

## INSTRUÇÕES PARA SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO ODONTOLÓGICO

*Para Solicitação de Reembolsos de despesas odontológicas, nos casos previstos contratualmente você deverá preencher o:*

**Formulário de Solicitação de Reembolso** conforme instruções abaixo:

### INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

**a) Dados do Beneficiário:** Preencha corretamente os seus dados, para garantir sua identificação na Unimed Odonto;

**b) Dados do Cirurgião Dentista:** Informe todos os dados do seu cirurgião dentista;

**c) Dados Bancários do Beneficiário Titular:** O crédito dos valores reembolsados será efetuado na conta corrente do titular indicada neste formulário, sendo de responsabilidade do beneficiário as informações prestadas. A Unimed Odonto não se responsabilizará por atrasos ou não pagamentos por informações incorretas;

**d) Detalhamento do tratamento:** O cirurgião dentista deverá preencher juntamente com o beneficiário, todos os campos do Formulário referente ao tratamento, sendo ambos responsáveis sobre a veracidade das informações apresentadas;

· **Descrição do procedimento:** Informe o procedimento realizado;

· **Dente/Área:** Informe o número do elemento tratado ou área específica;

· **Faces:** Informe a(s) face(s) para procedimentos de restaurações a serem tratados, de acordo com as iniciais de cada uma delas: (D) Distal; (M) Mesial; (O) Oclusal; (V) Vestibular; (P) Palatina; (L) Lingual e (I) Incisal;

· **Valor Cobrado:** Informe o valor (em reais) de cada procedimento realizado;

· **Data de realização:** Informe a data de realização de cada procedimento do tratamento;

· **Assinatura do Beneficiário:** Solicite ao beneficiário sua assinatura ao término de cada tratamento realizado;

**e) Assinatura do Beneficiário ou Responsável:** Assine após o término do tratamento planejado;

**f) Assinatura e Carimbo do Dentista:** Solicite que seu dentista assine e carimbe após o término do tratamento planejado, considerando-se responsável pelos procedimentos realizados;

### NO TÉRMINO DE TRATAMENTO:

1. Efetue o pagamento dos valores cobrados diretamente ao seu dentista particular.

2. Solicite ao seu dentista o formulário de solicitação de reembolso com todas as informações preenchidas e emissão de um recibo ou nota fiscal no valor pago.

3. Verifique se o recibo/nota fiscal **original** apresenta: nome do paciente, data da consulta, valor cobrado (numérico e por extenso), descrição do tipo de atendimento/especialidade. Do recibo, deverão constar, ainda, os dados do dentista assistente (nome, CPF, CRO especialidade, assinatura e endereço completo).

4. Nos casos de Exames Radiológicos e Serviços Auxiliares – anexe o Pedido do dentista assistente, acompanhado da Nota Fiscal da clínica que efetuou o atendimento, contendo: nome do paciente, data do atendimento, valor cobrado, nome de cada exame realizado, com o respectivo valor unitário e região do exame.

5. Encaminhe toda essa documentação para análise à UNIMED ODONTO pelo correio, em nosso **Escritório Regional Florianópolis**.

6. O prazo para o reembolso é de 15 (quinze) dias úteis, contados da data do recebimento da documentação correta e completa na UNIMED ODONTO, sob protocolo.

**IMPORTANTE: Procedimentos não cobertos pelo plano contratado não serão reembolsados**

**ATENÇÃO:**

- A falta /erro de preenchimento ou a falta de documentos necessários para a realização do reembolso implicará em devolução ou pendência do processo de reembolso para sua devida regularização/correção.
- A Unimed Odonto se reserva no direito de solicitar laudos de exames realizados anteriormente, prontuário ou relatório completo do dentista assistente ou outros documentos que julgar necessários, bem como realizar auditoria clínica, ficando o processo de reembolso, nesse caso, sujeito à análise dos resultados dos referidos exames ou laudos, o que acarretará a recontagem do prazo estabelecido neste Contrato.