

Atendimento Livre Escolha

FATO – Ficha de Aprovação de Tratamento Odontológico

Finalidade do documento: Cálculo prévio Solicitação de reembolso

Protocolo de solicitação WEB: _____ Código de autorização: _____

Dados beneficiário

Empresa: _____ Plano: _____

Nome do beneficiário: _____ Cargo: _____

Código: _____ CPF: _____ Data de nascimento: ____/____/____

Endereço residencial: _____ nº _____

Cidade: _____ UF: _____ CEP: _____ - _____

Telefone residencial: (____) _____ - _____ Telefone comercial: (____) _____ - _____ R: _____

Dados do cirurgião dentista

Nome: _____

CRO: _____ CPF/CNPJ: _____

Endereço: _____ nº _____

Cidade: _____ UF: _____ CEP: _____ - _____

Telefone consultório: (____) _____ - _____

Tem interesse em atender os beneficiários da Rede Odonto Empresas? Sim Não

Dados bancários do titular para depósito – Somente conta corrente

Nome do titular: _____

CPF: _____ E-mail: _____

Nome do banco: _____ Agência: _____ Conta corrente: _____

Atenção:

A operadora oferece a opção de atendimento por um dentista de sua preferência pelo sistema Livre Escolha (Reembolso), verifique se o seu plano possui essa cobertura. Essa opção está disponível exclusivamente para o atendimento por profissionais ou clínicas não referenciados e para os procedimentos cobertos pelo seu plano. Após a realização do tratamento e do respectivo pagamento você poderá solicitar o reembolso de despesas odontológicas, que será processado conforme os limites contratuais.

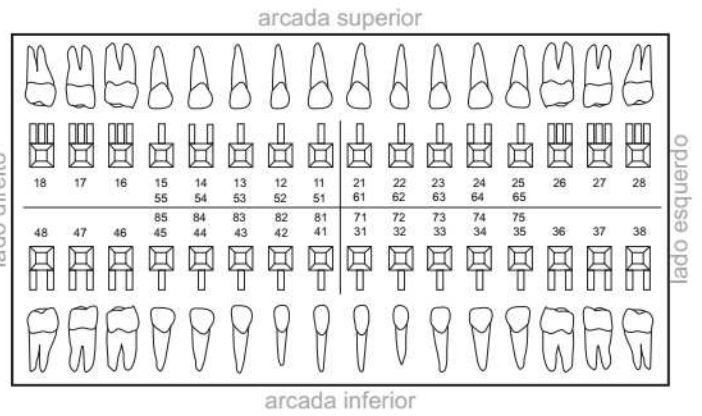
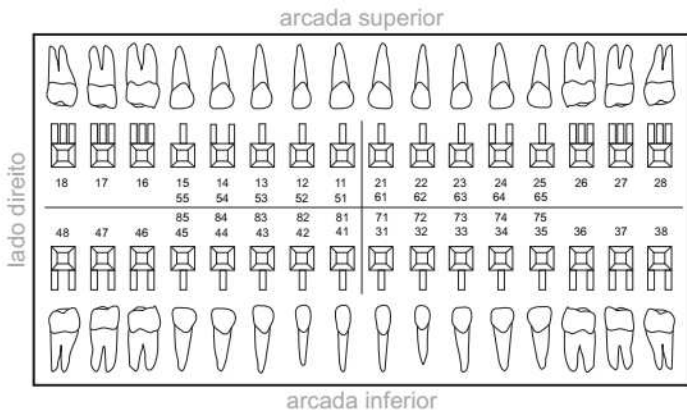
Para solicitação do reembolso este documento deverá ser preenchido corretamente, seguindo acompanhado do recibo/nota fiscal, radiografias e laudos obrigatórios conforme tabela de procedimentos Livre Escolha disponível para visualização e download no App ou Web Segurado. A documentação de pagamento poderá ser enviada de forma digitalizada acessando as nossas ferramentas App Segurado e Web Site Segurado. Fique atento ao retorno da análise da sua documentação nos canais que ocorreram a solicitação. O seu reembolso também poderá ser solicitado pelos Correios, enviando para o endereço abaixo:

Caixa Postal 78764, CEP 02235-971, São Paulo/SP

O reembolso poderá ser solicitado apenas após o pagamento e conclusão do tratamento, no prazo máximo de 1 (um) ano a partir da data de realização.

Odontograma estado atual

Odontograma pós-tratamento



Dente	Descrição do procedimento	Faces	Valor	Data término tratamento	Assinatura do usuário

Observação:

Carimbo e assinatura do dentista

Autorização paciente ou responsável

Carimbo operadora e data do recebimento

Análise do auditor – Utilização exclusiva do auditor da operadora

Auditor: _____ Auditado em: ____/____/____

Observação: _____
