

SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO SEGUROS SAÚDE CHECK LIST

Observe os documentos necessários de acordo com o procedimento realizado antes de preencher o formulário de Reembolso, evitando assim, a devolução do pedido por motivos de informações ou documentações incompletas.

Procedimento	Documentos Necessários		
	Recibo (Original)	Nota Fiscal (Original)	Pedido/Relatório Médico (CRM) Original
Consulta Médica	Deve constar: Nome completo do paciente, especialidade, descrição do procedimento, data de atendimento, valor numérico e por extenso, nome do médico, CRM, CPF, assinatura, carimbo do médico e telefone do local de atendimento.	Deve constar: Nome e CNPJ da entidade prestadora, nome completo do paciente, especialidade, descrição do procedimento, data de atendimento, valor numérico e por extenso, nome do médico, CRM, CPF, assinatura e carimbo do médico. Nota fiscal deve conter quitação.	-
Sessão de psicoterapia, Terapia Ocupacional, Fonoaudiologia e Escleroterapia	Deve constar: Datas de realização das sessões, nome completo do paciente, descrição do procedimento, valor numérico e por extenso, nome e carimbo do profissional executante, CPF e número do registro no conselho.	Deve constar: Nome e CNPJ da entidade prestadora, datas de realização das sessões, nome completo do paciente, especialidade, descrição do procedimento, data de atendimento, valor numérico e por extenso, número do registro no conselho, assinatura, nome e carimbo do profissional executante. Nota fiscal deve conter quitação.	Deve constar : Nome completo do paciente, data de emissão, indicação clínica e ou diagnóstico (CID). O mesmo é válido por um ano a contar da data da vigência do plano (aniversário contrato). Obs.: Relatório médico deverá ser atualizado a cada ano.
FISIOTERAPIAS EM GERAL - RPG – HIDROTERAPIA	Deve constar: Datas de realização das sessões, nome completo do paciente, descrição do procedimento, valor numérico e por extenso, CPF, nome, número do registro no conselho, carimbo e assinatura do profissional executante.	Deve constar: Nome e CNPJ da entidade prestadora, datas de realização das sessões, nome completo do paciente, especialidade, descrição do procedimento, data de atendimento, valor numérico e por extenso, nome do fisioterapeuta, número do registro no conselho, CPF, assinatura e carimbo do profissional executante. Nota fiscal deve conter quitação.	Deve constar : nome completo do paciente, data de emissão, indicação clínica e ou diagnóstico (CID), assinatura e carimbo do médico solicitante. O mesmo é válido por três meses. Obs.: Relatório médico contendo a evolução da patologia, deverá ser atualizado a cada 3 meses. Não é válido pedido emitido por fisioterapeuta.
Exames (Laboratoriais, Radiológicos)	Deve constar: Nome completo do paciente, especialidade, descrição dos exames realizados e valores individuais, data de atendimento, valor numérico e por extenso, nome do médico, CRM, CPF, assinatura, carimbo do médico e telefone do local de atendimento.	Deve constar: Nome completo do paciente, discriminação individualizada dos exames realizados (nome do exame e valor cobrado), valor numérico e por extenso. Nome do médico, CRM, CPF, assinatura, carimbo do médico Nota fiscal deve conter quitação.	Deve constar : nome completo do paciente, data de emissão, indicação clínica e ou diagnóstico (CID), descrição dos exames solicitados, carimbo e assinatura do médico solicitante.
PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS (CIRUGIAS DE PEQUENO PORTE)	Deve constar: Nome completo do paciente, especialidade, descrição do procedimento realizado, data de atendimento, valor numérico e por extenso, nome do médico, CRM, CPF, assinatura e carimbo do médico.	Deve constar: Nome e CNPJ da entidade prestadora, nome completo do paciente, especialidade, descrição do procedimento, data de atendimento, valor numérico e por extenso, CRM, CPF, assinatura, nome e carimbo do médico. Nota fiscal deve conter quitação.	Deve constar : Informar no pedido médico descrição detalhada das lesões e procedimentos realizados para cada uma. Enviar laudo de anátomo patológico (se houver).
INTERNAÇÃO - HONORÁRIOS MÉDICOS E DESPESAS HOSPITALARES	Honorários Médicos : Recibo deve constar: Nome completo do paciente, especialidade, descrição do procedimento, data de atendimento, valor numérico e por extenso, CPF, CRM, nome completo, carimbo, assinatura do profissional executante e atuação na cirurgia (cirurgião, 1º, 2º, 3º, 4º auxiliar, instrumentador, anestesista).	Honorários Médicos: Deve constar: Nome e CNPJ da entidade prestadora, nome completo do paciente, descrição do procedimento, valor numérico e por extenso, data da realização da cirurgia. Discriminação dos profissionais participantes na cirurgia (nome, CPF, CRM e atuação (cirurgião, 1º, 2º, 3º, 4º auxiliar, instrumentador, anestesista). Despesas hospitalares: Data de internação e data da alta, discriminação das despesas hospitalares (diárias, materiais, medicamentos e taxas, discriminar itens e valores unitários). Nota fiscal deve conter quitação.	Relatório Médico: Deve constar : Nome completo do paciente, data de emissão, diagnóstico, quadro clínico e cirurgia realizada, tempo de evolução da doença, data de internação e alta, carimbo e assinatura do médico (CRM). Obs.: Se o atendimento for clínico, necessário relatório médico com o diagnóstico, quadro clínico, especialidade e quantidade de visitas cobradas.
PARTO CESÁREA/NORMAL	Honorários Médicos: Recibo deve constar: Nome completo do paciente, especialidade, descrição do procedimento, data de atendimento, valor numérico e por extenso, nome do médico, CRM, CPF, assinatura, carimbo do médico e atuação na cirurgia (cirurgião, 1º auxiliar, instrumentador, anestesista).	Nome completo do paciente, descrição do procedimento, valor numérico e por extenso, data da realização da cirurgia. Discriminação dos profissionais participantes (nome, CPF, CRM e atuação na cirurgia (cirurgião, 1º auxiliar, instrumentador, anestesista). Nota fiscal deve conter quitação.	Em cumprimento à Resolução Normativa (RN 368), há a obrigatoriedade do envio do partograma, relatório médico detalhado e/ou termo de consentimento.

INFORMAÇÕES

- 1 - Prazo para análise: Consultas médicas: 05 dias úteis e 10 dias úteis para demais procedimentos a partir da chegada na Seguradora.
- 2 - Para análise e pagamento do reembolso referente às despesas **cobertas contratualmente**, é necessário a **entrega da documentação completa para a Seguradora**. Deverão ser verificados os documentos necessários para cada procedimento, conforme check-list. **A Seguros Unimed poderá solicitar documentos ou informações complementares, se necessário.**
- 3 - **Reanálises:** Para casos de solicitação de documentação complementar pela Seguradora, o segurado poderá encaminhar pelos seguintes meios: Site (<http://www.segurosunimed.com.br/institucional/contatos/faleconosco>), pessoalmente na matriz, Escritórios Regionais ou pelos Correios. Para mais informações, acesse: <http://www.segurosunimed.com.br/servicos/formulario-reembolso.html>
- 4 - Para sua segurança, mantenha uma cópia dos documentos enviados.
- 5 - Informe seu número de celular a cada formulário de reembolso enviado.
- 6 - Você receberá via SMS, uma notificação sobre o status do seu pedido de reembolso (recebimento, pagamento).
- 7 - Caso seu pedido de reembolso não seja aceito, os documentos originais serão encaminhados para Área de Recursos Humanos de sua empresa ou corretora responsável, para devolução.

Importante

De acordo com as condições gerais da apólice, a seguradora está autorizada a solicitar a médicos, hospitais e serviços correspondentes todas as informações necessárias para qualquer assunto que se relacione aos documentos apresentados, inclusive prontuários médicos. A não autenticidade dos documentos apresentados ou omissão de qualquer informação prestada, na tentativa de obter vantagem indevida do seguro, como por exemplo, o desdobração de recibos, recibos de atendimento de outras pessoas que não seguradas emitido em nome de segurados, recibos falsos ou adulterados e outras irregularidades, constituem fraude contra o seguro e podem resultar na perda do direito ao reembolso e cessação automática da cobertura individual, sem prejuízo da adoção das demais medidas cabíveis ao caso. **O prazo para solicitação de reembolso é de 01 (hum) ano, à contar da data exposta no documento fiscal (recibo ou nota fiscal), conforme artigo 206, inciso II, alínea B do Código Civil Brasileiro.**

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO SEGUROS SAÚDE

Número da Carteirainha	E-mail
Nome do Segurado Titular	Telefone de contato com DDD
Empresa	Telefone Celular com DDD

Informações sobre o atendimento

Paciente (s)	Nº carteirainha do dependente (Paciente)	Prestador	Nº Conselho	Valor Total (R\$)

Dados Para Crédito

Atenção: Verifique com precisão os dados da conta para depósito, preencher os campos abaixo com as informações corretas e legíveis.

O não preenchimento isenta a Seguros Unimed de qualquer transtorno decorrente da não efetivação do mesmo. Em caso de estorno, o pagamento está sujeito a atraso. O reembolso será creditado conforme opção escolhida, desde que os dados sejam do segurado titular do plano ou do dependente atendido (paciente). **Não é válido conta-salário.**

Segurado titular falecido – Encaminhar certidão de óbito e termo de inventariante.

() Autorizo o envio de SMS para o celular informado no formulário de reembolso.

<input type="checkbox"/>	Conta Corrente	Banco	<input type="text"/>	CPF do titular da conta bancária	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Conta Poupança	Agência	<input type="text"/>		
<input type="checkbox"/>	Ordem de Pagamento	Conta	<input type="text"/>		

_____, ____ de _____ de 20____.

ASSINATURA DO CIENTE

Observação

PROTOCOLO (uso exclusivo da Seguradora)

Nome do segurado	
Data de entrega: Qtd recibos: Vlr total:	

Unimed Seguradora S/A - CNPJ/MF: 92.863.505/0001-06

Alameda Ministro Rocha Azevedo, 366 - Cerqueira César - CEP: 01410-901-São Paulo

Atendimento Nacional: 0800-016-6633

Atendimento ao Deficiente Auditivo: 0800-770-3611

Ouvidoria: acesse www.segurosunimed.com.br/ouvidoria ou ligue 0800 001 2565

www.segurosunimed.com.br

ANS - nº 00.070-1