



www.unimedne.com.br
 Avenida Carneiro da Cunha, 64
 58.040-240 - Torre - João Pessoa - PB
 T. (83) 3048 - 2700



Solicitação de Reembolso

EM RECUPERAÇÃO JUDICIAL

Identificação (Preencher com letra legível, preferencialmente Caixa Alta OU letra de "FORMA")

Nome da Empresa (Contrato)				Data de Recebimento (Preenchimento UNIMED)	
				Numero de Protocolo:	
Nome do Titular				Código do Cartão do Titular (obrigatório)	
Nome do beneficiário se diferente do titular				Fone:	
Endereço Residencial (Uso obrigatório do CEP)				E-mail:	
Nome do Banco	Nº Banco	Agencia	Conta	Conta-corrente: <input type="checkbox"/>	CPF (Obrigatório da conta- corrente)
				Conta poupança: <input type="checkbox"/>	

Dados do Comprovante

Nome do Paciente	Descrição do Serviço - Código do Procedimento (Obrigatório)	Quant.	Vr. de cada Procedimento Solicitado	Vr. total do Procedimento Solicitado

	Valor total da solicitação do Reembolso
--	--

Justificativa para pagamento do(s) procedimento(s) de forma particular **(Preenchimento obrigatório)**

Local: _____

Data: ____/____/____

Assinatura do Titular _____



Membro da Aliança
Cooperativa Internacional



ORIENTAÇÕES PARA O CORRETO PREENCHIMENTO

Será assegurado reembolso:

1. REEMBOLSO

O processo de reembolso da Unimed NNE segue as regras estabelecidas na Resolução Normativa – RN nº 566/2022, que estabelece prazos máximos para atendimento, ao apresentar dificuldades de agendamento o beneficiário deve contatar a sua Operadora solicitando protocolo e em caso de ser orientado a solicitar o reembolso este deverá informar o número do protocolo. O regulamento para pagamento envolve datas, prazos e valores máximos a serem pagos.

Para dar início ao processo, é importante que o beneficiário preencha o formulário de requisição de reembolso e anexe toda a documentação necessária. Caso a documentação esteja incompleta o processo não será aberto e a documentação será devolvida.

Os valores serão creditados na conta bancária do Titular do Plano, sem datas pré-fixadas, no prazo de até 30 (trinta) dias corridos, a contar da data de recebimento da documentação completa, caso haja o deferimento do processo.

Nos casos das devoluções das solicitações de reembolso, ocasionados por erro de preenchimento ou insuficiência de dados, ou ainda pela falta de apresentação da documentação obrigatória exigida, um novo prazo de 30 (trinta) dias se iniciará a contar da data da reapresentação dos documentos devidamente corrigidos.

Quanto aos valores a serem reembolsados, estes obedecerão aos limites máximos adotados pelas tabelas Unimed NNE.

Para Consultas

Recibo ou Nota Fiscal (convencional ou eletrônica), emitida pelo Profissional/entidade, com a discriminação (detalhamento dos procedimentos realizados e valores unitários) do atendimento e a data de sua realização.

Recibo deverá ser emitido em nome do beneficiário, dependente ou titular, ou do responsável pelo pagamento da despesa (desde que conste o nome do paciente/beneficiário no corpo do recibo) e conter a especialidade, o registro no respectivo Conselho de Classe, CPF, carimbo e assinatura do Prestador.

A Nota Fiscal (convencional ou eletrônica) deverá ser emitida em nome do beneficiário dependente ou titular, ou do responsável pelo pagamento da despesa (desde que conste o nome do paciente/beneficiário no corpo da nota) devidamente liquidada, conter o CNPJ, data e a assinatura.

- Formulário de reembolso preenchido.

Para Exames (serviços auxiliares de diagnóstico e tratamento)

Recibo ou Nota Fiscal (convencional ou eletrônica), emitida pelo Profissional/entidade, com a discriminação (detalhamento dos procedimentos realizados e valores unitários) do atendimento e a data de sua realização.

Recibo deverá ser emitido em nome do beneficiário, dependente ou titular, ou do responsável pelo pagamento da despesa (desde que conste o nome do paciente/beneficiário no corpo do recibo) e conter a especialidade, o registro no respectivo Conselho de Classe, CPF, carimbo e assinatura do Prestador.

A Nota Fiscal (convencional ou eletrônica) deverá ser emitida em nome do beneficiário dependente ou titular, ou do responsável pelo pagamento da despesa (desde que conste o nome do paciente/beneficiário no corpo da nota) devidamente liquidada, conter o CNPJ, data e a assinatura.

O relatório do profissional assistente, com a justificativa da necessidade da realização do(s) procedimento(s), a hipótese diagnóstica e o plano de tratamento, quando for o caso.

- Formulário de reembolso preenchido.

Para Tratamentos Seriadados (Fisioterapia, Fonoaudiologia, Psicoterapia, Terapia Ocupacional e Acupuntura)

Recibo contendo: nome do paciente, descrição da terapia, número de sessões e suas datas, valor pago, nome do profissional, número de inscrição no respectivo Conselho Regional (CREFITO-F, CRFA, CRP, CRM, CREFITO-TO), CPF, assinatura e carimbo do profissional que realizou a terapia.

Nota Fiscal (convencional ou eletrônica, no caso de pessoa jurídica) contendo: nome e CNPJ da Instituição, nome do paciente, descrição da terapia, número de sessões e suas datas, nome do profissional, número de inscrição no respectivo Conselho Regional (CREFITO-F, CRFA, CRP, CRM, CREFITO-TO), CPF, assinatura e carimbo do profissional que realizou a terapia.

Relatório médico contendo: nome do paciente, diagnóstico, quadro clínico atual, data de realização, descrição e justificativa para a terapia indicada. Deverá constar ainda carimbo e assinatura do profissional médico (CRM).

- Formulário de reembolso preenchido.

Para Serviços Médico-Hospitalares

A Nota Fiscal (convencional ou eletrônica) emitida pelo Prestador de Serviços, com a discriminação do atendimento e a data de sua realização.

Os Recibos originais dos profissionais que atenderam o paciente, constando a especialidade, registro nos respectivos Conselhos de Classe e CPF, com carimbo e assinatura, ou Nota Fiscal (convencional ou eletrônica) quando os profissionais prestadores dos serviços estiverem organizados como pessoa jurídica.

- Relatório do médico assistente contendo a justificativa da necessidade de internação, bem como, descrição do quadro clínico, hipótese diagnóstica e outras informações pertinentes, além da necessidade da intervenção de outros profissionais.

Conta hospitalar com discriminação (detalhamento dos custos realizados e valores unitários) de cada item que compõe: diárias, taxas, gasoterapia, materiais, medicamentos, exames e demais serviços prestados.

Em caso de implante(s) de órtese(s), prótese(s) ou material (is) especial(is) deve ser apresentada Nota Fiscal (convencional ou eletrônica) do material usado.

- Formulário de reembolso preenchido.

Para Serviços Anestésicos

Recibo ou Nota Fiscal (convencional ou eletrônica, no caso de pessoa jurídica): nome do paciente, descrição e período do atendimento, valor pago, nome do profissional, CRM, CPF ou CNPJ, especialidade, assinatura e carimbo médico.

- Boletim anestésico: cópia da folha de registro dos procedimentos anestésicos, constando carimbo e assinatura do profissional.
- Relatório cirúrgico: cópia do relatório constando carimbo e assinatura dos profissionais (instrumentadores, etc...)
- Solicitação, prescrição médica, checagem do uso com data, hora e assinatura.
- Formulário de reembolso preenchido.

Apenas para os planos que prevê cobertura odontológica em contrato:

Para Consultas Odontológicas

Recibo ou Nota Fiscal (convencional ou eletrônica), emitida pelo Profissional/entidade, com a discriminação (detalhamento dos procedimentos realizados e valores unitários) do atendimento e a data de sua realização.

Recibo deverá ser emitido em nome do assistido, dependente ou titular, ou do responsável pelo pagamento da despesa (desde que conste o nome do paciente/beneficiário no corpo do recibo) e conter a especialidade, o registro no respectivo Conselho de Classe, CPF, carimbo e assinatura do Prestador.

A Nota Fiscal (convencional ou eletrônica) deverá ser emitida em nome do assistido dependente ou titular, ou do responsável pelo pagamento da despesa (desde que conste o nome do paciente/beneficiário no corpo da nota) devidamente liquidada, conter o CNPJ, data e a assinatura.

- Formulário de reembolso preenchido.

Para Exames Odontológicos (*serviços auxiliares de diagnóstico e tratamento*)

Recibo ou Nota Fiscal (convencional ou eletrônica), emitida pelo Profissional/entidade, com a discriminação (detalhamento dos procedimentos realizados e valores unitários) do atendimento e a data de sua realização.

O relatório do profissional assistente, com a justificativa da necessidade da realização do(s) procedimento(s), a hipótese diagnóstica e o plano de tratamento, quando for o caso.

- Formulário de reembolso preenchido.

Para Procedimentos Odontológicos

Recibo contendo: nome do paciente, descrição e período do atendimento, valor pago, nome do profissional, CRO, CPF, especialidade, assinatura, carimbo e data.

Nota Fiscal (convencional ou eletrônica, para os casos de pessoa jurídica) contendo: nome e CNPJ da Instituição, valor pago, nome do paciente, descrição e período do atendimento.

- Plano de tratamento com a especificação e o detalhamento de todo o procedimento realizado.
- Radiografia inicial e final nos casos de tratamentos endodônticos, apicetomia, exodontias e coroas unitárias.

Nos casos de internação hospitalar, Nota Fiscal (convencional ou eletrônica) devidamente liquidada, contendo o CNPJ do hospital que prestou o atendimento, a data e o procedimento realizado; relatório cirúrgico com a descrição e justificativa para os procedimentos, conta hospitalar analítica, com discriminação de cada item que a compõe: diárias, taxas, gasoterapia, materiais, medicamentos, exames de imagem, laudos e demais serviços prestados.

Na existência de colocação cirúrgica de próteses e órteses, durante o procedimento deverá ser entregue relatório do cirurgião dentista (CRO) contendo nome do paciente, descrição e data do procedimento, diagnóstico e justificativa para a solicitação do material juntamente com a nota fiscal original do fornecedor/distribuidor/fabricante contendo nome e CNPJ do emitente, data de emissão, nome do paciente, valor pago, descrição do material, marca, modelo e fabricante.

- Formulário de reembolso preenchido.

2. NORMAS PARA REEMBOLSO

Concessão de Reembolso

Quando o serviço for realizado em localidade onde não houver contratado habilitado para prestar o atendimento, dentro do território nacional.

Art. 4: Indisponibilidade de prestador integrante da rede assistencial que ofereça o serviço ou procedimento, de acordo com abrangência contratada.

Art. 5: Inexistência de prestador, seja ele integrante ou não da rede assistencial, que ofereça o serviço ou procedimento, de acordo com abrangência contratada.

Em situações excepcionais, tais como: paralisação do atendimento pela rede contratada ou interrupção do mesmo em determinadas especialidades.

Em situações de urgência/emergência, quando o serviço não for realizado em prestador integrante da rede assistencial, as despesas assistenciais serão reembolsadas de acordo com a Tabela da Unimed.

Art. 6: Inexistência de prestador, seja ele integrante ou não da rede assistencial, que ofereça o serviço de urgência e emergência, no mesmo município, nos limítrofes ou região de saúde, desde que, pertencentes a abrangência contratada.

Atribui o direito a solicitar reembolso

Ao participante titular ou agregado maior de 18 anos, em situação regular no cadastro da Unimed NNE, comprovada através de apresentação da carteira do beneficiário.

Em caso de óbito do titular, ao representante legal ou a quem o juiz determinar, mediante apresentação do alvará judicial. Ao pensionista executor das despesas.

Ao executor das despesas (em casos de beneficiários titulares vivos), que não seja beneficiário da Unimed NNE, o reembolso se dará mediante apresentação de procuração legal, registrada em cartório, com poderes específicos para requerer e receber o reembolso, devidamente instruída com os comprovantes de pagamento em nome do executor.

Valor do Reembolso

O valor a ser reembolsado obedecerá aos limites máximos adotados pelas tabelas Unimed NNE, praticadas no mercado de origem do titular e a participação financeira do referido valor será cobrada conforme metodologia de cobrança mensal para os procedimentos feitos na rede contratada da Unimed NNE.

Serão reembolsados, somente, os procedimentos constantes nas tabelas Unimed NNE, não podendo ser feita analogia entre aqueles já realizados e os constantes nas referidas tabelas.

Os valores a serem reembolsados não tem qualquer vínculo com os preços negociados pelo beneficiário diretamente com os médicos ou instituições médicas não pertencentes a rede referenciada.

Em caso de concessão, os valores a serem restituídos dependerão da análise técnica e regras de reembolso estabelecidas pelo regulamento de contrato do plano escolhido bem como as regras estabelecidas pela resolução Normativa 566/2022 da ANS, sendo o valor máximo a ser restituído o da Nota Fiscal apresentada.

A garantia de atendimento refere-se à proteção e à segurança de que o beneficiário terá acesso aos serviços de saúde cobertos pelo plano ao qual está vinculado, considerando o período de carência, o município da demanda e o município limítrofe, na região de saúde, e também observando os prazos estabelecidos nas Resoluções Normativas 566 e 268.

Canal de Solicitação - Via Correios

Os reembolsos requisitados pelos clientes serão recebidos através dos Correios ou malote e sofrerão conferência completa da documentação. Caso esteja incompleta, toda a documentação será devolvida, por carta com aviso de recebimento (AR).

Prazos para Requisição de Reembolso

Para as despesas ambulatoriais, odontológicas e hospitalares, o prazo limite para a solicitação do reembolso será de até 90 dias (3 meses) após o término do atendimento, conforme regulamento dos planos da Unimed.

Observações Gerais

- Todas as notas fiscais deverão ser originais e estar devidamente liquidadas;
- Não serão aceitos recibos de pagamentos a autônomos (RPA); recibos provisórios e/ou temporários; nota de serviço ou nota de débito; duplicata e nota fiscal sem quitação;
- Toda documentação incompleta ou não coberta contratualmente será devolvida.