

ORIENTAÇÕES PARA PEDIDO DE REEMBOLSO

A Unimed Vertente do Caparaó assegurará o reembolso, nos limites das obrigações contratuais, das despesas efetuadas pelo beneficiário com assistência à saúde, nos casos exclusivos de urgência ou emergência e quando não houver prestadores de serviços próprios, contratados ou credenciados pelo Sistema Unimed. Para que haja o reembolso, os serviços devem ter sido prestados dentro do território nacional e deve haver a comprovação (através de contato prévio com a Unimed Vertente do Caparaó), que não foi possível a utilização de serviços próprios, contratados ou credenciados pelo Sistema Unimed.

ORIENTAÇÕES IMPORTANTES

- É necessário o contato prévio com a Unimed Vertente do Caparaó através da central 33 3339-4444 ou de nossos canais de atendimento para verificar a existência e/ou disponibilidade de prestadores de serviços próprios, contratados ou credenciados pelo Sistema Unimed, dentro do território nacional, principalmente após qualquer dificuldade com o guia médico disponível através do site;
- O prazo para retorno do processo é de 30 dias, contados após a apresentação da documentação obrigatória completa à CACR – Comissão de Avaliação e Concessão de Reembolso;
- A CACR poderá solicitar, a qualquer momento, a apresentação de novos documentos se julgar necessário;
- Se o cliente não possuir conta bancária (corrente ou poupança), o reembolso poderá ser realizado através de cheque nominal;
- É permitida a emissão de procuração por parte do favorecido (responsável pelo plano), autorizando o depósito na conta de terceiros;

SITUAÇÕES EM QUE O REEMBOLSO SERÁ INDEFERIDO

- Procedimento realizado não possui cobertura contratual e não consta no Rod da ANS;
- Recibos de despesas que não estejam ligados à despesas médicas;
- Documentos rasurados ou sem informações sobre o serviço realizado;
- Consultas com médicos cooperados na rede credenciada Unimed;
- Atendimento em hospitais e serviços de tabela própria ou nos hospitais e serviços de alto custo;
- Falta de comprovação de contato prévio com a Unimed Vertente do Caparaó através da central 33 3339-4444 ou através de nossos canais de atendimento para tentativa de localização de rede com protocolo válido;

PRAZO

O cliente terá até 12 (doze) meses para solicitação de abertura do processo de reembolso, contados a partir da data do recibo.

Importante: A Nota Fiscal ou Recibo deverão ser apresentados na Unimed Vertente do Caparaó dentro do ano fiscal da operadora, ou seja até 31 de janeiro do ano subsequente ao ano de atendimento realizado.

DOCUMENTAÇÃO OBRIGATÓRIA PARA TODAS AS SOLICITAÇÕES:

Para solicitar a abertura do processo de reembolso de despesas médicas e/ou hospitalares é necessário apresentar os seguintes documentos:

- Preenchimento da Solicitação de Reembolso de Procedimentos Médicos, justificando a realização do procedimento em caráter particular;
- Cópia do cartão Unimed Vertente do Caparaó do cliente atendido;
- Cópia da carteira de identidade do titular do contrato;

- Cópia do comprovante de dados bancários do titular do contrato. Caso o titular seja menor de idade, o comprovante deve estar em nome de quem assinou o contrato;
- CPF (Inclusive para menores de idade).

DOCUMENTOS **ORIGINAIS** NECESSÁRIOS PARA CADA TIPO DE ATENDIMENTO:

CONSULTA MÉDICA

Recibo ou Nota Fiscal Original, contendo obrigatoriamente:

- Nome e CPF do Cliente atendido;
- Data do Atendimento;
- Valor unitário e total, de cada consulta;
- Nome completo do médico, CPF, CRM e especialidade do profissional responsável pelo atendimento; Endereço completo e telefone do local de atendimento;
- Assinatura do profissional;
- Descrição do serviço realizado ou CID.

Importante:

1. Consulta médica somente terá cobertura, se realizado por profissional inscrito do CRM e especialidade reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina.
2. Para as consultas de Nutrologia, o profissional deverá possuir Registro de Qualificação de Especialização (RQE).
3. A Nota Fiscal emitida por Pessoa Jurídica deverá conter o nome da Pessoa Física prestadora para a devida confirmação da cobertura do serviço.

ATENDIMENTO COM PROFISSIONAL NAO MÉDICO

(Fonoaudiólogo, psicólogo, nutricionista, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta);

- Pedido médico com CID (preenchido pelo médico solicitante);
- Recibo ou nota fiscal, carimbada e assinada pelo profissional executante, informando as datas das sessões realizadas;
- Relatório do profissional executante, informando o tipo de atendimento realizado.

EXAMES

1. Pedido médico.
2. Recibo ou nota fiscal, deverão obrigatoriamente conter:
 - Nome e CPF do Cliente atendido;
 - Data do Atendimento;
 - Valor unitário e total cobrado de cada exame;
 - Descrição do serviço realizado (nome de cada exame);
 - Endereço completo e telefone do local de atendimento;

INTERNAÇÃO OU DESPESAS AMBULATORIAIS E CIRÚRGICAS (SENDO O CARÁTER DO ATENDIMENTO DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA OU ELETIVO)

- Relatório médico (declaração médica informando o quadro clínico do paciente com CID, e justificativa para a realização do procedimento).
- Período de permanência no local;
- Conta hospitalar detalhada, discriminando procedimentos, materiais, medicamentos consumidos com preço por unidade; Recibo ou nota fiscal, relativos aos serviços de exames laboratoriais, de radiodiagnóstico e serviços auxiliares, acompanhado do pedido médico;
- Recibo ou nota fiscal individualizado (carimbado e assinado pelo profissional), de honorários dos médicos assistentes, auxiliares e outro, discriminando as funções e o evento a que se referem.

HONORÁRIO MÉDICO

- Nota fiscal ou recibo (contendo, carimbo do profissional, assinatura, CPF e número do conselho profissional), individualizados de honorários dos médicos assistentes e auxiliares, discriminando as funções e o evento a que se referem.

REMOÇÃO POR AMBULÂNCIA

- Solicitação/justificativa médica para a remoção, especificando quadro clínico do paciente (sendo obrigatória a assinatura e o carimbo do médico solicitante).
- Relatório do serviço de remoção, informando a data da remoção, a quilometragem percorrida, tipo de ambulância (ambulância básica, UTI móvel, etc.), local de partida e de destino.

ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO

Os documentos poderão ser entregues através das seguintes opções:

Carta:

Unimed Vertente do Caparaó - Caixa Postal nº 41 - Cidade: Manhuaçu/MG CEP: 36.900-970 - Aos cuidados da CACR - Comissão de Avaliação e Concessão de Reembolso

Presencialmente na Sede Administrativa Unimed Vertente do Caparaó:

Rua Maestro Filomeno dos Santos, nº 109 - Centro - Manhuaçu/MG CEP:36900-022

***Caso opte pela entrega via atendimento presencial, entre no link <https://www.unimed.coop.br/web/vertentedocaparao/agenda-de-atendimentos> e agende um dia e horário para o atendimento.**

***Cliente de Contrato empresarial, possui a opção de entregar a solicitação/documentação no RH da empresa.**

Estou ciente e de acordo com todas as orientações presentes neste documento.

Assinatura do cliente conforme documento apresentado
(responsável pelo plano Unimed)



www.unimedvc.coop.br
Maestro Filomeno dos Santos, nº 109
36900-022 - Centro, Manhuaçu/MG
T: (33) 3339-4444



SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO

Nome do cliente atendido: _____

Código do cartão do cliente atendido: _____

CPF: _____ Telefone (Celular): _____

E-mail: _____

Data da Autorização da Unimed Vertente do Caparaó*: _____ / _____ / _____

Nº do protocolo informado pela Unimed Vertente do Caparaó*: _____

Data da Solicitação: _____ / _____ / _____

*Dados relacionados ao contato prévio feito com a Unimed Vertente do Caparaó.

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

Assinatura do cliente conforme documento apresentado
(responsável pelo plano Unimed)



www.unimedvc.coop.br
Maestro Filomeno dos Santos, nº 109
36900-022 - Centro, Manhuaçu/MG
T. (33) 3339-4444



DECLARAÇÃO

Eu, _____, residente e domiciliado (a)
na _____, nº. _____,
Bairro _____, Cidade _____, Estado
_____, CEP: _____. _____. _____. _____, portador do RG nº. _____, inscrito no CPF
sob o nº. _____. _____. _____. _____, beneficiário (a) da solicitação de REEMBOLSO.

Solicito que seja efetuado o pagamento através de:

Depósito em Conta Corrente () - Conta Poupança (), dados abaixo:

Banco: _____

Agência: _____

Nº da Conta: _____

Telefone: _____

E-mail: _____

Ou () cheque nominal para ser retirado na Sede da Unimed Vertente do Caparaó.

Declaro que os dados bancários acima mencionados são de minha titularidade.

Declaro que o endereço acima informado corresponde ao meu endereço residencial.

Declaro que a Unimed Vertente do Caparaó Cooperativa de Trabalho Médico poderá fazer divulgação do meu nome, e manusear os exames e relatórios médicos, com finalidade de análise para o processo solicitado, tanto no âmbito ético quanto administrativo.

_____, _____ de _____ de _____.

Assinatura do cliente conforme documento apresentado
(responsável pelo plano Unimed)