

REGRAS PARA REEMBOLSO

Será garantido ao beneficiário o reembolso das despesas decorrentes dos atendimentos de urgência e emergência ocorridos na área de abrangência geográfica da cobertura contratual (Área em que a operadora de plano de saúde se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas), toda vez que não for possível a utilização dos serviços de Prestadores da Rede Assistencial deste Plano.

O beneficiário terá o prazo de 1 (um) ano para solicitar o reembolso, devendo para tanto apresentar à CONTRATADA os seguintes documentos:

1. Solicitação de reembolso através de preenchimento de formulário próprio a ser fornecido pela CONTRATADA;
2. Relatório do médico assistente, declarando o nome do paciente, descrição do tratamento e respectiva justificativa dos procedimentos de urgência ou emergência realizados, data do atendimento, e, quando for o caso, período de permanência no hospital e data da alta hospitalar;
3. Conta hospitalar discriminando materiais e medicamentos consumidos, com preço por unidade, juntamente com notas fiscais, faturas ou recibos do hospital;
4. Recibos individualizados de honorários dos médicos assistentes, auxiliares e outros, discriminando funções e o evento a que se referem;
5. Comprovantes relativos aos serviços de exames complementares de diagnósticos e terapia, e serviços auxiliares, acompanhados do pedido do médico assistente. Nota fiscal original. Na NF deve ser informado o CPF e CRM do médico, bem como endereço da clínica;
6. Cópia da Carteira do usuário;
7. Dados bancário do titular para depósito;
8. Cópia do Pedido Médico;
9. Justificativa para realização do exame fora da rede.

O reembolso será efetuado no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados a partir do recebimento da documentação completa pela CONTRATADA, com prazo de 02 (dois) dias para prévia análise da auditoria médica, e seu valor poderá ser praticado pela tabela do Sistema Unimed.