

SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO



IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO TITULAR (*Preenchimento obrigatório)

Nome:*			Número protocolo:		
Nº carteirinha*:	Nome do Plano*:	Empresa (Contratos Coletivos):			
Endereço:					
Bairro:		CEP:	Cidade:		Estado:
Telefone: () ()	Celular*: () ()	E-mail*:			

INFORMAÇÕES SOBRE O ATENDIMENTO

Nome do Beneficiário	Nº da carteirinha	Cirurgião Dentista / Clínica	Valor do recibo
Observação: Procedimentos não cobertos pelo plano contratado não serão reembolsados.			Total

DADOS PARA DEPÓSITO

Marcar a opção desejada: DEPÓSITO NA CONTA DO BENEFICIÁRIO TITULAR DEPÓSITO NA CONTA DO BENEFICIÁRIO DEPENDENTE ATENDIDO

Número do Banco:	Nome do Banco:	CPF do Favorecido:
Tipo conta:	Agência:	Conta:
Conta Corrente		

Atenção: Verifique com precisão se os dados da conta corrente para depósito estão corretos e legíveis. O preenchimento incorreto ou ilegível isenta a Unimed Odonto de qualquer transtorno decorrente da não efetivação do reembolso. Em caso de estorno (por preenchimento de dados inconsistentes) o pagamento do reembolso estará sujeito a atraso. O reembolso será creditado conforme opção escolhida, desde que os dados sejam do Beneficiário Titular ou do Beneficiário Dependente atendido.

INSTRUÇÕES PARA A SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO

Para solicitação de Reembolso Odontológico, você deverá seguir as seguintes instruções:

Relatório Odontológico

O relatório deve conter:

- Nome do paciente (Beneficiário atendido)
- Data do atendimento
- Detalhamento da equipe e do tipo de atendimento/especialidade com o valor cobrado, no caso de honorários
- Nome de cada procedimento realizado e ou serviços auxiliares, com o respectivo valor unitário e região
- Nome do profissional
- CPF ou CNPJ
- CRO/UF
- Carimbo
- Endereço completo
- Assinatura

NF ou Recibo

O Recibo ou a NF deve conter:

- Nome do paciente (Beneficiário atendido)
- Data
- Descrição do tipo de atendimento/especialidade
- Valor total cobrado
- Nome do profissional executante (cirurgião dentista)
- CPF ou CNPJ
- CRO/UF
- Endereço completo
- Carimbo
- Assinatura

O reembolso das despesas odontológicas será efetuado de acordo com os limites previstos no Contrato e tabela contratada e em até **01 (um) ano**, à contar da data exposta no documento fiscal (NF ou Recibo), conforme artigo 206, inciso II, alínea B do Código Civil Brasileiro.

Para solicitar o reembolso, encaminhe este Formulário de Solicitação de Reembolso, devidamente preenchido, juntamente com o Relatório acima detalhado, e Recibo ou NF original, referente ao tratamento realizado para:

Correio
UNIMED ODONTO
A/C REEMBOLSO ODONTOLÓGICO
Caixa Postal: 1230-8 - São Paulo/SP - CEP: 02017-970

Presencial
UNIMED ODONTO
A/C REEMBOLSO ODONTOLÓGICO
Endereço da matriz (abaixo descrito)

IMPORTANTE: A não autenticidade dos documentos apresentados ou omissão de qualquer informação prestada, na tentativa de obter vantagem indevida, como por exemplo, o desdobraimento de recibos, atendimento de outras pessoas que não sejam beneficiários do plano, recibos falsos ou adulterados etc. constituem fraude contra a Unimed Odonto e podem resultar na perda do direito ao reembolso e cessação da cobertura, sem prejuízo da adoção das demais medidas cabíveis ao caso.

Para quaisquer esclarecimentos sobre o seu reembolso, tais como: valores e prévias, contate nossa Central de Relacionamento: 0800 9 428 428.

BENEFICIÁRIO OU RESPONSÁVEL

Para os casos de beneficiários vinculados a Contratos Coletivos Empresariais, o departamento de RH da empregadora poderá ter ciência dos procedimentos realizados e ora solicitados neste formulário? Sim Não NA

Declaro conhecer e concordar com os procedimentos descritos acima.

_____, ____ de _____ de _____.

Assinatura do Beneficiário

PROTOCOLO (Entrega presencial)

Nome do Beneficiário:		Número protocolo:	
Data de entrega:	Quantidade de recibos e/ou notas fiscais:	Valor total:	