


## Prévia de Reembolso

Sistema que permite ao beneficiário obter uma prévia do valor a ser reembolsado na utilização do dentista de sua livre escolha (não pertencente à rede credenciada da SulAmérica Odonto) antes da realização dos tratamentos.

- a) Preencha seus dados no Formulário de Solicitação de Reembolso (FSR);
- b) Solicite ao profissional o preenchimento do Plano de tratamento e demais informações no FSR;
- c) Encaminhe o FSR devidamente preenchido para o endereço eletrônico: [reembolso.odonto@sulamerica.com.br](mailto:reembolso.odonto@sulamerica.com.br).
- d) A Prévia de reembolso será encaminhada para seu e-mail.


A prévia de valor de reembolso será fornecida com base nas informações prestadas, sujeita a alteração no decorrer do tratamento, não se constituindo, portanto, em compromisso de pagamento pela operadora.



## Solicitação de Reembolso

- a) Preencha seus dados no FSR;
- b) Solicite ao profissional o preenchimento dos procedimentos realizados e demais informações no FSR;
- c) Encaminhe a documentação completa (FSR, Laudos, Radiografias se necessário) por um dos seguintes canais:
  - Setor de benefícios de sua empresa (conforme a Empresa);
  - Pessoalmente nas Unidades de atendimento SulAmérica (consulte na Central de Serviços SulAmérica Odonto);
  - Correio: Caixa Postal 66.277 CEP 05314-970 - São Paulo – SP

### - Documentos necessários para solicitação de reembolso

- a) Formulário de Solicitação de Reembolso original devidamente preenchido e assinado por você e seu dentista;
  - b) Recibo original impresso do próprio dentista e/ou Nota Fiscal quitada da Clínica Odontológica contendo:
    - Prévia de Reembolso: antes da realização dos procedimentos (neste caso não preencher coluna data)
    - Solicitação de Reembolso (procedimentos já realizados e pagos);
    - Documentação Clínica do tratamento realizado:
    - Matrícula e nome completo do paciente;
    - Data da realização por procedimento ;
    - Discriminação dos procedimentos realizados informando dente/região; faces tratadas, etc;
    - Valor cobrado por procedimento realizado (numérico e por extenso);
    - Carimbo com nome, CRO e assinatura do profissional;
- 
- A decorative orange wave graphic at the bottom of the page, mirroring the style of the SulAmérica logo.

- Nome, endereço completo e telefone do prestador de serviço;
- CPF (completo e legível do prestador) para prestador pessoa física
- CNPJ (completo e legível do prestador) para prestado pessoa jurídica
- Radiografias iniciais e/ou finais para tratamentos de prótese, cirurgia, endodontia e cirurgias periodontais e implantes;
- Para Ortodontia: Estudo e Planejamento do caso com disfunção do paciente, tipo de aparelho, prognóstico e tempo previsto para o tratamento;
- Laudos ou relatórios descritivos emitidos pelo cirurgião-dentista responsável;

Verifique na Tabela SulAmérica Odonto (TSO) a documentação clínica específica do procedimento necessária para reembolso.

**Observação:** Todo processo de solicitação de reembolso é analisado por um cirurgião-dentista auditor para análise técnica dos procedimentos realizados. Em casos de dúvidas, para melhor classificação do procedimento dentro da Tabela SulAmérica Odonto e/ou sobre as normas de odontologia utilizados nos procedimentos realizados, poderá ser solicitada documentação complementar.

