

Guia de Orientação Livre Escolha



Passo a Passo

Preenchimento do Formulário de Requisição de Reembolso

2.1 Campos de Responsabilidade do Beneficiário

A) Dados Pessoais

Preencha corretamente todos os campos com seus dados pessoais (empresa, plano, nome/cargo/CPF do titular, nome/data de nascimento/endereço completo do paciente) colocar a ordem que está no FRR, de forma legível e clara. Não esquecer de informar o Número OdontoPrev e o CPF do Beneficiário Titular que são dados indispensáveis.

ATENÇÃO: cada beneficiário possui o seu próprio número OdontoPrev. Certifique-se de que o número que preenchido corresponde ao da pessoa em tratamento.

Observe o modelo preenchido figura 1.

Nº da Carteira OdontoPrev: <i>123456</i>	Empresa: <i>ABC</i>	Plano: <i>MASTER LE</i>
Nome Paciente: <i>FABIO SANTOS</i>		
CPF: <i>00000000-00</i>	RG: <i>00.000.000-0</i>	Data Nascimento: <i>05/11/1965</i>
Endereço Res.: <i>RUA PINTASSILGO, 199 MOEMA</i>		CEP: <i>05030-982</i>
Cidade: <i>SAO PAULO</i>	Estado: <i>SP</i>	Fone res.: <i>(11) 6161-6161</i>
		Fone com.: <i>(11) 6161-6161</i>

fig. 1

B) Dados Bancários

Após análise e aprovação, o reembolso será depositado na conta corrente do Beneficiário Titular. Por isso, preencha corretamente todos os campos, não esquecendo os dígitos verificadores de conta ou da agência quando houver.

Atenção: Não utilize número de conta poupança, para evitar devolução/invalidação do pedido de reembolso). Vide figura 2.

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO TITULAR (Não utilizar Conta Poupança)		
Nome do Beneficiário Titular: <i>JOÃO SANTOS</i>	Cargo: <i>ASSISTENTE</i>	
E-mail:		
CPF: <i>00000000-00</i>	Nome do Banco: <i>REAL</i>	Nº do Banco: <i>458</i>
Nº da agência: <i>1854</i>	Nº da Conta Corrente: <i>5772</i>	Dígito: <i>4</i>

fig. 2

2.2. Campos de Responsabilidade do cirurgião-dentista

A) Dados do cirurgião-dentista

Solicite ao dentista o preenchimento de todos os dados desse campo que poderão ser ou de pessoa física ou pessoa jurídica, conforme recibo ou nota fiscal que será emitida em favor do Beneficiário Titular do plano.

Vide figura 3.

DADOS DO CIRURGIÃO-DENTISTA			
Nome / Razão Social: <i>JOÃO SILVA</i>		CRO: <i>34567</i>	
Endereço: <i>RUA REAL, 38</i>	Complemento:	Telefone: <i>4545-4545</i>	
CPF / CNPJ: <i>0101010101/0001</i>	CEP: <i>010101-001</i>	Cidade: <i>SAO PAULO</i>	Estado: <i>SP</i>

fig. 3

Passo a Passo

Preenchimento do Formulário de Requisição de Reembolso

B) Descrição detalhada do plano de tratamento e orçamento

Nesse campo devem ser informados os detalhes do tratamento proposto, dente/área/região, as faces a serem tratadas, bem como orçamento com os valores que o cirurgião-dentista cobrará por cada item do tratamento e a totalização do mesmo.

Vide figura 4.

Código TUSS do Procedimento	Descrição do Evento / Procedimento realizado	Dente Região	Faces						Valor individual (em R\$)	Data de Realização
			M	O	D	L	V	I		
0,0,0,0,0,0,0,0,1	EXODONTIA 38 INCLUSO	38	M	O	D	L	V	I	X	dd/mm/aa
0,0,0,0,0,0,0,1,0	PRÓTESE FIXA METALOCERÂMICA	23 24 25	M	O	D	L	V	I	X	dd/mm/aa
0,0,0,0,0,1,0,0,0	ENDODONTIA	21	M	O	D	L	V	I	X	dd/mm/aa
0,0,0,0,1,0,0,0,0	NÚCLEO METÁLICO	25	M	O	D	L	V	I	X	dd/mm/aa
0,0,0,1,0,0,0,0,0	RESTAURAÇÃO RESINA FOTO 1 FACE	25	M	O	D	L	V	I	X	dd/mm/aa
0,0,1,0,0,0,0,0,0	RESTAURAÇÃO RESINA FOTO 1 FACE	11	M	O	D	L	V	I	X	dd/mm/aa
0,1,0,0,0,0,0,0,0	RASPAGEM SUPRA GENGIVAL	21	M	O	D	L	V	I	X	dd/mm/aa
Soma de X										

fig. 4

3. Como deve ser enviado o formulário?

Encerrando o processo para requisição do reembolso

Quando o tratamento estiver encerrado, faça uma revisão criteriosa de todos os campos de preenchimento. No verso do formulário, date e inclua as assinaturas do Beneficiário Titular e do cirurgião-dentista.

De posse do formulário original preenchido e assinado, junte toda documentação complementar obrigatória que é indispensável ao processamento de reembolso: Recibo ou Nota Fiscal Original assinado pelo dentista.

O Recibo ou Nota Fiscal do profissional deve apresentar o mesmo valor que o da solicitação. As imagens do início e do fim do tratamento devem ser postadas junto com o formulário. A assinatura do Beneficiário Titular é obrigatória, assim como a do cirurgião-dentista, que deve vir acompanhada do número do CRO (Registro no Conselho Regional de Odontologia) do profissional.

4. Enviando o F.R.R. e a documentação complementar

Envie todos os documentos para o endereço abaixo:

Odontoprev | Caixa Postal 261
Departamento Clínico | Cep 06455-972
Setor de Livre Escolha | Barueri Sp

5. Efetivação do Reembolso - Considerações Finais

O valor de reembolso aprovado será creditado pela OdontoPrev, na conta corrente do Beneficiário Titular (indicada no formulário), em até 10 dias após o recebimento do formulário com as documentações originais.

Central de Atendimento e Relacionamento: 0800 702 9000
Informações gerais, solicitações e dúvidas
Serviço de Atendimento ao Cliente (SAC): 0800 702 2255
Prioritariamente para cancelamentos, reclamações e informações institucionais

Deficiência Auditiva ou de Fala:
0800 722 2191
Ouidoria: 0800 721 6378
www.odontoprev.com.br

   /OdontoprevOficial
 Siga-nos no LinkedIn
/company/odontoprev