

## FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO

### 1. **IMPORTANTE**

Informamos que o reembolso não é de livre escolha. Caso necessite de atendimento e não localize na rede credenciada, deverá entrar em contato antes com a Operadora, para que seja feita a garantia de atendimento, conforme previsto na RN 566 da ANS. O contato poderá ser realizado pelo número 0800 642 2209, da Unimed Maranhão do Sul.

### 2. **ORIENTAÇÕES**

Envie seu Formulário de Pedido de Reembolso completamente preenchido e acompanhado de todos os documentos (caso não seja enviado conforme orientações, ou não esteja legível, a documentação não será aceita).

E-mail para solicitação: [reembolso@unimedmaranhaodosul.coop.br](mailto:reembolso@unimedmaranhaodosul.coop.br).

O Reembolso só poderá [ser solicitado pelo contratante do plano ou](#) representante legal

(documentos que comprovem parentesco ou procuração devidamente autenticada

O atendimento de urgência é aquele decorrente de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional. O atendimento de emergência é aquele que implicar risco imediato de morte ou de lesões irreparáveis para o paciente. Este último necessita de apresentação da solicitação do médico que prestou o atendimento.

Prazo de análise da solicitação de reembolso é de 30 (trinta) dias, a contar da entrega da documentação completa e correta para a Unimed.

Prazo para solicitação de reembolso: 12 (doze) meses após o pagamento dos procedimentos realizados.

A solicitação de reembolso deve estar acompanhada de todos os documentos necessários à comprovação do atendimento e das despesas.

Observe que você é responsável por manter a documentação original (recibos médicos, notas fiscais

etc.), cujas cópias nos forem enviadas, já que nos reservamos o direito de solicitar os documentos/recibos originais de apoio em até 12 (doze) meses após o pagamento dos pedidos de reembolso, por razões de controle e prevenção a fraudes.



**Documentos a serem anexados ao Formulário preenchido e assinado pelo contratante do plano.**

- Reembolso de Consulta: Nota fiscal e relatório médico (informando o motivo do atendimento).
- Reembolso de Passagens: Tickets/nota fiscal das passagens e relatório médico, informando o motivo do atendimento.
- Reembolso de Exames: Nota fiscal (com descrição dos exames), pedido médico e resultados de exames.
- Reembolso de serviços médicos prestados/hospitalares: Nota fiscal com discriminação dos serviços, detalhamento dos custos realizados e valores unitários de cada item e relatório médico.
- Reembolso serviços anestésicos: Necessário prescrição médica, Boletim anestésico com cópia da folha de registro dos procedimentos realizados e nota fiscal.
- Reembolso Terapia: Relatório médico, descrição da realização das terapias (informando nome do paciente, tipo de terapia, quantidade, data , hora, assinatura do responsável e assinatura do profissional).



**DADOS DO BENEFICIÁRIO ATENDIDO**

Nome do Beneficiário	Código do Beneficiário (carteirinha do Plano) 098
----------------------	--

**DADOS DO ATENDIMENTO**

REALIZOU CONTATO PRÉVIO COM A UNIMED SOLICITANDO ATENDIMENTO? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Nº DO PROTOCOLO DE ATENDIMENTO
DATA DO ATENDIMENTO	CARÁTER DO ATENDIMENTO <input type="checkbox"/> Eletiva <input type="checkbox"/> Urgência/Emergência
TIPO DE ATENDIMENTO <input type="checkbox"/> Consulta <input type="checkbox"/> Exame <input type="checkbox"/> Internação <input type="checkbox"/> Terapia/Sessão <input type="checkbox"/> Passagem <input checked="" type="checkbox"/> Outros	VALOR TOTAL DAS DESPESAS  R\$

MOTIVO DO ATENDIMENTO EM CARÁTER PARTICULAR

Falta de Rede Credenciada.

Livre escolha.

Necessitei de atendimento de urgência ou emergência, mas não foi possível utilizar a rede de prestadores do plano de saúde.

Necessitei de atendimento eletivo, mas não existia profissional na rede que realizasse o serviço/procedimento.

Estava cumprindo carência para o serviço/procedimento.

Outro motivo.

Justificativa:

---

---

---

---

---

Obs.:

---

---

---



**DADOS DE CONTATO**

NOME DO CONTATO	
TELEFONE (    )	E-MAIL

**DADOS DE PAGAMENTO**

NOME DO TITULAR DA CONTA*		CPF
NOME DO BANCO	Nº DO BANCO	AGÊNCIA
Nº DA CONTA	TIPO DE CONTA [ ] Corrente [    ] Poupança	
CHAVE PIX:    TELEFONE <input type="checkbox"/> CPF/CNPJ <input type="checkbox"/> EMAIL <input type="checkbox"/> ALEATÓRIA <input type="checkbox"/>		
Outras informações:		



**\*Dados do contratante do plano.**

• **SIGILO MÉDICO E PROTEÇÃO DE DADOS**

A Unimed Maranhão do Sul, operadora de plano de saúde e cooperativa médica, observa a legislação relativa ao sigilo médico.

A Unimed Maranhão do Sul poderá realizar o tratamento dos seus dados pessoais no todo ou em parte, e compartilhar com outras operadoras do Sistema Unimed, rede de prestadores e profissionais da saúde, exclusivamente com o propósito do cumprimento contratual para resguardar a cobertura assistencial contratada e análise do reembolso.

• **DECLARAÇÃO DO BENEFICIÁRIO**

Declaro que este Formulário de Pedido de Reembolso não contém informações falsas, enganosas ou incompletas. Entendo que caso este pedido de reembolso seja fraudulento, em parte ou por inteiro, serei responsabilizado civil e criminalmente.

Concordo em renunciar a quaisquer direitos que eu possa ter sobre o sigilo ou confidencialidade em relação às informações médicas a meu respeito e autorizo meus médicos, profissionais da saúde e qualquer estabelecimento médico competente a fornecer informação sobre minha saúde, se solicitado pela Unimed Maranhão do Sul, seus profissionais da saúde e seus representantes, para fins de avaliação do pedido de reembolso.

\_\_\_\_\_ ( ) de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Beneficiário ou Representante Legal

