unimed Palmas, desde que o procedimento seja coberto pelo plano e comprovada a inexistência de rede credenciada para o procedimento na região.

Orientações de Preenchimento e Solicitação de Reembolso

a)Para garantir o pagamento adequado em sua conta corrente, é importante enviar uma cópia de comprovante dos dados bancários (**extrato ou cópia do cartão contendo instituição bancária, número de agência e conta).**

b) Os recibos devem obrigatoriamente identificar (de forma legível); o carimbo do médico assistente, contendo nome, Código regulador, por exemplo: CRM / CRP / CRF ou outros. CPF ou CNPJ (no caso de Pessoa Jurídica); o código do procedimento efetuado pela tabela vigente e data de atendimento; **Nota: O recibo deverá ser em papel timbrado do médico ou no próprio receituário.**

c) Nos casos de exames / tratamentos, anexar cópia do Pedido Médico, bem como o relatório do médico executante válido na data de emissão do recibo;

d) Nos casos de procedimentos realizados em Clínicas, Laboratórios e Internações Hospitalares, apresentar relatório médico com a codificação do procedimento (CBHPM / AMB), CID informando o tempo de evolução da patologia, além do documento contendo a discriminação dos valores de taxas, materiais e medicamentos utilizados, bem como, nota fiscal ou recibos com o CNPJ;

e) Nos casos de procedimentos realizados por anestesista, apresentar relatório do médico cirurgião contendo: código e/ou descrição do procedimento, diagnóstico e data da realização, bem como: nota fiscal ou recibos com CNPJ ou CPF;

f) Nos casos de tratamentos por sessão/seriado devem constar no Recibo / Nota Fiscal a quantidade e as datas em que as mesmas foram realizadas, pedido médico com CRM e relatório do profissional executante (ambos carimbados e assinados). Os relatórios têm validade de 12 (doze) meses, persistindo o tratamento será necessário apresentar novos relatórios. No caso de Fisioterapia a cada 20 sessões deverá ser enviado laudo médico; **Nota: Tratamento seriado é o que demanda mais de uma sessão por procedimento;**

g) Em caso de remoção, no documento de cobrança deve constar: km rodado; hora de parada e se utilizou ambulância com UTI;

h) Em caso de reembolsos por transporte, deve ser encaminhado o recibo com CNPJ ou CPF da empresa/condutor. (Exemplo: transporte de táxi, deverá constar no recibo o CPF do motorista ou CNPJ da empresa).

i) Na ausência de documentos obrigatórios, a Unimed Palmas, fará a devolução dos processos para regularização.

j) Os documentos originais devem ser armazenados pelo beneficiário, por 5 anos, após a data da emissão. Ressaltamos que a documentação recebida não será devolvida pela Unimed Palmas, portanto, a documentação original não deve ser enviada na solicitação de reembolso.

O pagamento será efetuado na conta do beneficiário titular do plano, será necessário informar os dados bancários como: número do banco, agência, conta corrente e CPF.

Prezado cliente, assinale o motivo que justifique a realização do procedimento em caráter particular:

- ☐ Atendimento de urgência e emergência, quando não for possível a utilização em serviços próprios, contratados ou credenciados pelo plano, mediante a apresentação de relatório médico comprovando o quadro de urgência/emergência.
- ☐ Ausência e/ou indisponibilidade de rede credenciada no sistema Unimed (Intercâmbio) para atendimento eletivo.
- ☐ Possui cobertura.
- ☐ Possui preexistência.
- ☐ Possui carência.

Procedimentos solicitados:

- ☐ Outros (especificar):

Detalhamento do ocorrido (justificando o motivo do atendimento particular):

IMPORTANTE: para solicitar reembolso de despesas médico hospitalares, apresente os documentos originais relacionados abaixo, acompanhados do formulário "Solicitação de Reembolso" contendo todas as informações necessárias.

Documentação obrigatória

Cópia / Original

☐	☐	Termo "Solicitação de Reembolso" devidamente preenchido e assinado pelo cliente, onde constará a solicitação formalizada com a justificativa do pagamento em caráter particular.
☐	☐	Relatório médico declarando o quadro clínico do paciente justificando a necessidade do procedimento realizado em caráter particular (nome do paciente, diagnóstico (CID) e exame/procedimento realizado ou material/medicamento utilizado, data do atendimento, tempo de permanência no hospital e data da alta hospitalar).
☐	☐	Guia ou pedido médico (carimbado, assinado e datado).
☐	☐	Recibo e/ou nota fiscal "original", com carimbo, descrição do procedimento, data da realização e nome do cliente 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.
☐	☐	Comprovantes relativos aos serviços de exames laboratoriais, de radiodiagnósticos e serviços auxiliares, acompanhados do pedido do médico assistente.
☐	☐	Recibos 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.
☐	☐	Xerox do cartão bancário ou da folha de cheque do titular do plano. Se o titular for menor, a documentação deve ser do responsável pelo plano.
☐	☐	Xerox da identidade e CPF do titular responsável e do favorecido; para titular menor de idade, onde o solicitante do reembolso seja o responsável, deverá ser comprovada responsabilidade com cópia da certidão de nascimento ou identidade do menor e identidade do responsável, que deverão ser anexadas ao processo ou procuração do titular do plano com firma reconhecida em cartório, concedendo poderes e terceiros.
☐	☐	Solicitação/justificativa médica para a remoção especificando quadro clínico do paciente.
☐	☐	Relatório da remoção, informando a quilometragem percorrida, tipo de ambulância (ambulância básica, UTI, etc.) e local de partida e de destino.

Orientações gerais:

- O prazo para retorno do processo é de 30 dias, contados após a apresentação da documentação obrigatória completa à área responsável da Unimed;
- A área responsável poderá solicitar a qualquer momento a apresentação de novos documentos, quando necessário;
- Se o cliente não possuir conta bancária (corrente ou poupança), o reembolso será através de cheque nominal (não será processado o reembolso em conta salário ou conta de terceiro sem procuração);
- É permitida a emissão de procuração por parte do Favorecido, com firma reconhecida em cartório, concedendo poderes de recebimento a terceiros.

_____

Assinatura do titular ou responsável (igual ao documento de identidade)

( ) DECLARO ter plena ciência dos direitos e obrigações decorrentes deste instrumento, que meus dados pessoais e dados pessoais sensíveis para fins de SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO UNIMED e demais atos derivados, nos termos dos art. 7º, IX e art. 11, II, “a” da Lei 13.709/18, serão tratados pela Unimed Palmas, declarando ainda ter lido, compreendido e aceitado todos os termos e condições aqui descritos.

Estou ciente de todas as informações,

_____

Assinatura ciente