

Formulário de Solicitação de Reembolso Odontológico (FSR)

Os campos assinalados com ** são de preenchimento obrigatório

IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO – PACIENTE

Nome Completo do Paciente **					Idade**
Código de Identificação– Paciente**			Município		UF
Endereço Residencial					
Complemento					Bairro
					CEP
(DDD)	Fone Residencial	(DDD)	Fone Coml / Celular	E-mail	

IDENTIFICAÇÃO DO TITULAR DO PLANO

Nome Completo Titular do Plano**					CPF **
Código de Identificação - Titular**			Empresa**		Plano**
(DDD)	Fone Residencial**	(DDD)	Fone Coml / Celular**	E-mail**	

Conta corrente do Titular do Plano para Depósito de Reembolso

No. do Banco**	Nome do Banco**	No. Agência**	No. Conta**

IDENTIFICAÇÃO DO DENTISTA (PF) / CLÍNICA ODONTOLÓGICA (PJ) – (Não credenciado SulAmérica Odontológico)

Nome Completo (PF) ou Razão Social (PJ) – Dentista/Clínica Executante**					
CPNJ (PJ) / CPF (PF)**				CRO**	UF**
Endereço do Consultório ou Clínica**				Complemento	
Bairro**			CEP**	Município**	UF**
(DDD)	Fone 1**	(DDD)	Fone/Fax	E-mail	

Descrição dos Procedimentos: Preencher apenas 01 dente ou região por linha (Solicitação de Reembolso necessário preencher a Data de Atendimento)

No.	Data do atendimento	Dente/ Região**	Face	Descrição do Procedimento**	Valor (R\$) **
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					

Documentação Encaminhada

Relatório Não Sim

Radiografia Não Sim Caso positivo informar quantidade:

_____ de _____ de _____.

Dentista /Resp. Clínica Odontológica (sob carimbo)

Beneficiário Titular

INSTRUÇÕES

Orientações de Preenchimento do Formulário - **Leve este FSR na primeira consulta com o seu dentista**

1. Utilizar este formulário para atendimentos em dentistas / Clínicas **não credenciadas** SulAméricaOdonto:
 - a. Prévia de Reembolso: **antes** da realização dos procedimentos (neste caso não preencher coluna data);
 - b. Solicitação de Reembolso (procedimentos **já realizados e pagos**) **–é essencial o preenchimento das datas;**
2. Preencha todos os campos do Formulário garantindo a correta informação e evitando devoluções da solicitação;
3. Na descrição dos procedimentos devem ser preenchidos apenas um dente ou região por linha com valores individualizados;
4. Mantenha sempre atualizados os dados bancários (conta corrente) do titular do plano.

Instruções Gerais

1. Todos os procedimentos odontológicos são calculados com base na Tabela SulAmérica Odonto contratada.
2. Os valores de reembolso foram estabelecidos conforme condições gerais do produto/plano.
3. Os valores atribuídos para cada procedimento incluem os materiais necessários e cuidados inerentes ao procedimento em questão (exemplo: anestesia, materiais de forramento para restaurações, sutura cirúrgica, etc).
4. O reembolso se dará segundo o valor vigente nas datas de realização dos serviços e pelo múltiplo previsto no plano contratado, observados os valores máximos de reembolso e descontada a coparticipação/franquia, se houver.
5. Para comprovação das despesas efetuadas, o recibo do dentista ou nota fiscal da clínica deve ser sempre original. No caso de recibo, este deverá conter data, carimbo, assinatura, CPF e CRO do dentista executor.
6. O valor do reembolso será pago somente ao titular do plano, através de sua conta corrente já cadastrada ou informada neste FSR.
7. A não apresentação dos documentos comprobatórios específicos acarretará devoluções de toda documentação apresentada.
8. Só é permitida solicitação de reembolso para **serviços cobertos** pelo seu plano e realizados em profissionais ou clínicas **não integrantes da Rede SulAmérica Odonto**. Antes de iniciar seu tratamento pergunte se o profissional ou a clínica fazem parte da rede de atendimento SulAmérica Odonto.

Prévia de Reembolso – Instruções específicas (Procedimentos ainda não realizados)

Sistema que permite ao beneficiário obter uma prévia do valor a ser reembolsado na utilização do dentista de sua livre escolha (não pertencente à rede credenciada da SulAmérica Odonto) antes da realização dos tratamentos.

- a) Preencha seus dados no FSR;
- b) Solicite ao profissional o preenchimento do plano de tratamento e demais informações no FSR;
- c) Encaminhe o FSR devidamente preenchido para o endereço eletrônico: reembolso.odonto@sulamerica.com.br.
- d) A Prévia de reembolso será encaminhada para seu e-mail.
É de extrema importância o preenchimento com o CPF ou CNPJ do profissional que executará o tratamento.
Prévias não serão emitidas se o FSR não estiver preenchido corretamente e anexo ao e-mail.

A prévia de valor de reembolso será fornecida com base nas informações prestadas, sujeita a alteração no decorrer do tratamento, **não se constituindo portanto, em compromisso de pagamento pela operadora.**

Solicitação de Reembolso – Instruções específicas (Procedimentos já realizados e pagos)

DOCUMENTAÇÕES

- a) FSR original devidamente preenchido e assinado por você e seu dentista;
Solicite ao profissional o preenchimento dos procedimentos realizados e demais informações no FSR:
- Código de identificação e nome completo do paciente;
 - Data da realização por procedimento;
 - Discriminação dos procedimentos realizados informando dente/região; faces tratadas, etc;
 - Valor cobrado por procedimento realizado;
 - Carimbo com nome, CRO e assinatura do dentista/clínica;
 - Nome, endereço completo e telefone do dentista/clínica;
 - CPF (completo e legível) para dentista pessoa física;
 - CNPJ (completo e legível) para clínica pessoa jurídica.
- b) Documentação Clínica do tratamento realizado:
- **Radiografias iniciais e/ou finais** para tratamentos de **prótese, cirurgia, endodontia, cirurgias periodontais e implantes;**
 - Para Ortodontia: Estudo e Planejamento do caso com disfunção do paciente, tipo de aparelho, prognóstico e tempo previsto para o tratamento;
 - Laudos ou relatórios descritivos emitidos pelo cirurgião-dentista responsável;
- c) Recibo original impresso do próprio dentista (contendo carimbo com nome, CRO e assinatura do profissional) e/ou Nota Fiscal quitada da clínica odontológica. Esse recibo ou nota fiscal deve ser referente aos procedimentos descritos no FSR.

COMO ENCAMINHAR

Em posse de toda documentação, **mantenha guarda de cópias.**

1) Terminais de Autoatendimento SulAmérica.

- Localização disponível no site www.sulamerica.com.br ou no aplicativo SulAméricaOdonto.
- Colocar toda documentação no envelope de Solicitação de Reembolso Odontológico. Ao inserir o envelope será gerado um número de protocolo.
- Sua solicitação de reembolso poderá ser acompanhada pelo site www.sulamerica.com.br ou pelo aplicativo SulAméricaOdonto, através do número de protocolo.
- Não será possível inserir radiografias de dimensões superiores a 20 cm X 10 cm nos envelopes dos Terminais de Autoatendimento SulAmérica; neste caso, utilizar os Correios.

2) Correios / Caixa Postal

- Inicialmente acessar a área logada do paciente no site para gerar o protocolo de Solicitação de Reembolso. Caminho: "Reembolso" – "Solicitação de Reembolso";
- Selecione o campo "Atendimento no Brasil" ou "Atendimento no exterior";
- Valor solicitado: preencher o valor total da solicitação de reembolso. Esse valor deve ser compatível com o valor descrito no(s) recibos(s) ou nota(s) fiscal(is);
- CPF ou CNPJ do dentista ou clínica;
- Prestador: nome do dentista ou clínica odontológica;
- CRO: número de inscrição do dentista ou clínica no Conselho Regional de Odontologia.
- Imprimir o protocolo gerado;
- Anexar toda a documentação original mais o protocolo gerado;
- Encaminhar para **Caixa Postal 11.678 CEP 05049-970 - São Paulo - SP.**
- Sua solicitação de reembolso poderá ser acompanhada pelo site www.sulamerica.com.br ou pelo aplicativo SulAméricaOdonto, através do número de protocolo.

3) Planos Empresariais

- Setor de benefícios de sua empresa (conforme acordo com a Empresa).

Observação:

Todo processo de solicitação de reembolso é verificado por um cirurgião-dentista auditor para análise técnica dos procedimentos realizados. Em casos de dúvidas, para melhor classificação do procedimento dentro da Tabela SulAméricaOdonto e/ou sobre as normas de odontologia utilizados nos procedimentos realizados, **poderá ser solicitada documentação complementar.**