

### ORIENTAÇÕES PARA PEDIDO DE REEMBOLSO

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

#### DOCUMENTAÇÃO OBRIGATORIA PARA TODAS AS SOLICITAÇÕES:

- ✓ Formulário de Solicitação de Reembolso de Procedimentos Médicos (emanexo);
- ✓ Cópia do cartão Unimed Federação RN (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)
- ✓ Declaração de inexistência do prestador expedida pela Unimed executora. Por exemplo, se o atendimento foi em Natal e não tinha prestador, é necessário solicitar da Unimed Natal a declaração de inexistência.

#### DOCUMENTOS ORIGINAIS NECESSÁRIOS PARA CADA TIPO DE ATENDIMENTO:

##### CONSULTA MÉDICA

- ✓ Recibo (Carimbo com assinatura e CRM do profissional);

Para consultas de especialidades deverá trazer o encaminhamento médico.

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

- ✓ Pedido médico;
- ✓ 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);  
Salienta-se que são **sessões**, portanto, serão contadas em unidades e não em horas.
- ✓ Relatório do profissional executante, informando o tipo de atendimento realizado.

##### EXAMES

- ✓ Pedido médico;
- ✓ Nota fiscal (informando nome e valor de cada exame);
- ✓ Justificativa Clínica, quando aplicável.

##### 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

- ✓ Prazo para retorno do processo é de 30 dias, contados após a apresentação da documentação obrigatória completa a CR – Central de Relacionamento.
- ✓ A CR 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 poderá ser realizado através do crédito em conta bancária de outra pessoa, devidamente autorizada pelo responsável, por meio de documento escrito e assinado pelo mesmo;
- ✓ 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 E COLETIVO POR ADESÃO

###### ✓ Carta:

Av. Rio Branco, 984, Centro, CEP: 59600-145 - Mossoró-RN  
At. Central de Relacionamento

###### ✓ Presencialmente:

Av. Rio Branco, 984, Centro, CEP: 59600-145 - Mossoró-RN  
At. Central de Relacionamento

##### CLIENTE DE CONTRATO EMPRESARIAL

Caso o contrato do plano de saúde seja firmado por uma empresa:

###### ✓ RH da empresa ou através do beneficiário titular

###### ✓ Carta;

Av. Rio Branco, 984, Centro, CEP: 59600-145 - Mossoró-RN  
At. Central de Relacionamento

###### ✓ Presencialmente:

Av. Rio Branco, 984, Centro, CEP: 59600-145 - Mossoró-RN  
At. Central de Relacionamento

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

Assinatura do cliente