



www.unimednm.coop.br  
Rua Irmã Beata, 368 2º e 3º andar  
39400-110 - Centro - Montes Claros/MG  
T. (38)2101-1500



## TERMO DE CONDIÇÕES E ORIENTAÇÕES PARA PEDIDO DE REEMBOLSO

A UNIMED NORTE DE MINAS assegurará o reembolso, nos limites das obrigações contratuais, das despesas efetuadas pelo beneficiário com assistência à saúde, nos casos exclusivos de urgência ou emergência e quando não houver prestadores de serviços próprios, contratados ou credenciados pelo Sistema Unimed. Para que haja o reembolso, os serviços devem ter sido prestados dentro do território nacional e deve haver a comprovação (**através de contato prévio com a UNIMED NORTE DE MINAS**), que não foi possível a utilização de serviços próprios, contratados ou credenciados pelo Sistema Unimed.

### ORIENTAÇÕES IMPORTANTES

- É necessário o contato prévio com a Unimed Norte de Minas através da central 0800 605 9090 para verificar a existência e/ou disponibilidade de prestadores de serviços próprios, contratados ou credenciados pelo Sistema Unimed, dentro do território nacional, principalmente após qualquer dificuldade com o guia médico do app/Espaço do Cliente;

\*O acesso ao guia médico está disponível no link < <https://www.unimed.coop.br/web/nortedeminas/guia-medico#/> >

O prazo para retorno do processo é de até 30 dias, **contados após a apresentação da documentação obrigatória completa ao setor de Relacionamento com o cliente.**

- O retorno quanto a tratativa do reembolso se dará através do e-mail informado no formulário;
- O setor de Relacionamento com o cliente poderá solicitar, a qualquer momento, a apresentação de novos documentos se julgar necessário;
- O reembolso será realizado somente na conta bancária (corrente, poupança ou pix) do responsável financeiro pelo plano;
- É permitida a emissão de procuração por parte do favorecido (responsável pelo plano), autorizando o depósito na conta de terceiros;
- Em caso de plano co-participativo, incidirá a cobrança da co-participação conforme contrato

Caso seja acordado pontualmente o reembolso com a Unimed Norte de Minas, por meio de comunicação prévia com protocolo válido, deve-se seguir o prazo de 30 dias da data que recebeu a orientação para a realização do atendimento particular.

### SITUAÇÕES EM QUE O REEMBOLSO SERÁ INDEFERIDO

- Atenção: Caso tenha feito contato prévio com protocolo válido e recebido uma lista de prestadores/médicos para a demanda assistencial, e ainda assim tenha qualquer dificuldade de agendamento, é obrigatório novo contato com a central telefônica nº 0800 605 9090 ou através do e-mail [agendamentosac@unimednortedeminas.com.br](mailto:agendamentosac@unimednortedeminas.com.br) para relatar esta dificuldade. Desta forma a Unimed Norte de Minas avaliará alternativas para atender a sua demanda com a rede própria, credenciada e/ou contratada. **Constatada a falta deste contato** relatando a dificuldade e não



www.unimednm.coop.br  
Rua Irmã Beata, 368 2º e 3º andar  
39400-110 - Centro - Montes Claros/MG  
T. (38)2101-1500



havendo autorização expressa da Unimed Norte de Minas para reembolso por livre escolha de prestador, o processo de reembolso será indeferido;

- Procedimento realizado não possui cobertura contratual e não consta no Rol da ANS;
- Recibos de despesas que não estejam ligados à despesas médicas;
- Documentos rasurados ou sem informações sobre o serviço realizado;
- Consultas com médicos cooperados da Unimed Norte de Minas;
- Atendimento em hospitais e serviços de tabela própria ou nos hospitais e serviços de alto custo.

#### DOS PRAZOS

- O cliente terá até 12 (doze) meses para solicitação de abertura do processo de reembolso, contados a partir da data do recibo. **Importante:** O recibo/NF deverá ser apresentado na Unimed Norte de Minas dentro do ano fiscal da operadora, ou seja **até 31 de janeiro** do ano subsequente ao ano de atendimento realizado.

#### 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:

- Preenchimento deste termo, devendo ser assinado e anexado junto ao formulário;
- Cartão Unimed Norte de Minas do cliente atendido, carteira de identidade com foto e CPF (Inclusive para menores de idade).;
- Cópia do comprovante de dados bancários do titular do contrato. Caso o titular seja menor de idade, o comprovante deve estar em nome de quem assinou o contrato;

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

##### CONSULTA MÉDICA

Recibo ou Nota Fiscal Original, contendo obrigatoriamente:

- Nome e CPF do Cliente atendido;
- Data do Atendimento;
- Valor unitário e total, de cada consulta;



www.unimednm.coop.br  
Rua Irmã Beata, 368 2º e 3º andar  
39400-110 - Centro - Montes Claros/MG  
T. (38)2101-1500



- Nome completo do médico, CPF, CRM e especialidade do profissional responsável pelo atendimento;
- Endereço completo e telefone do local de atendimento;
- Assinatura do profissional e a descrição do serviço realizado.

### Importante:

- 1 - Consulta médica somente terá cobertura, se realizada por profissional inscrito do CRM e especialidade reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina.
- 2 - Para consultas de Nutrologia, o profissional deverá possuir registro em Nutrologia nos órgãos: Conselho Federal de Medicina - Registro de Qualificação de Especialização (RQE) ou Título na Associação Médica Brasileira (AMB).
- 3 - A Nota Fiscal emitida por Pessoa Jurídica deverá conter o nome da Pessoa Física prestadora para a devida confirmação da cobertura do serviço.

### ATENDIMENTO COM PROFISSIONAL NÃO MÉDICO

(Fonoaudiólogo, psicólogo, nutricionista, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta)

- Encaminhamento/Pedido médico com CID (preenchido pelo médico solicitante);
- Recibo ou nota fiscal, carimbada e assinada pelo profissional executante, informando as datas das sessões realizadas;
- Relatório do profissional executante, informando o tipo de atendimento realizado.
- Ficha de atendimento ou Lista de frequência assinada pelo cliente ou responsável legal carimbada e assinada pelo profissional executante;

### EXAMES

- Pedido médico
- Recibo ou nota fiscal, deverão obrigatoriamente conter: Nome e CPF do Cliente atendido; Data do Atendimento; Valor unitário e total cobrado de cada exame; Descrição do serviço realizado (nome de cada exame); Endereço completo e telefone do local de atendimento;

### INTERNAÇÃO OU DESPESAS AMBULATORIAIS E CIRÚRGICAS (SENDO O CARÁTER DO ATENDIMENTO DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA OU ELETIVO)

- Relatório médico (declaração médica informando o quadro clínico do paciente com CID, e justificativa para a realização do procedimento);
- Período de permanência no local;
- 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;



[www.unimednm.coop.br](http://www.unimednm.coop.br)  
Rua Irmã Beata, 368 2º e 3º andar  
39400-110 - Centro - Montes Claros/MG  
T. (38)2101-1500



- 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.

## HONORÁRIO MÉDICO

Recibo ou nota fiscal (contendo carimbo do profissional, assinatura, CPF e número do conselho profissional), individualizados de honorários dos médicos assistentes e auxiliares, discriminando as funções e o evento a que se referem.

## CONSENTIMENTO DO TITULAR DE DADOS

Ao manifestar minha aceitação para com o presente termo, dou meu consentimento e concordo que a Unimed Norte de Minas tome decisões referentes ao tratamento de meus dados pessoais necessários as operações de coleta, utilização, acesso, processamento, compartilhamento entre os setores pertinentes, armazenamento e demais processos envolvidos para a realização do reembolso.

## SEGURANÇA DOS DADOS

A Unimed adotará todas as medidas de segurança, técnicas e administrativas aptas a proteger os dados pessoais e poderá manter e tratar os dados pessoais do Titular durante todo o período em que forem pertinentes ao alcance das finalidades listadas.

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