|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | **Solicitação de Prévia de Reembolso - Internação Assistência Médica** |
|  |  |
| Nome do beneficiário |
|       |
| Número do cartão saúde | Data da solicitação | Telefones |
|       |       | Fixo(     )       | Celular(     )       |
| E-mail |
|       |

|  |  |
| --- | --- |
| Nome do prestador onde se realizará o procedimento      |  |
|  |
| Endereço do prestador | Cidade | Estado | UF |
|       |       |       |    |
| CEP | Nome do médico responsável | CRM do médico responsável |
|       |       |       |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Telefones | Data provável do procedimento | Tempo previsto de internação |
|  Fixo (     )       | Celular(     )       |     /    /      |       dias |

|  |
| --- |
| **Lista de Procedimentos** |
| Código TUSS do procedimento | Descrição do procedimento | Função cirúrgica(se aplicável) | Valores dos procedimentos por profissional | CRM |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |
| Hipótese Diagnóstica |       |
| CID 10 |       |

|  |
| --- |
| **Informações ao solicitante da prévia** |
|  |
| Este formulário deverá ser **totalmente** preenchido e encaminhado junto ao orçamento e relatório médico emitidos pelo profissional solicitante, através do e-mail: [previareembolso@frg.com.br](file:///C%3A%5CUsers%5Cklen.FRG1035%5CDesktop%5Cpreviareembolso%40frg.com.br) , ou através de opção de fax da Central de Autorização 0800 880 5060. |
| A equipe de Auditoria Médica da REAL GRANDEZA, para melhor avaliação dos procedimentos, poderá solicitar documentos complementares, tais como: laudos, justificativas médicas, fotos, exames de imagem, dentre outros. |
| O prazo de resposta da prévia de reembolso é de até 05 (cinco) dias úteis, a contar da data de entrega de **toda** documentação necessária para emissão da referida prévia. |
| Nos procedimentos com mais um código os honorários médicos deverão ser discriminados por cada código e por cada membro da equipe. |
| Não são aceitas prévias, ou mesmo o pagamento, em regime de reembolso (livre escolha) realizado por prestadores credenciados direta ou indiretamente (Pessoa Jurídica especializada). |
| A prévia de reembolso (livre escolha) não exime a necessidade de solicitação de autorização, **especificamente nos casos de Internação**, antes da realização do procedimento. |
| O cálculo a ser fornecido não é vinculante e tem como base: as informações contidas neste formulário e no Relatório Médico a ser anexado ao presente documento; o(s) procedimento(s) proposto(s) e as coberturas do plano do beneficiário. |
| Caso o procedimento previsto não venha a ser o efetivamente realizado, poderá haver divergências entre os valores da prévia e o a ser reembolsado. |
| A resposta sempre será enviada para o e-mail do beneficiário solicitante. |