



TENHO DIREITO AO REEMBOLSO DE ATENDIMENTO?

GLA.GCC.0042/02
Implantação: 10/2016
2ª Revisão: 05/2019

Unimed Chapecó

CNPJ: 85.283.299/0001-91

Nº de registro na ANS: 35.429-5

Site: www.unimed.coop.br/chapeco

Tel.: (49) 3361-1800

PIN-SS - Portal de Informações do Beneficiário da Saúde Suplementar:

<http://www.unimed.coop.br/chapeco>. Acesse os dados cadastrais do seu plano e histórico de utilização conforme **RN 389**.

Prezado beneficiário (a)!

Pensando na sua segurança, proteção e tranquilidade, além de facilitar o acesso às informações referentes ao seu plano de saúde, elaboramos um guia rápido e prático com orientações a respeito do reembolso de procedimentos, consultas e internações. Aqui, você encontra a resposta para as principais dúvidas referentes a este processo.

QUANDO É ASSEGURADO O DIREITO AO REEMBOLSO DE ATENDIMENTO?

Em caso de atendimento de urgência e emergência

Quando não for possível a utilização de serviços próprios, contratados ou credenciados pela CONTRATADA, que fazem parte da rede de atendimento do respectivo plano e desde que o atendimento tenha sido realizado dentro da área de abrangência geográfica e atuação do plano.

O reembolso será nos limites das obrigações contratuais, observadas as carências, cobertura parcial temporária, área de abrangência e atuação do plano, segmentação e Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente a época do evento. O valor será de acordo com os valores praticados pela CONTRATADA junto à rede de prestadores do respectivo plano.

Em caso de inexistência ou indisponibilidade de prestador para o atendimento de urgência e emergência e/ou eletivo

- a. *Urgência e emergência*: em caso de inexistência ou indisponibilidade de prestador de serviço assistencial da rede de atendimento do plano no município onde foi realizado o atendimento, desde que o município faça parte da área de abrangência e atuação do plano.
- b. *Eletivo*: em caso de inexistência ou indisponibilidade de prestador de serviço assistencial, do respectivo plano no município onde foi requerido o atendimento pelo beneficiário, desde que:
 1. O beneficiário ou seu responsável tenham comunicado previamente a CONTRATADA, através de um dos canais indicados no verso do cartão do plano de saúde, quanto a necessidade de atendimento e dificuldade de agendamento em razão da inexistência ou indisponibilidade de prestador de serviço assistencial da rede de atendimento deste plano;
 2. A CONTRATADA não tenha assegurado o atendimento solicitado pelo beneficiário ou responsável nos prazos e condições estabelecidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar em normativos vigentes;
 3. O município onde foi realizado o atendimento faça parte da área de abrangência e atuação do plano.

NOS CASOS DE ATENDIMENTO ELETIVO, COMO O SERVIÇO SERÁ FORNECIDO?

O atendimento eletivo solicitado será assegurado pela CONTRATADA nos prazos e condições estabelecidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar em normativos vigentes na data da demanda, em qualquer prestador ou médico da rede assistencial do plano, habilitado para o atendimento e, não necessariamente, um prestador ou médico específico escolhido pelo beneficiário.

QUAL O PRAZO PARA O ATENDIMENTO?

A contagem do prazo para garantia do atendimento se inicia na data da solicitação do serviço ou atendimento mediante contato do beneficiário ou responsável com a CONTRATADA/OPERADORA.

COMO DEVE SER FEITA A SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO?

A solicitação de reembolso, deverá ser formalizada pelo (a) CONTRATANTE ou beneficiário, junto a CONTRATADA no prazo máximo de 1 ano da data do atendimento ou da alta. Deverá ser anexada a respectiva solicitação a documentação original relativa às despesas efetuadas (cópia da conta do atendimento, documento fiscal que deverá conter CNPJ/CPF do profissional ou estabelecimento que realizou o atendimento). Também é necessário apresentar:

Casos de atendimento de urgência ou emergência: declaração do médico assistente atestando e comprovando que se tratava de uma situação de urgência ou emergência; ou

Casos de atendimento eletivo: número do protocolo fornecido pela CONTRATADA na solicitação de serviço ou atendimento realizado pelo beneficiário ou responsável.

QUAL O PRAZO PARA O REEMBOLSO?

A CONTRATADA terá o prazo adicional máximo de 30 (trinta) dias para análise da documentação e eventual reembolso do valor devido, descontadas as coparticipações previstas na cláusula Mecanismos de Regulação.