



DIRETRIZES PARA SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO PELOS BENEFICIÁRIOS

Na eventualidade de haver indisponibilidade ou inexistência de rede da Unimed JM, o beneficiário DEVERÁ em quaisquer casos entrar em contato com a Unimed, por meio de seus canais de atendimento ao cliente, para informar a necessidade de assistência, nos termos previstos na RESOLUÇÃO NORMATIVA ANS Nº 566/ 2022 para que esta indique prestador apto a realizar o procedimento.

1. ORIENTAÇÕES GERAIS SOBRE O REEMBOLSO:

1.1 REEMBOLSO NOS CASOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

A Unimed-JM assegurará o reembolso, nos limites das obrigações contratuais, das despesas efetuadas pelo beneficiário com assistência à saúde, nos casos exclusivos de urgência ou emergência quando o beneficiário não conseguir utilizar a rede contratada, credenciada ou referenciada da Unimed JM, cujo valor a ser reembolsado será o de tabela praticada pela Unimed¹, observado os limites das obrigações contratuais. Ou seja, observada a área de abrangência geográfica e atuação do plano e as disposições previstas na RN 259/2011.

Para que haja o reembolso, os serviços devem ter sido prestados dentro do território nacional e deve haver a comprovação, que **não** foi possível a utilização de serviços próprios, contratados ou credenciados pelo Sistema Unimed.

Sobre o valor a ser reembolsado, **será descontado o valor de coparticipação** devido de acordo com o plano contratado e em conformidade com o contrato celebrado.

Nota: A área de abrangência e atuação do plano consta no contrato do plano de saúde, no cartão de identificação e no site da ANS em <https://www.ans.gov.br/ConsultaPlanosConsumidor/>

Deve haver a comprovação da situação de urgência e emergência declarada expressamente pelo médico assistente, bem como a apresentação de documentos listados no contrato e nesta diretriz.

Não haverá reembolso de procedimentos realizados em hospital de tabela própria/alto custo mesmo que credenciados pelo Sistema Unimed. A lista de tais hospitais é atualizada periodicamente e disponibilizada no site da Unimed JM em <https://www.unimed.coop.br/site/documents/4567077/0/Hospital.pdf/251872ba-7832-6b11-e40d-e1c236721efb?t=1667331361090&download=true>.

¹ A tabela de valores pode ser acessada através do canal do beneficiário [https://portalbeneficiario.sgusuite.com.br/acessar/na_aba_Solicitações -> Documentos -> Tabela de Preço Unimed](https://portalbeneficiario.sgusuite.com.br/acessar/na_aba_Solicitações_-_Documentos_-_Tabela_de_Preço_Unimed).



1.2 – REEMBOLSO EM ATENDIMENTOS ELETIVOS PREVIAMENTE AUTORIZADOS PELA UNIMED JM

Nos casos em que o beneficiário estiver fora da área de ação da Unimed JM, ou seja fora dos municípios de João Monlevade, Alvinópolis, Bela Vista de Minas, Dionísio, Dom Silvério, Nova Era, Rio Piracicaba, São Domingos do Prata, São Gonçalo do Rio Abaixo e São José do Goiabal, porém dentro da área de abrangência geográfica e atuação do plano de saúde, mediante solicitação prévia e autorização da Unimed JM, poderá haver o reembolso de procedimentos realizados, nos casos de impossibilidade comprovada de atendimento nos serviços credenciados do Sistema Unimed.

Não haverá pagamento de reembolso de procedimentos eletivos (programados), sem o prévio contato e aprovação da Unimed JM

2. INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- 2.1 É necessário o contato prévio com a UNIMED-JM através da central 3851-4888 (ramais 200,201,203 ou 241) para verificar a existência e/ou disponibilidade de prestadores de serviços próprios, contratados ou credenciados pelo Sistema Unimed, de acordo com a abrangência geográfica e atuação do plano, dentro do território nacional, principalmente após qualquer dificuldade com o guia médico do app Unimed Cliente;
- 2.2 O prazo para realização do reembolso é de 30 dias, contados à partir da apresentação da documentação obrigatória completa à UNIMED-JM;
- 2.3 A Unimed JM poderá solicitar, a qualquer momento, informações e/ou a apresentação de novos documentos se julgar necessário;
- 2.4 O pagamento do reembolso será realizado através de cheque nominal, sendo este depositado em conta bancária (poupança ou corrente) de titularidade do beneficiário, considerando que a conta não poderá ser de bancos virtuais. Caso o cliente não possua conta bancária, o cheque poderá ser retirado na sede da Unimed-JM junto ao Setor Financeiro;
- 2.5 Sobre o valor a ser reembolsado, **será descontado o valor de coparticipação** devido de acordo com o plano contratado e em conformidade com o contrato celebrado.
- 2.6 É permitida a emissão de procuração com firma reconhecida em cartório por parte do favorecido (responsável pelo plano), autorizando o depósito na conta de terceiros;

3. SITUAÇÕES EM QUE O REEMBOLSO SERÁ INDEFERIDO

- 3.1 Procedimento realizado não possui cobertura contratual e não consta no Rol da ANS;
- 3.2 Nota fiscal e/ou Recibos de despesas que não estejam ligados a despesas médicas;
- 3.3 Documentos rasurados ou sem informações sobre o serviço realizado;
- 3.4 Falta de comprovação de contato prévio com a Unimed-JM, para tratativa de busca de rede credenciada;
- 3.5 Atendimento em hospitais e serviços de tabela própria ou nos hospitais e serviços de alto custo divulgados.

4. PRAZO

O beneficiário terá até 12 (doze) meses para solicitação de abertura do processo de reembolso, contados a partir da data do recibo/nota fiscal, cujo reembolso ocorrerá no prazo de 30 dias contados do envio da documentação completa.

5. 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:

- 5.1 Preenchimento do Formulário de Solicitação de Reembolso, justificando a realização do procedimento em caráter particular no campo “Detalhamento do Ocorrido”;
- 5.2 Cópia dos documentos de CPF e carteira de identidade ou documento com foto do beneficiário. Caso seja menor de idade, apresentar também cópia de documentos do responsável legal;
- 5.3 Informação de dados bancários do beneficiário ou responsável legal (em caso de menor de idade);

6. DOCUMENTOS ORIGINAIS NECESSÁRIOS PARA CADA TIPO DE ATENDIMENTO:

6.1 Consulta Médica:

Recibo ou Nota Fiscal Original, contendo obrigatoriamente:

- I. Nome e CPF do beneficiário atendido;
- II. Data do Atendimento;
- III. Valor unitário e total, de cada consulta;
- IV. Nome completo do médico, CPF, CRM e especialidade do profissional responsável pelo atendimento;
- V. Endereço completo e telefone do local de atendimento;
- VI. Descrição do serviço realizado.

Importante:

- a) Consulta médica somente terá cobertura, se realizada por profissional inscrito do CRM e especialidade reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina.
- b) A Nota Fiscal emitida por Pessoa Jurídica deverá conter o nome da Pessoa Física prestadora para a devida confirmação da cobertura do serviço.
- c) Autorização prévia da Unimed JM e realização fora da área de ação da Unimed JM, prevista no item 1.2 deste documento.

6.2 Atendimento com Profissional Não Médico (Fonoaudiólogo, psicólogo, nutricionista, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta):

- I. Pedido médico com CID (preenchido pelo médico solicitante);
- II. Recibo ou nota fiscal, deverão obrigatoriamente conter:
 - a) Nome e CPF do beneficiário atendido;
 - b) Datas dos atendimentos e número de sessões realizadas;
 - c) Carimbo e assinatura do profissional executante.
 - d) Autorização prévia da Unimed JM e realização fora da área de ação da Unimed JM, prevista no item 1.2 deste documento.

Nota: Em relação ao atendimento com profissional nutricionista é necessário comprovação do cumprimento da Diretriz de Utilização do rol de procedimentos, bem como o número de sessões previstas.

6.3 Exames:

- I. Pedido médico;
- II. Recibo ou nota fiscal, deverão obrigatoriamente conter:
 - a) Nome e CPF do beneficiário atendido;
 - b) Data do Atendimento;
 - c) Valor unitário e total cobrado de cada exame;
 - d) Descrição do serviço realizado (nome de cada exame);
 - e) Endereço completo e telefone do local de atendimento; nº do CNPJ

- f) Autorização prévia da Unimed JM e realização fora da área de ação da Unimed JM, prevista no item 1.2 deste documento.

Nota: O procedimento com cobertura no rol e no contrato que houver diretriz de utilização, para fins de reembolso será necessário comprovação do cumprimento da diretriz pelo beneficiário.

6.4 Internação ou Despesas Ambulatoriais e Cirúrgicas (Sendo o caráter de Urgência/Emergência ou Eletivo):

- I. Relatório médico (declaração médica informando o quadro clínico do paciente com CID, e justificativa para a realização do procedimento), inclusive com o caráter de urgência e emergência e data;
- II. Data do atendimento e período de permanência no local;
- III. 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;
- IV. Recibo ou nota fiscal individualizado (carimbado e assinado pelo profissional), de honorários dos médicos assistentes, auxiliares e outros, discriminando as funções e o evento a que se referem, dados cadastrais do paciente, CNPJ da instituição.
- V. Nota: Próteses e Órteses (OPME): justificativa para a solicitação do material, Nota Fiscal original do Fornecedor/ Distribuição/ Fabricante, o nome e CNPJ do emitente, data da emissão, nome do paciente, valor pago, descrição do material, marca, código ANVISA, modelo e fabricante, bem como comprovante de pagamento.
- VI. Em caso de parto (cesárea/normal), em cumprimento a Resolução Normativa - RN 368, há a obrigatoriedade do envio do partograma, relatório médico detalhado e/ou termo de consentimento.

6.5 Honorário Médico :

- I. Recibo ou nota fiscal, deverão obrigatoriamente conter:
 - a) Nome e CPF do beneficiário atendido;
 - b) Data do Atendimento;
 - c) Carimbo do profissional, assinatura e número do CRM;
 - d) Discriminação das funções e o evento a que se referem.

6.6 Remoção por Ambulância:

- I. Solicitação/justificativa médica para a remoção especificando quadro clínico do paciente;



- II. Relatório da remoção, informando a quilometragem percorrida, tipo de ambulância (ambulância básica, UTI) e local de partida e de destino.

7. ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA

Os documentos poderão ser entregues através das seguintes opções:

Presencialmente:

Rua Florianópolis - Nº 27 - Carneirinhos - CEP: 35.930-018 - João Monlevade, MG.

Correio Eletrônico:

200.atendimento@unimedjm.coop.br

8. ACOMPANHAMENTO DA SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO

O beneficiário poderá realizar o acompanhamento da solicitação por meio do seguinte canal:

Correio Eletrônico: 200.atendimento@unimedjm.coop.br ;

Telefone: (31) 3851-4888 (ramais 200,201,203 ou 241).

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

Assinatura do beneficiário (responsável pelo plano Unimed)