

somoscoop»

uniodonto® U  
Campinas



CARTILHA DE ORIENTAÇÃO  
**Plano Livre  
Escolha**

## Introdução

O objetivo dessa cartilha é apresentar as informações referentes à utilização do seu plano no modelo Livre Escolha da Uniodonto Campinas. Esse documento é informativo e não substitui o contrato e demais documentos necessários para realização de procedimentos.

As informações completas e detalhadas como as regras, condições e coberturas do plano são encontradas nas condições gerais.

## Plano Livre Escolha

A modalidade livre escolha é um sistema de reembolso ao beneficiário referente às despesas odontológicas decorrentes de atendimentos, procedimentos e tratamentos realizados com profissionais não integrantes ao Sistema Nacional Uniodonto.

Os planos pertencentes à categoria livre escolha da Uniodonto Campinas, possibilitam o beneficiário a escolher o cirurgião-dentista de sua preferência, com o objetivo de realizar o atendimento odontológico particular e ter o reembolso das despesas, dentro dos limites e regras estabelecidos em contrato.



# Solicitação de Reembolso

O beneficiário pode solicitar o reembolso mediante comprovação de atendimento odontológico particular, em procedimentos cobertos pelo plano vigente, de acordo com condições, limites e tabela contratual, conforme o Rol de Procedimentos da ANS e suas diretrizes de utilização, apenas quando executados por profissionais não cadastrados no Sistema Nacional Uniodonto.

## Solicitação de Reembolso Não Permitida

Não será permitida a solicitação do reembolso nos casos em que o atendimento tenha sido realizado por profissionais pertencentes ao Sistema Nacional Uniodonto, como também, em procedimentos não cobertos pelo plano contratado.

## Valor do Reembolso

O cálculo do valor do reembolso é realizado com base na tabela do plano contratado e quantidade de USO (Unidade de Serviço Odontológico) específica para cada procedimento, de acordo com condições pré-estabelecidas em contrato.

## Orçamento Prévio para Solicitação de Reembolso

Antes de realizar o atendimento com o cirurgião-dentista escolhido, o beneficiário poderá solicitar um orçamento prévio ao profissional escolhido e enviá-lo à Uniodonto Campinas para conhecimento do valor de reembolso e se todos os procedimentos solicitados são cobertos pelo plano contratado.

O orçamento deverá ser preenchido no formulário de solicitação de reembolso contendo nome do cirurgião-dentista, número do CRO e os procedimentos solicitados, além do número do cartão Uniodonto ou CPF de quem for realizar os procedimentos.

Em até 48 horas úteis após o recebimento dessas informações pela Uniodonto Campinas, será informada ao beneficiário a prévia de reembolso.

Deverá ser preenchido um formulário para cada orçamento feito. Será aceito apenas um formulário por recibo ou nota fiscal apresentada. No caso de procedimentos com mais de um profissional ou clínica, deverão ser apresentados formulários separados.

## • Passo a passo para solicitação do orçamento:

- 1.** Pedir o formulário de solicitação de reembolso no RH da sua empresa, setor de benefícios ou pelos canais oficiais da Uniodonto Campinas, através do e-mail [sac@uniodontocampinas.com.br](mailto:sac@uniodontocampinas.com.br) ou pelo telefone 0800 160 5555;
- 2.** Solicitar ao cirurgião-dentista escolhido o preenchimento do formulário identificando os procedimentos a serem realizados;
- 3.** Enviar o formulário devidamente preenchido para o e-mail [sac@uniodontocampinas.com.br](mailto:sac@uniodontocampinas.com.br);
- 4.** Aguardar o retorno do e-mail em até 48 horas úteis.



# Auditoria Odontológica

A Uniodonto Campinas, ao receber o pedido de reembolso e/ou ao término do tratamento, poderá realizar auditoria odontológica.

Exceto nos tratamentos cujos valores totais sejam superiores a R\$ 1.500,00 (mil e quinhentos reais) onde a realização de auditoria prévia é obrigatória, salvo os procedimentos de urgência/emergência.

## Solicitação do Reembolso

Após a realização do atendimento odontológico, é necessário enviar para a Uniodonto Campinas o formulário completamente preenchido com o detalhamento do tratamento efetuado, junto com os comprovantes de atendimento e o recibo de pagamento.

No formulário há campos de responsabilidade do beneficiário titular, do paciente e do cirurgião-dentista. Todos os campos devem estar corretamente preenchidos e deve-se evitar rasuras ou omissão de algum dado para não ocasionar a devolução.

### 1. Campos de responsabilidade do beneficiário

#### A) DADOS PESSOAIS

Preencher de forma clara e legível as informações do beneficiário (paciente) que fará o tratamento:

DADOS DO BENEFICÁRIO			
*Nome do Paciente:			
*CPF:	*RG	*DATA NASC.	
*Nº Carteirinha:			
*End. Resid.:	*Nº	*Complemento:	*CEP:
*Cidade:	*UF:	*Tel. Res.	
*E-mail:	* Tel Celular:		

## B) DADOS BANCÁRIOS

Preencher de forma clara e legível os dados bancários da conta corrente do beneficiário titular. Não esquecer de colocar os dígitos verificadores de conta ou da agência, quando houver. Somente poderá ser preenchido com dados do beneficiário titular, nunca de outra pessoa, mesmo se for o dependente que recebeu o atendimento.

Evitar utilizar conta poupança para minimizar chances de devolução do pedido de reembolso.

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO TITULAR (Resp. Contratual)		
*Nome do Beneficiário Titular:		
CPF:		
Banco:	Corrente ( )	Poupança ( )
Agência:		
Conta:		
Chave PIX:		

## 2. Campos de Responsabilidade do cirurgião-dentista

### A) DADOS DO CIRURGIÃO-DENTISTA

Este campo será preenchido pelo cirurgião-dentista responsável pelo atendimento, com os dados da pessoa física ou da pessoa jurídica, de acordo com o recibo ou Nota Fiscal que será emitida em favor do beneficiário titular do plano.

DADOS DO CIRURGIÃO-DENTISTA			
*Nome do Profissional ou da Clínica:			
*CNES:		*CRO:	
*CPF/CNPJ:	*RG:	*Data de Nascimento:	
Telefone: ( )		E-mail:	
*End.:			
*Nº		*Complemento:	
*Cidade:	*UF:	*CEP:	



**B.** Recibo ou Nota Fiscal original assinado pelo cirurgião-dentista assistente, acusando o recebimento dos valores combinados. O recibo ou a Nota Fiscal deverá conter o valor exato que estiver descrito no formulário de solicitação;

**C.** Fotos ou demais imagens do início e do fim do tratamento.

**Obs.:** deverá conter um formulário para cada recibo ou Nota Fiscal. No caso de radiografias realizadas em clínicas radiológicas, o beneficiário deverá preencher um formulário separado para o pagamento do reembolso.

## **Envio da Solicitação de Reembolso e a Documentação Complementar**

O formulário de solicitação de reembolso junto com toda documentação complementar deverá ser enviado para a Uniodonto Campinas através do RH da sua empresa, setor de benefícios ou por e-mail diretamente no canal oficial [sac@uniodontocampinas.com.br](mailto:sac@uniodontocampinas.com.br).

O beneficiário perderá o direito de requerer o reembolso decorridos 12 (doze) meses da data da realização do procedimento.

## **Efetivação do Reembolso: Considerações Finais**

O reembolso das despesas odontológicas será efetuado pela Uniodonto Campinas em até 30 (trinta) dias corridos da data da entrega do formulário e documentação completa.

Após análise e aprovação, de acordo com condições, limites e tabela contratual, o valor do reembolso aprovado será creditado pela Uniodonto Campinas, na conta corrente do beneficiário titular, conforme indicado no formulário preenchido e enviado.

## **Dúvidas e Esclarecimentos**

Em caso de dúvidas o beneficiário poderá entrar em contato através do 0800 160 5555, pelo e-mail [sac@uniodontocampinas.com.br](mailto:sac@uniodontocampinas.com.br).