

ORIENTAÇÕES PARA PEDIDO DE REEMBOLSO

A UNIMED-BH assegurará o reembolso, nos limites das obrigações contratual, das despesas efetuadas pelo beneficiário com assistência à saúde, nos casos exclusivos de urgência ou emergência, dentro do território nacional, quando, comprovadamente, não for possível a utilização de serviços próprios, contratados ou credenciados pelo Sistema Unimed, exceto nos hospitais e serviços de tabela própria ou nos hospitais e serviços de alto custo. O beneficiário também poderá utilizar o serviço de reembolso quando não houverem prestadores de serviços próprios, contratados ou credenciados pelo Sistema Unimed.

Só serão reembolsáveis as despesas vinculadas diretamente ao evento que originou o atendimento ao beneficiário.

Para solicitar reembolso de despesas médicas e/ou hospitalares é necessário apresentar os seguintes documentos e formulários:

DOCUMENTAÇÃO OBRIGATÓRIA PARA TODAS AS SOLICITAÇÕES:

- Formulário de Solicitação de Reembolso de Procedimentos Médicos (ABAIXO);
- Cópia do cartão Unimed-BH (CLIENTE ATENDIDO);
- Cópia da carteira de identidade (TITULAR);
- Cópia do comprovante de dados bancários (TITULAR. Caso o titular seja menor de idade, o comprovante deve estar em nome de quem assinou o contrato)
- CPF (Inclusive para menores de idade)

DOCUMENTOS ORIGINAIS NECESSÁRIOS PARA CADA TIPO DE ATENDIMENTO:

CONSULTA MÉDICA

- Recibo (carimbado e assinado pelo profissional);

ATENDIMENTO COM PROFISSIONAL NÃO MÉDICO (Fonoaudiólogo, psicólogo, nutricionista, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta);

- Pedido médico com CID (preenchido pelo médico solicitante);
- Recibo (carimbado e assinado pelo local ou profissional) ou nota fiscal (devidamente preenchido e carimbado pelo profissional não médico, informando as datas das sessões realizadas);
- Relatório do profissional executante, informando o tipo de atendimento realizado.

EXAMES

- Pedido médico;
- Nota fiscal (informando nome e valor de cada exame).

INTERNAÇÃO OU DESPESAS AMBULATORIAIS (urgência/emergência ou não)

- Relatório médico (declaração médica informando o quadro clínico do paciente com CID, e justificativa para a realização de determinado(s) atendimento(s));
- Período de permanência no local; · Recibo (carimbado e assinado pelo local ou profissional) ou Nota Fiscal;
- Conta hospitalar detalhada, discriminando procedimentos, materiais, medicamentos consumidos com preço por unidade;

- Comprovantes relativos aos serviços de exames laboratoriais, de radiodiagnóstico e serviços auxiliares, acompanhado do pedido médico;
- Recibos individualizados (carimbado e assinado pelo local ou profissional) de honorários dos médicos assistentes, auxiliares e outro, discriminando as funções e o evento a que se referem.

HONORÁRIO MÉDICO

- Recibo (carimbado e assinado pelo local ou profissional) ou Nota Fiscal individualizados de honorários dos médicos assistentes, auxiliares e outros, identificando o profissional (Nome, CPF, número do conselho profissional), discriminando as funções e o evento a que se referem.

REMOÇÃO POR AMBULÂNCIA

- Solicitação/justificativa médica para a remoção especificando quadro clínico do paciente;
- Relatório da remoção, informando a quilometragem percorrida, tipo de ambulância (ambulância básica, UTI, etc.) e local de partida e de destino.

ORIENTAÇÕES IMPORTANTES

- O prazo para retorno do processo é de 30 dias, contados após a apresentação da documentação obrigatória completa à CACR - Comissão de Avaliação e Concessão de Reembolso;
- A CACR poderá solicitar, a qualquer momento, a apresentação de novos documentos se julgar necessário;
- Se o cliente não possuir conta bancária (corrente ou poupança), o reembolso será realizado através de cheque nominal;
- É permitida a emissão de procuração por parte do Favorecido, com firma reconhecida em cartório, concedendo poderes de recebimento a terceiros.

ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO

CLIENTE DE CONTRATO INDIVIDUAL Caso o contrato do plano de saúde seja firmado diretamente com a Unimed-BH:

Carta: Av. Francisco Sales, 1483, Santa Efigênia, CEP: 30150-221 Belo Horizonte, MG

Presencialmente: BELO HORIZONTE: Av. Francisco Sales, 1483, Santa Efigênia, CEP: 30150-221 Belo Horizonte, MG BETIM: Avenida Governador Valadares, 454 – Centro, CEP: 32.510-010 Betim, MG

CLIENTE DE CONTRATO EMPRESARIAL Caso o contrato do plano de saúde seja firmado por uma empresa:

RH da empresa;

Carta: Av. Francisco Sales, 1483, Santa Efigênia, CEP: 30150-221 Belo Horizonte, MG;

Presencialmente:

BELO HORIZONTE: Av. Francisco Sales, 1483, Santa Efigênia, CEP: 30150-221 Belo Horizonte, MG;

BETIM: Avenida Governador Valadares, 454 – Centro, CEP: 32.510-010 Betim, MG.

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

Assinatura do cliente

