

## **SÚMULA: SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO DE DESPESAS MÉDICAS**

A Diretoria Executiva do FUPS, no uso de suas atribuições, e

### **CONSIDERANDO:**

- a) O disposto no Regulamento do FUPS;
- b) A necessidade de regulamentar a solicitação de reembolso de valores gastos com despesas médicas.

### **DETERMINA:**

As diretrizes e responsabilidades para a solicitação de reembolso de valores gastos com despesas médicas.

#### **1. ÁREAS DE ABRANGÊNCIAS**

- 1.1. Associação Fundo de Proteção à Saúde – FUPS

#### **2. DISPOSIÇÕES GERAIS**

- 2.1. O beneficiário do FUPS poderá solicitar o reembolso de valores gastos com despesas médicas em casos de urgência e emergência;

- 2.1.1. O beneficiário para solicitar o reembolso de despesas médicas, deverá apresentar ao FUPS por e-mail, os documentos obrigatórios dispostos no Anexo I, juntamente com o formulário disposto no Anexo II.

#### **2.2. Prazo para Solicitação do Reembolso e Previsão do Pagamento**

- 2.2.1. O beneficiário terá o prazo de 30 (trinta) dias, contados da data da quitação das despesas, para apresentar a documentação para reembolso à Área/Unidade de atendimento do FUPS mais próxima;

- 2.2.2. O reembolso será realizado na próxima folha de pagamento do beneficiário titular, desde que a documentação seja entregue até o dia 25 do mês vigente, caso contrário, o reembolso será efetuado na folha de pagamento do mês subsequente.

- 2.3. O FUPS suspenderá o protocolo de reembolso no caso de inconsistências e/ou documentação incompleta.

- 2.3.1. O FUPS notificará por meio do e-mail de origem a suspensão do protocolo de reembolso caso o beneficiário não regularize os documentos até o prazo estipulado;

- 2.3.2. O referencial de valor a ser reembolsado seguirá a tabela praticada com os prestadores credenciados no FUPS sendo efetuada a cobrança de coparticipação, quando houver.

#### **3. RESPONSABILIDADES**

##### **3.1. Do Beneficiário**

- 3.1.1. No Envio da Documentação ao FUPS

- a) Digitalizar os documentos citados no Anexo I, preencher o formulário disposto no Anexo II e encaminhá-los ao FUPS no e-mail [reembolso@fups.com.br](mailto:reembolso@fups.com.br).

1. Informar o número da Nota Fiscal ou Receita Saúde no campo “Assunto” do e-mail;

2. Inserir o nome completo do médico e o número do CRM (Conselho Regional de Medicina) no corpo de e-mail.

### 3.2. Do Auxiliar de Autogestão de Saúde – FUPS

#### 3.2.1. Na Avaliação da Solicitação de Reembolso de Despesas Médicas

- a) Receber e conferir a relação de documentos obrigatórios;
  - b) Protocolar o Pedido de Reembolso no Sistema Solus, no endereço: Módulo CRM > Movimentação > Central de Atendimento > Novo Atendimento;
  - c) Informar o número do protocolo de reembolso ao beneficiário pelo e-mail de origem;
  - d) Comunicar ao beneficiário, nos casos de suspensão de reembolso quando houver inconsistências e/ou documentação incompleta, e orientá-lo sobre o prazo para regularização.
4. Os gestores do FUPS serão responsáveis pela orientação e pelo cumprimento das políticas, diretrizes e procedimentos descritos neste documento.
  5. Os casos omissos serão tratados pela Diretoria Executiva do FUPS.
  6. Esta Resolução entra em vigência na data de sua publicação e revoga o Informativo FUPS IF-008 de 18/10/2021.

Campo Mourão, 13/02/2025.

JUSCELINO FERNANDES DA COSTA  
Presidente da Associação FUPS

**ANEXO I – DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO**

ATENDIMENTO	DOCUMENTOS A SEREM ANEXADOS E ENVIADOS AO FUPS
Consultas Médicas	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nome completo e CRM do profissional que efetuou o atendimento;</li> <li>2. Formulário disposto no Anexo II, devidamente preenchido;</li> <li>3. Documentação Fiscal: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pessoa Jurídica: Notas Fiscais das despesas discriminadas e nominal ao beneficiário do FUPS, ou</li> <li>• Pessoa Física: Recibo Eletrônico de Serviços de Saúde (Receita Saúde) para fisioterapeutas, fonoaudiólogos, médicos, psicólogos e terapeutas ocupacionais, descrevendo os atendimentos realizados, conforme IN RFB n° 2240/2024.</li> </ul> </li> </ol>
Exames Terapias/Sessões e Procedimentos	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Prescrição médica original, contendo: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nome completo do paciente;</li> <li>• Descrição do procedimento e respectiva codificação TUSS;</li> <li>• Quantidade;</li> <li>• Número do CID e/ou indicação clínica;</li> <li>• Carimbo com o nome, assinatura e o número do CRM do médico solicitante.</li> </ul> </li> <li>2. Formulário disposto no Anexo II, devidamente preenchido;</li> <li>3. Ficha de frequência para sessões de fisioterapias, fonoaudiologia, nutricionista, psicólogo e/ou outros atendimentos seriados;</li> <li>4. Documentação Fiscal: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pessoa Jurídica: Notas Fiscais das despesas discriminadas e nominal ao beneficiário do FUPS, ou</li> <li>• Pessoa Física: Recibo Eletrônico de Serviços de Saúde (Receita Saúde) para fisioterapeutas, fonoaudiólogos, médicos, psicólogos e terapeutas ocupacionais, descrevendo os atendimentos realizados, conforme IN RFB n° 2240/2024.</li> </ul> </li> </ol>
Cirurgia e Internamentos	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Prescrição médica original assinada pelo médico solicitante e autorizada pela perícia médica do FUPS, contendo: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nome completo do paciente;</li> <li>• Descrição do procedimento e respectiva codificação TUSS;</li> <li>• Quantidade;</li> <li>• Carimbo com o nome, assinatura e o número do CRM do médico solicitante.</li> </ul> </li> <li>2. Formulário disposto no Anexo II, devidamente preenchido;</li> <li>3. Relação discriminada dos materiais e medicamentos utilizados, contendo obrigatoriamente: nome do produto/material, quantidade utilizada, valor unitário e valor total;</li> <li>4. Laudo do exames complementares, quando houver;</li> <li>5. Documentação Fiscal: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pessoa Jurídica: Notas Fiscais das despesas discriminadas e nominal ao beneficiário do FUPS, ou</li> <li>• Pessoa Física: Recibo Eletrônico de Serviços de Saúde (Receita Saúde) para fisioterapeutas, fonoaudiólogos, médicos, psicólogos e terapeutas ocupacionais, descrevendo os atendimentos realizados, conforme IN RFB n° 2240/2024.</li> </ul> </li> </ol>

**ANEXO II – FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO**

<b>Observação a Considerar ao Preencher a Solicitação de Reembolso</b>		
A Solicitação de Reembolso somente será aceita, se estiver acompanhada de toda a documentação pertinente. Não atendendo a este requisito, a solicitação será devolvida para regularização.		
<b>1 - Identificação do beneficiário(a)</b>		
Nome do Titular:	Nº do Cartão FUPS:	
Nome do Beneficiário(a) Atendido(a):		
<b>Dados para Contato</b>		
Ramal Interno:	e-mail:	Telefone/Celular: <b>0</b>
<b>2 – Motivo da Solicitação de Reembolso</b>		
2.1. Caráter do Atendimento: <b>Clique aqui e escolha uma opção</b>		
2.2. O(a) Beneficiário(a) contactou o FUPS antes de realizar o pagamento particular? <b>Clique aqui e escolha uma opção</b>		
2.3. Através de que Canal? <b>Clique aqui e escolha uma opção</b>	Data em que ocorreu o Contato:	
2.3. O(a) beneficiário(a) procurou atendimento em Rede Credenciada FUPS? <b>Clique aqui e escolha uma opção</b>		
2.3.1. Se sim, a procura ocorreu em qual credenciado?		
2.4. Informe o motivo pelo qual optou pelo atendimento por Rede Não Credenciada FUPS.		
<b>3 – Informações Sobre o Atendimento Ocorrido, Objeto da Solicitação de Reembolso</b>		
3.1. Local do Atendimento (Hospital / Clínica):	3.2. Data em que foi realizado o atendimento objeto do reembolso:	
3.3. Atendimento realizado (Consulta / Exame / Terapia):		
3.4. Nome do Profissional que prestou o atendimento:	3.5. Número do Conselho Profissional:	3.6. Especialidade:
<b>4 – Dados e Informações Complementares</b>		
<b>5 – Local, Data de Emissão e Assinatura do Emitente</b>		
5.1. Local e Data de Emissão:		
5.2. Assinatura do Beneficiário ou Responsável:  _____		