

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 ou em caso de autorização prévia da Supervisão de Negociações para viabilizar a garantia de atendimento;

- 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 ao FUPS pelo e-mail reembolso@fups.com.br;

- 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 pelo e-mail 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 das áreas e unidades serão responsáveis pela orientação de suas equipes de trabalho quanto ao conhecimento de publicação e 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 a sua revisão nº 00 de 13/02/2025.

Campo Mourão, 19 de junho de 2025.

MÁRIO LINO ARANTES
Presidente Executivo da Associação FUPS

Revisão:

- Item 2.1: inclusão da autorização prévia da Supervisão de Negociações para viabilização da garantia de atendimento;
- Atualização do Presidente Executivo 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"> 1. Nome completo e CRM do profissional que efetuou o atendimento; 2. Formulário disposto no Anexo II, devidamente preenchido; 3. Documentação Fiscal: <ul style="list-style-type: none"> • Pessoa Jurídica: Notas Fiscais das despesas discriminadas e nominal ao beneficiário do FUPS, ou • 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 nº 2240/2024.
Exames Terapias/Sessões e Procedimentos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Prescrição médica original, contendo: <ul style="list-style-type: none"> • Nome completo do paciente; • Descrição do procedimento e respectiva codificação Terminologia Unificada das Saúde Suplementar (TUSS); • Quantidade; • Número do CID e/ou indicação clínica; • Carimbo com o nome, assinatura e o número do CRM do médico solicitante. 2. Formulário disposto no Anexo II, devidamente preenchido; 3. Ficha de frequência para sessões de fisioterapias, fonoaudiologia, nutricionista, psicólogo e/ou outros atendimentos seriados; 4. Documentação Fiscal: <ul style="list-style-type: none"> • Pessoa Jurídica: Notas Fiscais das despesas discriminadas e nominal ao beneficiário do FUPS, ou • 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 nº 2240/2024.
Cirurgia e Internamentos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Prescrição médica original assinada pelo médico solicitante e autorizada pela perícia médica do FUPS, contendo: <ul style="list-style-type: none"> • Nome completo do paciente; • Descrição do procedimento e respectiva codificação TUSS; • Quantidade; • Carimbo com o nome, assinatura e o número do CRM do médico solicitante. 2. Formulário disposto no Anexo II, devidamente preenchido; 3. Relação discriminada dos materiais e medicamentos utilizados, contendo obrigatoriamente: nome do produto/material, quantidade utilizada, valor unitário e valor total; 4. Laudo do exames complementares, quando houver; 5. Documentação Fiscal: <ul style="list-style-type: none"> • Pessoa Jurídica: Notas Fiscais das despesas discriminadas e nominal ao beneficiário do FUPS, ou • 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 nº 2240/2024.

ANEXO II – FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO

Observação a Considerar ao Preencher a Solicitação de Reembolso		
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.		
1 - Identificação do beneficiário(a)		
Nome do Titular:	Nº da Carteira de Identificação do FUPS:	
Nome do Beneficiário(a) Atendido(a):		
Dados para Contato		
Ramal Interno:	E-mail:	Telefone/Celular: 0
2 – Motivo da Solicitação de Reembolso		
2.1. Caráter do atendimento: Clique aqui e escolha uma opção		
2.2. O(a) beneficiário(a) contactou o FUPS antes de realizar o pagamento particular? Clique aqui e escolha uma opção		
2.3. Por meio de qual canal de comunicação? Clique aqui e escolha uma opção	Data em que ocorreu o contato:	
2.3. O(a) beneficiário(a) procurou atendimento na rede credenciada FUPS? Clique aqui e escolha uma opção		
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.		
3 – Informações Sobre o Atendimento Ocorrido, Objeto da Solicitação de Reembolso		
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:
4 – Dados e Informações Complementares		
5 – Local, Data de Emissão e Assinatura do Emitente		
5.1. Local e Data de Emissão:		
5.2. Assinatura do Beneficiário ou Responsável: _____		