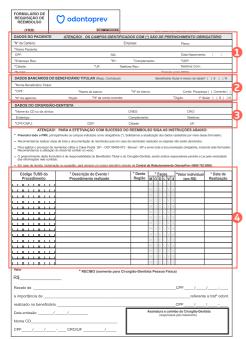




# Passo a Passo

# Preenchimento do Formulário de Requisição de Reembolso



Observe a cópia do formulário acima e acompanhe detalhadamente as recomendações de preenchimento e envio.

#### Meu plano é Livre Escolha

Todo beneficiário que possui um Plano Livre Escolha conta com a vantagem de utilizar o dentista de sua preferência e a possibilidade de solicitar reembolso do tratamento coberto pelo plano contratado.

Este Orientador tem o objetivo de auxiliar no processo para solicitar o reembolso e esclarecer dúvidas reforçando procedimentos importantes para o preenchimento do formulário e encaminhamento da requisição de reembolso.

#### Solicitando a Prévia do Reembolso

Antes de iniciar o tratamento, o beneficiário poderá solicitar a prévia de reembolso. O valor prévio estará disponível em até 48 horas.

Para isso, envie o formulário (FRR) preenchido com o orçamento do cirurgião dentista para o FAX (11) 4878-8299 ou e-mail previareembolso@odontoprev.com.br.

Após o prazo ligar para a Central de Atendimento e Relacionamento para ter o resultado da prévia do reembolso.

# 1. Onde é possível obter o FRR – Formulário de Requisição de Reembolso

O formulário pode ser obtido no RH de sua empresa ou pela Internet. Quando optar pela Internet, acesse o Portal OdontoPrev www.odontoprev.com.br/home. Na página inicial, coloque o login (número OdontoPrev - vide verso do cartão de identificação, ou CPF) e a senha pessoal. No menu Serviços, clique em Reembolso e depois Formulário de Reembolso e imprimir.

**Atenção:** sempre que tiver um formulário em aberto, ou seja, sem o encerramento do tratamento ou efetivação do pedido de reembolso, não será possível imprimir um novo.

## 2. Preenchendo o Formulário

No formulário, há campos que são de responsabilidade do beneficiário titular ou do cirurgião-dentista. Conheça a seguir os campos de preenchimento e, quando for preencher, faça-o de forma cuidadosa, evitando rasuras ou omissão de algum dado, o que poderá ocasionar na devolução do processo para as devidas correções.

Acesse os Canais Digitais OdontoPrev









## 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: 123456	Empresa: ABC	Plano: MASTER LE
Nome Paciente: FABIO SANTOS		
CPF: 00000000-00	RG: 00.000.000-0	Data Nascimento: 05/ 11 /65
Endereço Res.: RUA PINTASSILGO, 199	MOEMA	CEP: 05030-982
Cidade: SÃO PAULO	Estado: <i>SP</i> Fone res.: <i>(11)</i> 6161-61	761 Fone com.: (11) 6161-6161

#### **B) Dados Bancários**

fig. 1

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 TIT	ULAR (Não utilizar Conta Poupança)
Nome do Beneficiário Titular: JOÃO CANTO	Cargo: ASSISTENTE
E-mail:	
CPF: 0000000-00	Nome do Banco: REAL Nº do Banco: 458
Nº da agência: 1854	Nº da Conta Corrente: 5772 Dígito: 4

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: JOÃO S/LVA			cro: 34567
Endereço: RUA REAL, 38		Complemento:	Telefone: 4545-4545
CPF / CNPJ: 010101010101/0001	CEP: 010101-001	Cidade: SÃO PAULO	Estado: SP

## 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	Descrição do Evento /	Dente	Faces			П	ı	Valor individual	Data de	
Procedimento	Procedimento realizado	Região	М	0	D	L	V	1	(em R\$)	Realização
0,0,0,0,0,0,0,0,0,1	EXODONTIA 38 INCLUSO	38	M	0	D	L	٧	I	X	dd/mm/aa
0,0,0,0,0,0,0,1,0	PRÓTESE FIXA METALOCERÂMICA	23 24 25	M	0	D	L	٧	I	X	dd/mm/aa
0,0,0,0,0,0,1,0,0	ENDODONTIA	21	M	0	D	L	٧	I	X	dd/mm/aa
0,0,0,0,1,0,0,0	NÚCLEO METÁLICO	25	M	0	D	L	٧	I	X	dd/mm/aa
<u>0,0,0,0,1,0,0,0,0</u>	RESTAURAÇÃO RESINA FOTO 1 FACE	25	M	0	D	L	٧	I	X	dd/mm/aa
<u>0,0,1,0,0,0,0,0</u>	RESTAURAÇÃO RESINA FOTO 1 FACE	11	M	0	D	L	٧	I	X	dd/mm/aa
0,1,0,0,0,0,0,0	RASPAGEM SUPRA GENGIVAL	21	M	0	R	L	V	Ī	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 Departamento Clínico Setor de Livre Escolha Caixa Postal 261 Cep 06455-972 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

Ouvidoria: 0800 721 6378

www.odontoprev.com.br

