Sorria, você está sendo bem cuidado!



Grupo OdontoPrev



- nº 301949

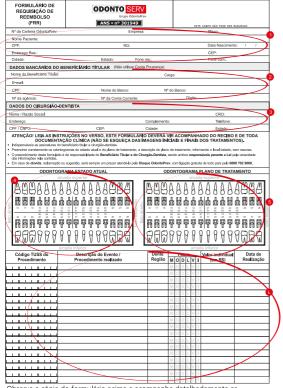
OdontoPrev – CRO/SP n° 272 RT: J. M. Benozatti – CRO/SP n° 1

set/16

Central de Atendimento e Relacionamento - **0800 600 7378** Serviço de Atendimento ao Cliente (SAC) - **0800 702 2255**  Atendimento ao Deficiente Auditivo e de Fala - **0800 722 2191** Ouvidoria **0800 721 6378** 

www.odontoserv.com.br
// odontoservoficial

# 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.

Após o prazo ligar para o 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 pela internet. Acesse o portal Odontoserv www.odontoserv.com.br. Na pagina inicial, Coloque o login (número no verso do seu cartão de identificação).

**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.

## 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 OdontoServ e o CPF do Beneficiário Titular que são dados indispensáveis.

**ATENÇÃO:** Cada beneficiário possui o seu próprio número OdontoServ. Certifique-se de que o número que preenchido corresponde ao da pessoa em tratamento. Observe o modelo preenchido figura 1.

Nº da Carteira OdontoServ: 123456	E	mpresa: <i>ABC</i>	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: <i>05030-982</i>
Cidade: SÃO PAULO	Estado: SP	Fone res.: (11) 6161-6161	Fone com.: (11) 6161-6161

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: JOÃO SANTOS	Cargo: ASSISTENTE
E-mail:	
CPF: 00000000_00 Nom	s do Banco: REAL № do Banco: 458
№ da agência: 1854 № da	Conta Corrente: 5772 Digito: 4

fig. 2

## 2.2. Campos de Responsabilidade do cirurgião-dentista



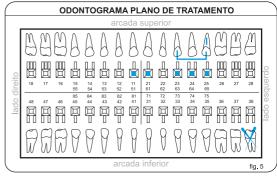
## B) Odontograma Plano de Tratamento

Definido o plano de tratamento, o cirurgião-dentista deverá assinalar nesse odontograma quais os procedimentos que serão realizados.

Vide figura 5.

## A) Odontograma Estado Atual

Após a primeira avaliação, o cirurgiãodentista deverá assinalar nesse odontograma o seu estado atual, antes do início do tratamento. Vide figura 4.



## C) 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 orcamento com os valores que o cirurgião-dentista cobrará por cada item do tratamento e a totalização do mesmo. Vide figura 6.

Código TUSS do	Descrição do Evento /	Dente	Г	ıF	jac	es	1	_	Valor individual	Data de
Procedimento	Procedimento realizado	Região	М	0	D	L	٧	ī	(em R\$)	Realização
	EXODONTIA 38 INCLUSO	38	М	0	D	L	٧	Ī	X	dd/mm/aa
	PRÓTESE FIXA METALOCERÂMICA	23 24 25	М	0	D	L	٧	Ī	X	dd/mm/aa
<u>,0,0,0,0,0,0,1,0,0</u>	ENDODONTIA	21	М	0	D	L	٧	П	X	dd/mm/aa
<u>,0,0,0,0,0,1,,0,0,0</u>	NÚCLEO METÁLICO	25	М	0	D	L	٧	П	X	dd/mm/aa
(0,0,0,1,0,0,0,0,0	RESTAURAÇÃO RESINA FOTO 1 FACE	25	М	0	D	L	٧	П	X	dd/mm/aa
<u>,0,0,1,0,0,0,0,0,0</u>	RESTAURAÇÃO RESINA FOTO 1 FACE	11	Х	0	D	L	٧	Ī	X	dd/mm/aa
( <mark>0,1,0,0,0,0,0,0,0</mark>	RASPAGEM SUPRA GENGIVAL	21	М	0	X	L	٧	Ī	X	dd/mm/aa
									Soma de X	

### D) 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.

		ско: 34567
	Complemento:	Telefone: 4545-4545
CEP: 010101-001	Cidade: SÃO PAULO	Estado: SP
	CEP: 010101-001	

#### 3. Como deve ser enviado o formulário?

## 3.1 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.

### 4.2 Enviando o F.R.R. e a documentação complementar

Envie todos os documentos para o endereco abaixo:

**ODONTOSERV-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.