

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO

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.

ORIENTAÇÕES

Envie seu “Formulário de Solicitação de Reembolso” preenchido e acompanhado de todos os documentos. Caso não seja enviado conforme orientações, ou não esteja legível, a documentação não será aceita.

A solicitação do pedido de reembolso deve ser feita pelo site institucional da Unimed Maranhão do Sul. O link de acesso direto é: unimedmaranhadosul.coop.br e o e-mail para acompanhar a solicitação é o reembolso@unimedmaranhadosul.coop.br.

O reembolso só poderá ser solicitado pelo contratante do plano ou representante legal (documentos que comprovam parentesco ou procuração devidamente autenticada).

O atendimento de urgência é aquele decorrente de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional. Já o de emergência, é aquele que implica risco imediato de morte ou de lesões irreparáveis ao paciente. Este último requer a apresentação da solicitação pelo médico que realizou o atendimento.

Prazo de análise da solicitação de reembolso é de trinta dias, a contar da entrega da documentação completa e correta para a Unimed Maranhão do Sul.

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



A solicitação de reembolso deve ser acompanhada de todos os documentos necessários para comprovar o atendimento e as despesas. O solicitante é responsável por manter a documentação original, como recibos médicos e notas fiscais, cujas cópias nos forem enviadas. Reservamo-nos o direito de solicitar os documentos/recibos originais de apoio em até doze meses após o pagamento dos pedidos de reembolso, por razões de controle e prevenção de 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? ☐ Sim ☐ Não		Nº DO PROTOCOLO DE ATENDIMENTO:
DATA DO ATENDIMENTO:	CARÁTER DO ATENDIMENTO: ☐ Eletiva ☐ Urgência/Emergência	
TIPO DE ATENDIMENTO: ☐ Consulta ☐ Exame ☐ Internação ☐ Terapia/Sessão ☐ Passagem ☒ 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 ☐ CPF/CNPJ ☐ EMAIL ☐ ALEATÓRIA ☐		
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 Solicitação 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

