

# Orientações para o protocolo de reembolso



**Prezado(a) cliente,**

A Unimed Cascavel informa que a solicitação de reembolso é realizada **apenas pelo site [www.unimedcascavel.coop.br](http://www.unimedcascavel.coop.br)**. Clique em **Serviços > Solicitação de reembolso** ou acesse: **[www2.unimedcascavel.coop.br/reembolso](http://www2.unimedcascavel.coop.br/reembolso)**. Para **acompanhar os protocolos**, acesse: **[portal.unimedcascavel.coop.br/beneficiario](http://portal.unimedcascavel.coop.br/beneficiario)** e selecione **Informações > Meus protocolos**.

**1 • O prazo para análise de reembolso é de até 30 dias, conforme os moldes previstos em contrato.**

**Do reembolso:** É garantido ao beneficiário o reembolso das despesas decorrentes de procedimentos cobertos neste contrato caracterizados como de urgência ou emergência realizados por médicos e serviços não contratados ou credenciados, desde que respeitada a área de abrangência geográfica do contrato e que não tenha sido possível a utilização dos serviços cooperados ou credenciados.

**Parágrafo primeiro:** O reembolso de que trate este item será efetuado de acordo com os valores da TABELA UNIMED REFERÊNCIA vigentes na data do evento, no que se refere a honorários médicos, diárias e taxas hospitalares e TABELA REFERÊNCIA DO SISTEMA UNIMED PARA MATERIAIS E MEDICAMENTOS, vigentes na data do evento, considerando os preços médios de mercado desta tabela.

**Parágrafo segundo:** O beneficiário terá o prazo de um ano, contado a partir da data do evento, para solicitar o reembolso. Para tanto, é necessária a entrega da documentação descrita na próxima página.

**2 • Caso aprovado, o pagamento será realizado somente ao contratante do plano ou ao beneficiário atendido.**

**3 • Solicitação disponível apenas para beneficiários contratantes Unimed Cascavel (158).**

**Parágrafo terceiro:** Lembre-se de que seu processo de reembolso será avaliado somente se, diante de dificuldade de agendamento direto pelo guia médico da rede credenciada da Unimed, você tenha **contatado previamente a Central de Agendamentos**.

A Unimed Cascavel Cooperativa de Trabalho Médico poderá divulgar nome e manusear exames e relatórios médicos, com finalidade de análise para o processo solicitado, tanto no âmbito ético quanto administrativo. Após análise, sendo passível de reembolso, este será realizado de acordo com os critérios estabelecidos pela Unimed Cascavel citados no Item 1.

**Caso o processo seja indeferido (não autorizado), o beneficiário será comunicado por telefone ou e-mail (lembre-se de manter seu cadastro sempre atualizado).**

————— **DÚVIDAS OU INFORMAÇÕES:** —————

[www2.unimedcascavel.coop.br/faleconosco](http://www2.unimedcascavel.coop.br/faleconosco) | SAC 0800 041 4554 (24 horas)/WhatsApp: (45) 3220.7000

## Documentos mínimos obrigatórios

**Antes de começar, saiba quais documentos ter em mãos.**

### Instrumentação cirúrgica:

Nota fiscal, contendo	OU	Recibo ou Recibo de Profissional Autônomo, contendo:
Nome do procedimento cirúrgico realizado.		Nome, Coren, CPF e carimbo do instrumentador.
		Nome e CRM do médico que realizou a cirurgia.
Nome do beneficiário/paciente que realizou a cirurgia.		Nome do procedimento cirúrgico realizado.
		Número do recibo, data de emissão, valor nominal e por extenso..
Nome do local onde a cirurgia foi realizada (hospital/clínica).		Nome e CPF do pagador e do beneficiário/paciente.
		Nome do local onde a cirurgia foi realizada (hospital/clínica).
Data em que a cirurgia foi realizada.		Data em que a cirurgia foi realizada.
		Documento de descrição cirúrgica disponibilizado pelo hospital/clínica.
Documento de descrição cirúrgica disponibilizado pelo hospital/clínica.		Documento de descrição cirúrgica disponibilizado pelo hospital/clínica.

## Consultas:

Nota fiscal, contendo	OU	Recibo, contendo
Nome do beneficiário/paciente que realizou a consulta.		Nome do beneficiário/paciente que realizou a consulta.
Data em que a consulta foi realizada.		Data em que a consulta foi realizada.
Na descrição da NF, nome e CRM do profissional que realizou o atendimento.		Nome, CRM, carimbo, assinatura e CPF do profissional que realizou o atendimento.
Valor numérico.		Valor numérico e por extenso.

## Deslocamento:

- Lista de presença ou declaração de comparecimento.
- Comprovante de passagem de ônibus ou nota fiscal do combustível
- Ticket de pedágio (se houver).

## Cirurgias:

### • Notas fiscais, contendo

- Valor numérico.
- CPF ou CNPJ da instituição/profissional.
- Nome e CPF do beneficiário/paciente.
- Cópia do prontuário médico (disponibilizado pelo hospital/clínica).
- Descrição detalhada da despesa/procedimento.
- Carimbo e assinatura do profissional executante.
- Carimbo e assinatura dos profissionais que também atuaram na cirurgia (do cirurgião, do 1º até o 4º auxiliar, do instrumentador e do anestesista).

## Atendimento em pronto-socorro/internamento clínico ou psiquiátrico:

### • Notas fiscais, contendo

- Valor numérico.
- CPF ou CNPJ da instituição/profissional.
- Nome e CPF do beneficiário/paciente.

- Cópia do prontuário médico (disponibilizado pelo hospital/clínica).
- Descrição detalhada da despesa/procedimento.
- Carimbo e assinatura do profissional executante.

### **Exames:**

#### **• Notas fiscais, contendo**

- Nome completo do paciente.
- Discriminação individualizada dos exames realizados (nome do exame e valor cobrado).
- Valor numérico e por extenso.
- Pedido médico devidamente preenchido (com indicação clínica, assinatura e carimbo do profissional solicitante).

### **Profissionais não médicos (fonoaudiólogo, psicólogo, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional e nutricionista):**

#### **• Nota fiscal, recibo ou Recibo de Profissional Autônomo, contendo**

- Nome completo do paciente
- Nome do profissional executante
- Carimbo.
- Número de registro no conselho
- CPF ou CNPJ do profissional executante.
- Descrição detalhada da despesa (lista de presença assinada - profissional e paciente/responsável-, número de sessões realizadas, datas da realização das sessões e cópia do pedido médico da solicitação das sessões).

**Mais informações e/ou documentos podem ser solicitadas pela Cooperativa para análise do processo.**

 Se você tiver dificuldade para marcar atendimento com alguma especialidade, o primeiro passo é entrar em contato com a **Central de Agendamentos da Unimed**. Em caso de atendimento com médico/prestador que não esteja no guia médico,  **você não terá direito a reembolso**, já que o plano não tem a modalidade de livre escolha.

**Central de Agendamentos: (45) 3220-7066** (Horário comercial)

**SAC: 0800 041 4554** (24 horas)

# Portal do beneficiário



- Sugerimos a utilização dos navegadores **Firefox** e **Google Chrome**.
- No primeiro acesso, é **necessário criar usuário** com o **CPF do beneficiário que utilizou o serviço**, mesmo sendo dependente.

## Para novo cadastro:

Acesse o link [portal.unimedcascavel.coop.br/beneficiario/login](https://portal.unimedcascavel.coop.br/beneficiario/login), selecione “Cadastre-se” do lado direito da tela e preencha os dados solicitados para criar uma senha de acesso ao portal.

Unimed Cascavel

Bem-Vindo(a) ao módulo beneficiário

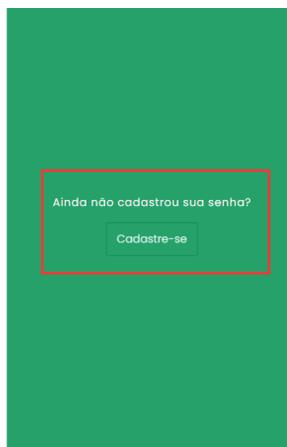
### Login

CPF

Senha

Entrar

Esqueceu sua senha?



Cadastro de Senha

CPF

Data de nascimento

Senha

Repetir a senha

Voltar

Cadastrar senha

✓ Cadastro realizado com sucesso!

Fechar

## Recuperação de senha:

Para recuperar a senha, acesse o link

[portal.unimedcascavel.coop.br/beneficiario/login](http://portal.unimedcascavel.coop.br/beneficiario/login) e selecione a opção

“Esqueceu sua senha?” abaixo do Login. Uma nova senha provisória será enviada ao e-mail cadastrado, e precisará ser atualizada ao acessar o portal.



**Unimed**  
Cascavel

Bem-Vindo(a) ao módulo beneficiário

### Login

CPF

Senha

**Entrar**

[Esqueceu sua senha?](#)



### Recuperação de Senha

CPF

**← Voltar** **Solicitar senha →**



Caso não tenha acesso ao e-mail cadastrado ou encontre dificuldades com o acesso, entre em contato com o SAC pelo link:

[www2.unimedcascavel.coop.br/faleconosco](http://www2.unimedcascavel.coop.br/faleconosco)

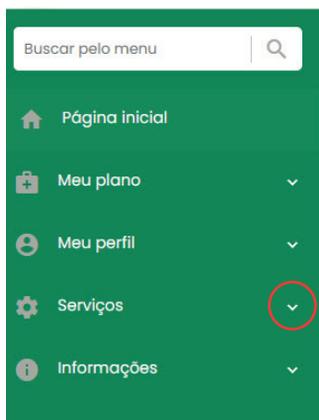
### ✉ Senha recuperada com sucesso!

Seu Login e Senha foram enviados para o email ("ad\*\*\*\*\*@gmail.com"). Caso o e-mail não esteja na sua caixa de entrada, verifique o lixo eletrônico/spam.

**Fechar**

## Solicitando o reembolso:

Ao acessar o portal, selecione a opção “**Serviços**” no menu à esquerda da página e escolha a categoria do seu reembolso: Deslocamento, instrumentação cirúrgica ou outros.



A página de orientações abrirá em uma janela pop-up. Caso não abra, autorize a exibição de pop-ups nas configurações do seu navegador.

Orientação para o protocolo de reembolso



Declaro que li e concordo com os Termos e Condições \*



Continuar

Para ser redirecionado ao formulário, é necessário ler as orientações, concordar com os Termos e Condições e clicar em “Continuar”.



**ATENÇÃO: Os campos abaixo NÃO precisam ser preenchidos:**

Procedimentos	▼
Taxas / Diárias	▼
Materials / Medicamentos	▼
OPME	▼

Depois de preencher o formulário, anexe a documentação e preencha os dados bancários. Você poderá concluir a solicitação clicando em "Enviar".

**Anexos**

Sem anexo\*

**Pagamento nominal**

Destinatário\* Beneficiários\*

Beneficiário Beneficiários

**Formas de recebimento**

Escolha a forma de pagamento\*

Escolha a forma de pagamento

**Valores para recebimento**

Valor solicitado\* Possui nota fiscal?\*

Valor solicitado Sim Nº da nota fiscal\*

Nº da nota fiscal

Estou cliente em relação ao prazo e a documentação necessária.\*

Enviar

**Formas de recebimento**

Escolha a forma de pagamento\*

DEPÓSITO BANCÁRIO

**Autorizado pagamento**

Titular da Conta\* Tipo de pessoa titular CPF

Titular da Conta Física CPF

**Dados bancários**

Tipo de conta\* Banco\* Agência\* Conta Corrente\*

Tipo de conta Banco Agência Conta Corrente

**Valores para recebimento**

Valor solicitado\* Possui nota fiscal?\*

Valor solicitado Sim Nº da nota fiscal\*

Nº da nota fiscal

Estou cliente em relação ao prazo e a documentação necessária.\*

Enviar

Assim que gerar o número de protocolo, sua solicitação terá sido registrada com sucesso.

**Siga-nos e fique por dentro!**

   @unimedcascavel

[www.unimedcascavel.coop.br](http://www.unimedcascavel.coop.br)

**Unimed**   
Cascavel

**Sede**

Rua Barão do Cerro Azul, 594  
85802-050 - Centro - Cascavel - PR  
T. (45) 3220-7000

**SAC 0800 041 4554**

Deficientes Auditivos 0800 642 2009

**ANS - nº 370070**