

ESTE CAMPO NÃO PODE SER RASURADO

ESTE CAMPO NÃO PODE SER RASURADO

ORIENTAÇÕES PARA REEMBOLSO

- Leve o FRR (Formulário de Requisição de Reembolso) na primeira consulta com seu dentista.
- Preencha corretamente o FRR (ver item 1).
- Preencha corretamente os DADOS BANCÁRIOS e o CPF do Beneficiário Titular.
- Envie o FRR para a Caixa Postal informada abaixo.
- Verifique corretamente os requisitos necessários para pagamento do reembolso.

**Endereço: BRASILDENTAL S/A - Departamento Clínico - Setor de Livre Escolha
Caixa Postal 261 - CEP: 06455-972 - Barueri - SP**

1. PREENCHIMENTO DO FRR CAMPOS OBRIGATÓRIOS

- Dados completos do Cirurgião Dentista e CPF
- Dados bancários do Beneficiário Titular do plano e CPF
- Número da Carteira BB Dental e nome do paciente (em tratamento com o Cirurgião dentista)
- Nome do Beneficiário Titular do plano.
- Descrição do tratamento realizado, que deve conter: número do dente tratado, faces, área ou região da boca tratadas, descrição detalhada do tratamento realizado (um evento por linha) e valor cobrado pelo dentista (por evento realizado).

2. SIMULAÇÃO DO VALOR DE REEMBOLSO

Uma vez preenchido o FRR, você pode enviá-lo por FAX A/C do Departamento Clínico, fone: (55) 11 4878-8299. Após dois dias úteis o valor simulado de seu reembolso estará disponível no telefone: 0800 602 0001 Central de Atendimento e Relacionamento. Para agilizar o processo, tenha em mãos o número deste FRR. **Atenção: o fax não é aceito para efetivação de seu reembolso.**

3. ENVIO DO FRR PARA REEMBOLSO

- Observe o item 1 referente ao preenchimento do FRR para obtenção de reembolso.
- Enviar o FRR e RECIBO ORIGINAIS. O recibo deve ser emitido pelo Cirurgião dentista, em valor igual ao total do tratamento realizado e descrito neste FRR.
- Enviar a documentação clínica completa do caso, inclusive imagens iniciais e finais dos tratamentos visualizáveis (restaurações, próteses, endodontia e cirurgia, entre outros).

4. EFETIVAÇÃO DO REEMBOLSO

O valor do reembolso devido será creditado na conta corrente do Beneficiário Titular informada no FRR no prazo estabelecido em contrato, desde que cumpridos os requisitos estabelecidos nos itens 1 e 3.

IMPORTANTE: Os originais do FRR e do recibo não são devolvidos. Os eventos e respectivos valores reembolsáveis são definidos de acordo com o contrato firmado entre as partes.

Solicitação de Reembolso e Termo de Responsabilidade

Declaramos estar cientes e de acordo com as normas e os procedimentos descritos neste FRR, sobretudo da necessidade de apresentação do original do FRR e do recibo de pagamento profissional, bem como as imagens referente ao tratamento informado neste FRR. Declaramos ainda, ciência de que este FRR será devolvido, caso todos os documentos pertinentes ao tratamento em questão não sejam apresentados corretamente.

_____, _____ de _____ de 20____.

Assinatura do Beneficiário Titular

Assinatura do Cirurgião - Dentista

Observações:

Auditado em: ____/____/____.

Auditor: _____

Aprovado para: ____/____/____.

Valor aprovado: _____