



59998551

ESTE CAMPO NÃO PODE SER RASURADO

ESTE CAMPO NÃO PODE SER RASURADO

ORIENTAÇÕES PARA REEMBOLSO

- Leve o FRR (Formulário de Requisição de Reembolso) na consulta com seu dentista.
- Preencha corretamente o FRR, principalmente os campos de preenchimento obrigatório.
- 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 para envio do FRR: BB Dental S/A - Departamento Clínico - Setor de Livre Escolha - Caixa Postal 261 - CEP: 06455-972 - Barueri-SP.

1. PREENCHIMENTO DO FRR:

- Nº da Carteira, nome do paciente (em tratamento com o Cirurgião-Dentista), CPF e endereço residencial.
- Dados bancários do beneficiário titular do plano e CPF.
- Dados completos do Cirurgião-Dentista e CPF ou CNPJ.
- Descrição do tratamento realizado, que deve conter: número do dente tratado, faces, área ou região da boca tratada, descrição detalhada do evento realizado (um evento por linha) e valor cobrado pelo dentista (por evento realizado).
- Preenchimento do campo "Recibo" do FRR, contendo o valor igual ao total do tratamento realizado (seu preenchimento substitui o envio do recibo ou nota fiscal original).

2. ENVIO DO FRR PARA REEMBOLSO:

- Preenchimento de todas as informações obrigatórias do FRR, conforme detalhado no item 1 acima.
- Enviar o FRR com o campo "Recibo" preenchido. No caso do não preenchimento desse campo, será necessário o envio do recibo ou nota fiscal original, em nome do beneficiário que efetuou o tratamento, com data do recibo, bem como o CPF ou CNPJ do dentista e sua assinatura).
- Enviar a documentação clínica completa do caso, inclusive fotografias e/ou radiografias iniciais e finais dos tratamentos, em caso de dúvidas entre em contato com a Central de Relacionamento BB Dental, 0800-602-0001.

3. EFETIVAÇÃO DO REEMBOLSO:

- O valor do reembolso devido será creditado na conta corrente do Beneficiário Titular informado no FRR, no prazo estabelecido em contrato, desde que cumpridos os requisitos estabelecidos nos itens 1 e 2 acima.

IMPORTANTE: Os documentos originais do FRR e do recibo e nota fiscal não são devolvidos. Os eventos reembolsáveis, bem como os respectivos valores, estão definidos nas condições contratuais do plano contratado.

Solicitação de Reembolso e Termo de Responsabilidade

Declaramos estarmos 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 ou nota fiscal de pagamento profissional (avulso em via original ou preenchido no próprio FRR), bem como da documentação radiográfica 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:
