

ORIENTAÇÕES PARA O PEDIDO DE REEMBOLSO

A Premium Saúde 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 contratados e/ou credenciados pela Premium Saúde. Para que haja o reembolso, os serviços devem ter sido prestados dentro da área de cobertura de seu plano e deve haver comprovação (através de contato prévio com a Premium Saúde), que não foi possível a utilização dos prestadores de serviços contratados e/ou credenciados pela Premium Saúde.

ORIENTAÇÕES IMPORTANTES

A Premium Saúde não aceita documentações para reembolso via e-mail. A partir da tratativa, é possível que esta via de comunicação seja solicitada.

Primeiramente, informamos que, para a autorização do reembolso, é necessária a autorização prévia da Operadora, para procedimentos que constam no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS e mediante inexistência de prestadores credenciados na cidade ou região de saúde.

Para análise do reembolso, gentileza encaminhar os seguintes documentos:

- Carta de próprio punho assinada justificando a solicitação de reembolso ou novo modelo de formulário constando a informação de que a **documentação deverá ser encaminhada via correios** para a sede da Premium Saúde;
- Comprovante bancário do titular do plano (constando número da agência, conta em nome do titular);
- CPF do titular da conta bancária;
- Cópia da carteirinha do convênio (se o procedimento foi realizado pelo dependente, deverá ser enviada a cópia do documento do titular e do dependente);
- Comprovante de residência;
- Pedido médico referente aos exames realizados;
- Comprovante de comparecimento/atestado médico;
- Nota fiscal ou recibo emitido pelo prestador de serviço carimbado, assinado e datado;
- Internação (clínica/cirúrgica/psiquiátrica) - encaminhar relatório médico/hospitalar com o detalhamento da conta do atendimento realizado;
- Atendimento urgência/emergência: encaminhar relatório médico com o detalhamento da conta do atendimento realizado.

Para procedimentos realizados em **prestadores Pessoa Jurídica**, o beneficiário deverá solicitar a nota fiscal. **Os recibos de pagamento e RPA somente serão aceitos em caso de prestador Pessoa Física.**

O tempo máximo para retorno é de até 30 (trinta) dias após o envio de todas as documentações acima mencionadas.

Os documentos deverão ser encaminhados via correios para o endereço abaixo aos cuidados do setor de Reembolso:

**Rua Ministro Orozimbo Nonato, nº 102- Torre B, 24º Andar
Vila da Serra, Nova Lima/MG CEP: 34006-053**

É obrigatório o envio original do recibo/comprovante de pagamento assinado e carimbado pelo prestador de serviço.

SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO

NOME DO BENEFICIÁRIO: _____
Nº DA CARTEIRINHA: _____ EMPRESA: _____
E-MAIL: _____ CPF / CNPJ: _____
TELEFONE DE CONTATO: _____

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

1. ATENDIMENTO MÉDICO/HOSPITALAR ()

Justifique o motivo do atendimento particular: _____

2. RESSARCIMENTO DE MENSALIDADE ()

3. ESTORNO DE COPARTICIPAÇÃO ()

4. REEMBOLSO ANTECIPADO () Especificar: _____

5. OUTROS () Especificar: _____

DADOS BANCÁRIOS DO TITULAR

TITULAR DA CONTA: _____ CPF: _____
BANCO: _____ Nº DO BANCO: _____
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ CONTA CORRENTE () CONTA POUPANÇA ()

IMPORTANTE

Solicito nesta oportunidade, por meio do presente instrumento, a análise acerca da possibilidade de reembolso da quantia acima especificada, declarando e reconhecendo desde já que, na hipótese de deferimento do reembolso em questão, conferindo efeito de recibo ao respectivo comprovante de depósito bancário, a plena, geral, rasa e irrevogável quitação quanto aos valores acima discriminados e, inclusive, eventuais danos morais, materiais, lucros cessantes, multa cominatória, honorários, direitos, deveres e obrigações decorrentes e oriundos dos fatos que provocaram a restituição ora tratada, para nada mais reclamar em Juízo ou fora dele, a qualquer tempo, prevalecendo entre as partes o disposto no artigo 840 e seguintes do Código Civil, se comprometendo a nada mais pleitear em virtude das obrigações ora assumidas.

Declaro, de igual modo, ter conhecimento que qualquer incorreção dos dados bancários fornecidos para o mencionado depósito, ou omissão de eventual cotitular da conta mencionada que impeça que o pagamento seja efetuado por meio de transferência eletrônica ou depósito bancário, na data ajustada, será de responsabilidade exclusiva do solicitante e exonerará a Premium Saúde de qualquer prejuízo daí decorrente, sendo que o comprovante de transferência ou depósito bancário dos respectivos valores na conta corrente/poupança acima especificada servirá de comprovante do reembolso.

CIDADE: _____, _____ / _____ / _____

Assinatura: _____

CPF: _____