



Reembolso Odonto –



Reembolso Odonto por App

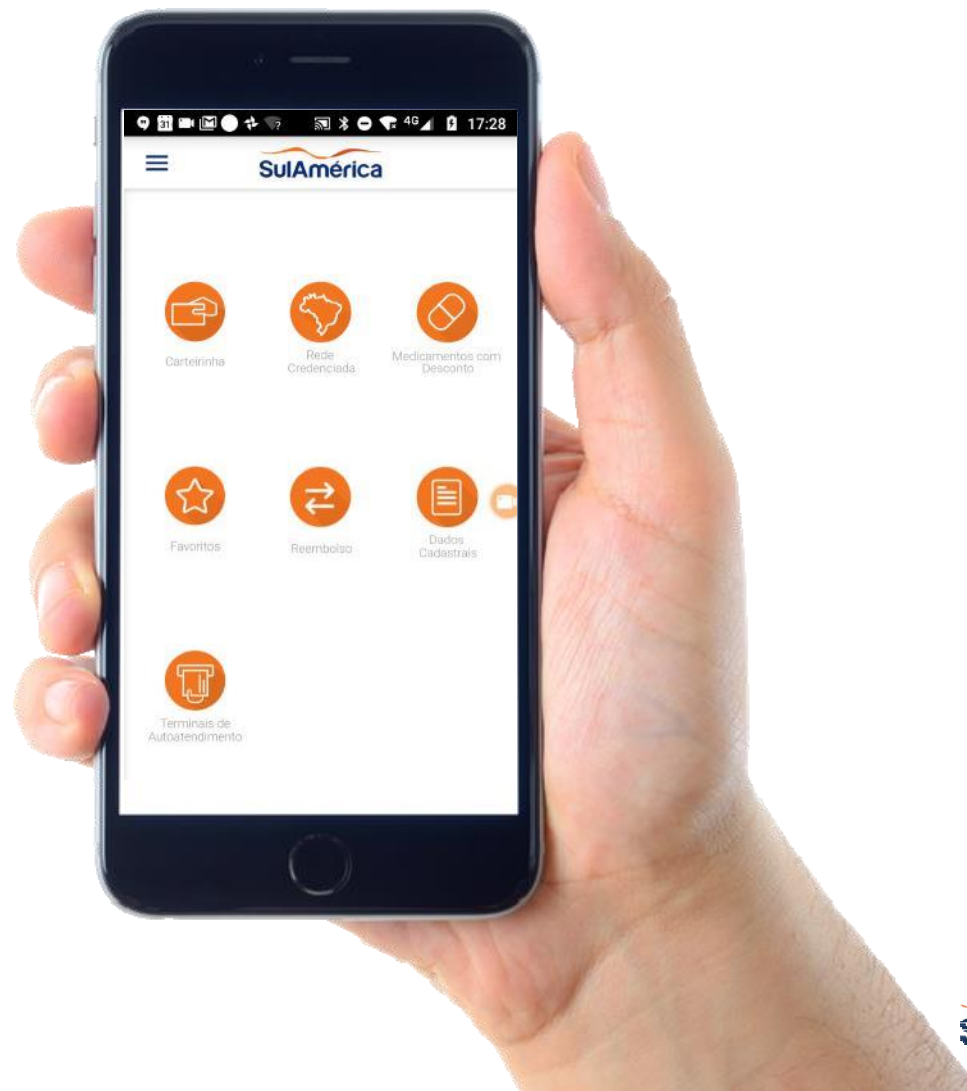
App SulAmérica Odonto



Via de entrada
exclusiva
por App

Cliente Odonto

Com o Aplicativo SulAmérica Odonto o Beneficiário pode solicitar reembolso diretamente pelo Celular.

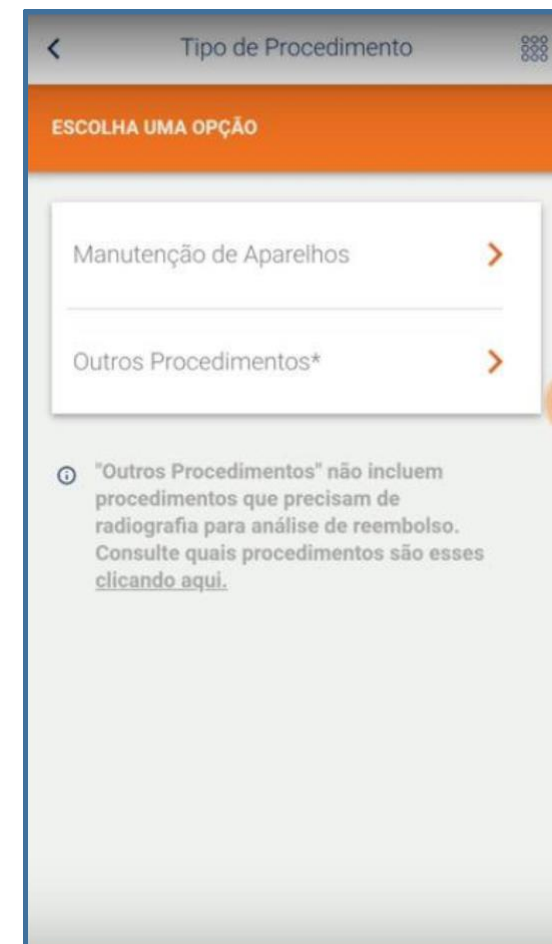
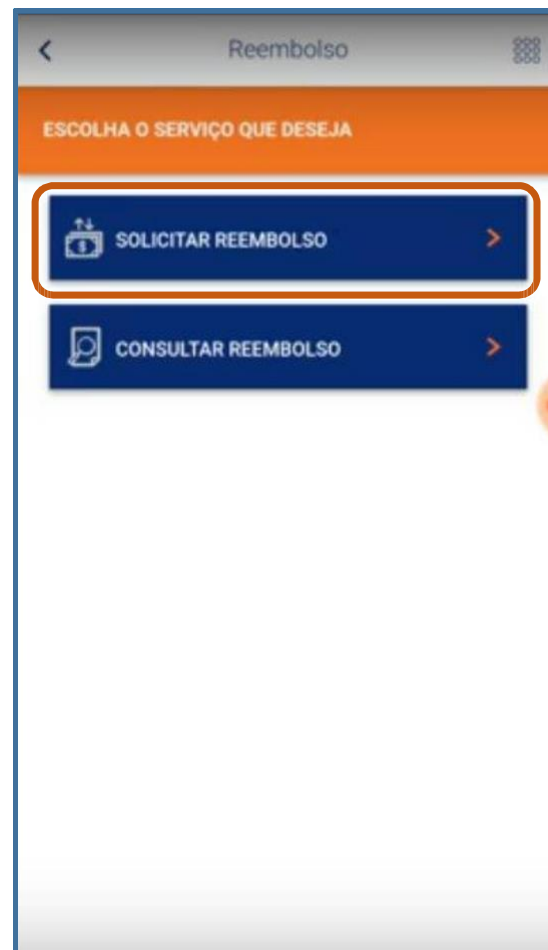
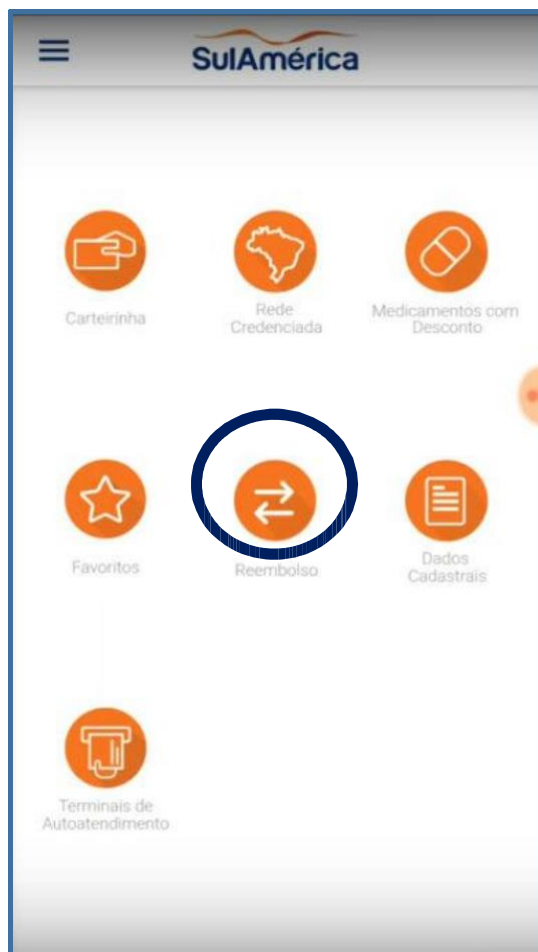


Baixe já o App SulAmérica Odonto e experimente essa novidade!



COMO SOLICITAR O REEMBOLSO >>>>

Solicitar Reembolso



Fluxo Reembolso



Solicitar Reembolso

Dados Cadastrais

Segurado que realizou o procedimento

JOSÉ CARLOS PEREIRA

Informações bancárias do titular

Banco	Agência	Conta
33	1652	00001000572-5

Atualizar Dados

Prezado(a) segurado(a), o reembolso, quando autorizado, será depositado na conta bancária cadastrada pelo titular. Assim, para prosseguir com a sua solicitação de reembolso é necessário confirmar se os dados bancários cadastrados estão atualizados.

Importante: A conta cadastrada deve estar em nome do titular do plano.

Dados Cadastrais

Confirmar se os dados bancários cadastrados estão atualizados.

Importante: A conta cadastrada deve estar em nome do titular do plano.

Dados da clínica / dentista executante

CNPJ/CPF da clínica / dentista executante

Estado do CRO

Número do CRO

Telefone da clínica / dentista executante

PROCEDIMENTOS

Manutenção de Aparelhos

Procedimento 1

Tipo de Aparelho

Data de Realização

Valor do Procedimento

Adicionar outro procedimento

DOCUMENTAÇÃO

Solicitar Reembolso

< Manutenção de Aparelhos

Procedimento 1

Tipo de Aparelho

- Fixo
- Removível
- Ortopédico
- Estético

DOCUMENTAÇÃO

< Documentação

Adicione **todos os documentos** referentes aos procedimentos descritos no passo anterior. Inclua aqui: **recibos, notas fiscais, laudos e relatórios.**

Cópia digital

Por favor, fotografe ou insira uma imagem do documento. **Insira uma foto para cada documento.**

Documento 1

TIRAR A FOTO SELECIONAR DA GALERIA

VISUALIZE A IMAGEM NESTA ÁREA.

< Revisão de Solicitação

Segurado que realizou o procedimento

JOSÉ CARLOS PEREIRA

Informações bancárias do titular

Banco	Agência	Conta
33	1652	00001000572

Dados da clínica / dentista executante

CNPJ/CPF da clínica / dentista executante

178.695.417-49

Estado do CRO
São Paulo

Número do CRO
454848

Telefone da clínica / dentista executante
(11) 32540-7654

Procedimento 1

Tipo de procedimento
Manutenção de aparelhos





Solicitar Reembolso

< Revisão de Solicitação

< Reembolso

Detalhamento Procedimento

JOSÉ CARLOS PEREIRA

Data de Solicitação: 21/01/2019 Número da SR: 5140142818 >>

Apresentado:	Pago:	Não Reemb.
R\$ 0,1	R\$ 0,00	R\$ 0,00

Informações Bancárias

Banco:	Agência:	Conta:
33	1652	00001000572-

🕒 Em processamento

Valor da solicitação: R\$ 150,00

ENVIAR

CANCELAR

×

Solicitação Enviada

Número da SR
5140146560

Protocolo - 00951220190304013552

Solicitação de reembolso enviada!

O prazo para análise desta solicitação é de até **30 dias corridos***.

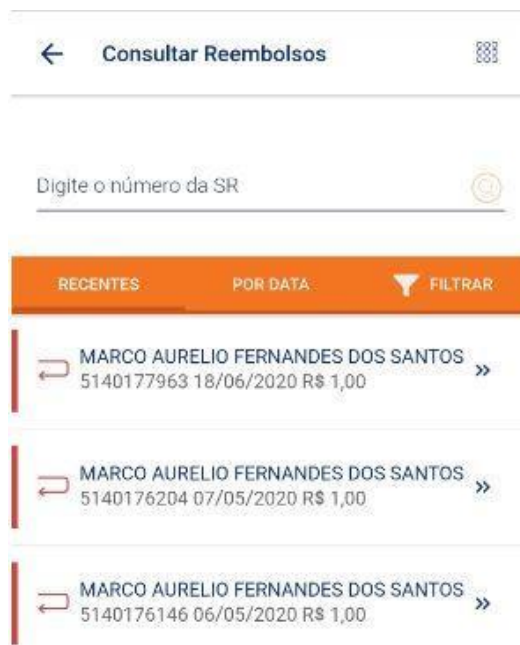
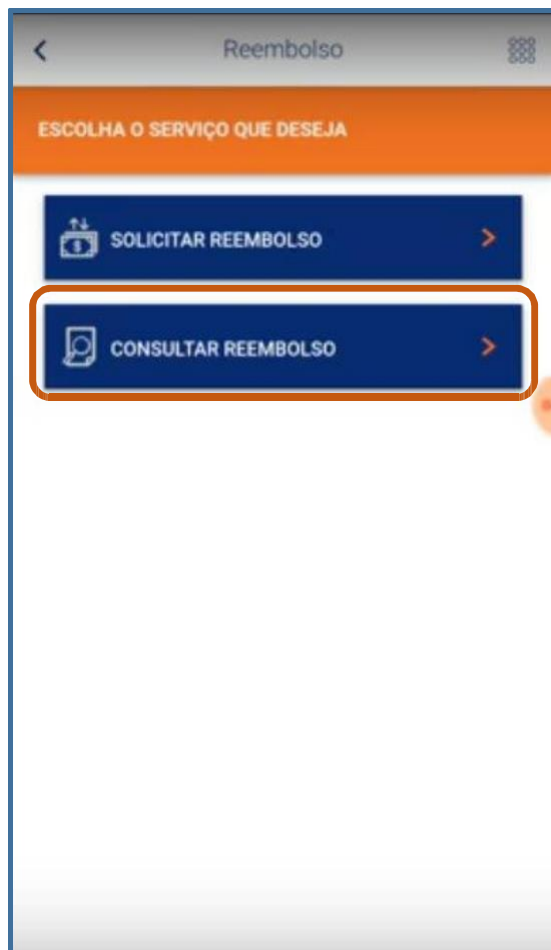
ATENÇÃO

Lembre que a guarda dos documentos originais, para fins tributários e legais é de sua inteira responsabilidade. Guarde-os por, no mínimo, 05 anos, conforme legislação vigente.

As informações dos recibos de seus reembolsos serão encaminhadas à Receita Federal pela Operadora.

Além disso, lembre que a qualquer momento a SulAmérica poderá solicitar os documentos originais para conferência, sob pena do processo de reembolso não ser analisado ou, caso já tenha sido

Consulta de Reembolso - App



O que deve ser enviado para solicitar Reembolso Odonto:



App

Manutenção de
Aparelhos

Outros
Procedimentos



FSR – versão 2020



Formulário de Solicitação de Reembolso Odontológico (FSR)

IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO - PACIENTE

Nome Completo do Paciente	
Código de Identificação- Paciente	
(DDD) Fone Paciente/Responsável	E-mail

IDENTIFICAÇÃO DO TITULAR DO PLANO

Nome Completo Titular do Plano	CPF Titular
E-mail	

Conta corrente do TITULAR DO PLANO para Depósito de Reembolso

No. do Banco	Nome do Banco	Nº. Agência (com dígito, se houver)	Nº. Conta com dígito

IDENTIFICAÇÃO DO DENTISTA (PF) / CLÍNICA ODONTOLÓGICA (PJ) – (NÃO CREDENCIADO SulAmérica Odontológico)

Nome Completo (PF) ou Razão Social (PJ) – Dentista/Clinica Esacudente			
CNPJ (PJ) / CPF (PF)		CRM	UF
Endereço do Consultório ou Clínica		Complemento	
Bairro	CEP	Município	UF
(DDD) Fone	E-mail		

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

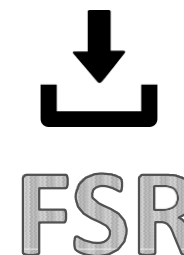
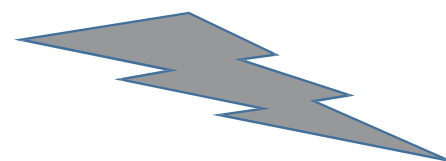
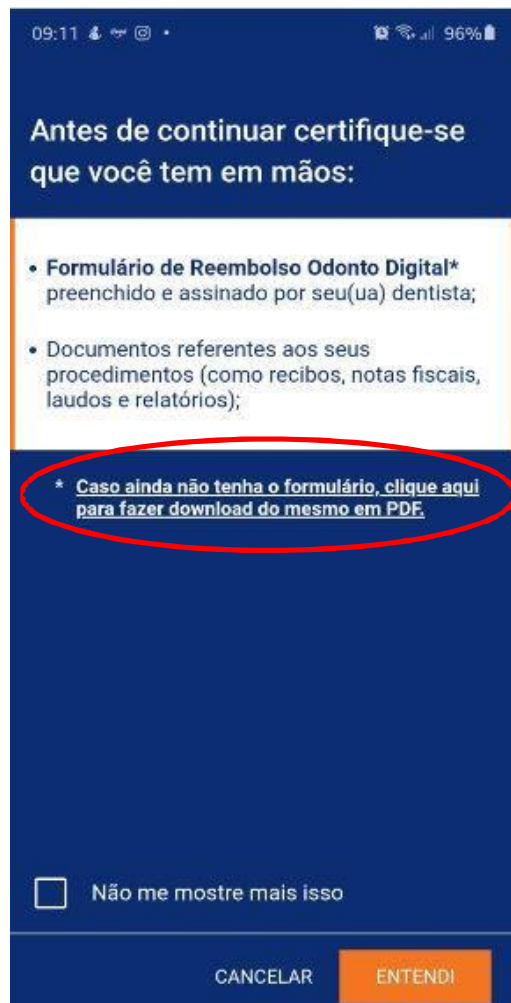
No.	Data do atendimento	Dente/ Região	Face	Descrição do Procedimento	Valor (R\$)
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
<u>Valor Total Solicitado</u>					

Data: ____/____/____

Dentista /Resp. Clínica Odontológica (sob carimbo)

Beneficiário Paciente ou Titular do Plano

Download FSR pelo App



Formulário de Solicitação de Reembolso

O que deve ser enviado para solicitar Reembolso Odonto:

App

Outros Procedimentos

- 1) FSR preenchido e assinado pelo beneficiário e pelo dentista. Deve conter:
 - Código de identificação e nome completo do paciente;
 - Data de realização de cada procedimento;
 - Discriminação dos procedimentos realizados informando dente/região, faces tratadas etc;
 - Valor cobrado por procedimento realizado;
 - Carimbo do dentista com nome, CRO e assinatura;
 - Nome, endereço completo e telefone do dentista/clínica;
 - CPF do dentista (pessoa física)
 - CNPJ da clínica (pessoa jurídica)
- 2) Documentação clínica do tratamento realizado:
 - Radiografias iniciais e/ou finais para tratamentos de Prótese, Cirurgia, Endodontia e Implantes;
 - Para Ortodontia (início do tratamento): 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.
- 3) Recibo 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.

O que deve ser enviado para solicitar Reembolso Odonto:



- 1) Recibo impresso do próprio dentista (contendo carimbo com nome, CRO e assinatura do profissional) e/ou Nota Fiscal quitada da clínica odontológica;
- 2) CPF/CNPJ do dentista/clínica;
- 3) Código de identificação e nome completo do paciente;
- 4) Data de realização da manutenção;
- 5) Valor cobrado pela manutenção.

Dados completos são necessários

Não é possível prosseguir análise com recibo abaixo:



RECIBO

RS
R\$ 900,00

Recebi de _____
CPF 071. _____

a importância de noventa reais

referente a serviços odontológicos prestados.

São Paulo, 14 de agosto de 2018

Dra. Ma
CPF _____
Jd. Paulistana
Fones: (11) _____

[Assinatura]
ASSINATURA



Prazos para pagar Reembolso


SulAmérica

Prazos para pagar Reembolso

- Lei 9656/98
- RN 259/11
- IN/DIPRO 23/09
- Entendimento DIFIS nº 8/2017

Prazo máximo de **30 (trinta) dias** contados da entrega da documentação adequada, entendida como a documentação prevista no contrato para a solicitação de reembolso.

Entendimento DIFIS nº 8/17

Condições Gerais:

“O Reembolso será efetuado diretamente ao Segurado Titular, em até 30 (trinta) dias contados a partir da data do recebimento dos documentos originais específicos para cada procedimento”.