

INFORMAÇÕES GERAIS

- O reembolso de despesas será realizado exclusivamente nos casos em que não houver rede credenciada na localidade. Consultar previamente a Central de Atendimento.
- Este formulário deverá conter os procedimentos realizados em seu tratamento para solicitação de reembolso;
- Antes de iniciar o tratamento, seu dentista deve radiografar as áreas a serem tratadas** (radiografias iniciais), que deverão ser enviadas com as radiografias finais na solicitação do reembolso;
- Você recebe o reembolso de despesas, de acordo com a Tabela Sorriso de Procedimentos Odontológicos enviando a Sorriso Operadora Odontológica Ltda. esta solicitação, juntamente com os demais documentos para análise e efetivação do reembolso:
 - Recibo ou nota fiscal original de honorários do dentista com nome, endereço completo, CRO, CPF ou CNPJ e carimbo;
 - Relatório com nome do associado no formulário devidamente, carimbado e assinado pelo profissional discriminando tipo de procedimento realizado, dente e / ou região e valor unitário de cada procedimento;
 - Radiografias iniciais (da área a ser tratada) e radiografias finais (após o tratamento) dos procedimentos executados;
 - Dados bancários do associado titular.

OBS: O reembolso oferecido será apenas para os procedimentos cobertos pelo plano.

DADOS CADASTRAIS DO ASSOCIADO

*Nome do titular:			Fone: ()		
*Nome do paciente:					
Protocolo de Atendimento:					
*Cartão de identificação nº					
Empresa:				Plano:	
*Banco do Titular:	*Agência:	*C/C:	*CPF do Titular:		

SERVIÇOS REALIZADOS

CÓDIGO**	QUANT.**	DENTE/FACE	DESCRIÇÃO	DATA DE EXECUÇÃO DO PROCEDIMENTO	VALOR EM USO**	VALOR EM R\$
DATA INÍCIO DO TRATAMENTO:				VALOR TOTAL DO TRATAMENTO		R\$
DATA DE FINALIZAÇÃO DO TRATAMENTO:						

DADOS CADASTRAIS DO DENTISTA

*Nome/Razão Social:					
*CPF / CNPJ nº			CRO Nº		
*Endereço:			*Telefone:		
Bairro:	*Cidade		*UF	CEP	

* Preenchimento obrigatório

**A ser preenchido pela Mapfre Odonto Sorriso

Assinatura do Cirurgião Dentista

Assinatura do associado

Carimbo