

ESTE CAMPO NÃO PODE SER RASURADO

ORIENTAÇÕES PARA REEMBOLSO

- Leve a DSO (Descrição de Serviços Odontológicos) na consulta com seu Cirurgião-Dentista.
- Preencha corretamente a DSO, principalmente os campos de preenchimento obrigatório (todos os itens marcados com *).
- Preencha corretamente o CPF do Beneficiário Titular e os DADOS BANCÁRIOS.
- Envie a DSO para a Caixa Postal informada abaixo.
- Verifique corretamente os requisitos necessários e a documentação completa a ser analisada junto a este formulário.

Endereço para envio da DSO: Bradesco Dental - Departamento Clínico - Setor de Livre Escolha

Caixa Postal 261 - CEP: 06455-972 - Barueri - SP

1. PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO DE REQUISIÇÃO DE REEMBOLSO:

CHECKLIST

- Dados obrigatórios (todos os itens marcados com *):
Dados completos do paciente (Nº da carteira e nome do paciente em tratamento com Cirurgião-Dentista)
- CPF e dados bancários do Beneficiário Titular do plano.
 - Dados completos do Cirurgião Dentista/Clinica (CPF para atendimento por Cirurgião Dentista Pessoa Física ou CNPJ para atendimentos realizados por Pessoa Jurídica).
- Descrição detalhada do evento realizado (um evento por linha), com número do dente tratado, faces, área ou região com valor individual e data da realização.

2. ENVIO DA DSO PARA REEMBOLSO:

CHECKLIST

- Recibo original e/ou DSO com o campo RECIBO preenchido (para atendimento realizado por Cirurgião-Dentista Pessoa física o recibo é parte integrante do formulário) ou NOTA FISCAL ORIGINAL (contendo CNPJ da Clínica Odontológica prestadora de serviços odontológicos). O Recibo/Nota Fiscal deve ser emitido pelo Cirurgião-Dentista/Clinica Odontológica, em valor igual ao total do tratamento realizado e descrito nesta DSO e deve conter:
- CPF do dentista ou CNPJ da clínica que realizou o tratamento;
 - Data da emissão do recibo/nota fiscal (Data da emissão dentro do período de vigência do plano);
 - Dados do responsável pelo pagamento;
 - Valor compatível com o valor descrito na DSO;
 - Dados do beneficiário atendido (nome completo e CPF)
- Enviar a documentação clínica completa do caso, inclusive fotografias e/ou radiografias iniciais e finais dos tratamentos.
- São necessárias imagens iniciais e finais para eventos de dentística, endodontia, cirurgia, prótese e implante.
 - Para procedimentos que não são possíveis a visualização por imagens é necessário encaminhar as radiografias dos dentes/regiões tratados.
 - O tratamento e as imagens/radiografias devem estar dentro do período de vigência do plano.

3. EFETIVAÇÃO DO REEMBOLSO:

Após a análise técnica-documental, o valor do reembolso devido será creditado na conta do Beneficiário Titular informada na DSO considerando-se o prazo contratual para análise da documentação completa, desde que cumpridos os requisitos estabelecidos nos itens 1 e 2 acima.

IMPORTANTE: Os originais da DSO e do recibo/Nota Fiscal não são devolvidos. Os eventos reembolsáveis, bem como os respectivos valores são definidos entre a empresa com a qual o Beneficiário Titular mantém vínculo e a Bradesco Dental.

Solicitação de Reembolso e Termo de Responsabilidade

Declaramos estar cientes e de acordo com as normas e os procedimentos descritos nesta DSO, sobretudo da necessidade de apresentação do original da DSO e do recibo/Nota Fiscal de pagamento profissional, bem como da documentação radiográfica/imagens referente ao tratamento informado nesta DSO. Declaramos ainda, ciência de que esta DSO 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:
