

Solicitação de Prévia de Reembolso - Tratamento Odontológico

Nome do beneficiário			
Número do cartão saúde	Data da solicitação	Telefones Fixo ()	Celular ()
E-mail			

Nome do prestador onde se realizará o procedimento			
Endereço do prestador		Cidade	Estado UF
CEP	Nome do dentista responsável		CRO do dentista responsável
Telefones Fixo ()			
Celular ()			

Lista de Procedimentos				
Código TUSS do procedimento	Descrição do procedimento	Dente / face / região	Valores unitários dos procedimentos	CRO

<p align="center">Informações ao solicitante da prévia</p> <p>Este formulário deverá ser encaminhado junto ao orçamento e relatório odontológico contendo resumo do plano de tratamento proposto emitidos pelo profissional solicitante, através do e-mail: previareembolso@frg.com.br , ou através de opção de fax da Central de Autorização 0800 880 5060.</p> <p>Não são aceitas prévias ou mesmo o pagamento em regime de reembolso (livre escolha) realizado por prestadores credenciados direta ou indiretamente (Pessoa Jurídica especializada).</p> <p>A prévia de reembolso (livre escolha) não exige a necessidade de solicitação de autorização, todos os eventos odontológicos estão sujeitos a autorização prévia, antes da realização do procedimento.</p> <p>O cálculo a ser fornecido não é vinculante, tendo como base às informações contidas no formulário acima e relatório odontológico anexo frente aos procedimento(s) proposto(s) e coberturas do plano do beneficiário.</p> <p>Caso o procedimento previsto não venha a ser o efetivamente realizado, poderá haver divergências entre os valores da prévia e o a ser reembolsado.</p> <p>O prazo de resposta da prévia de reembolso é de em até 05 (cinco) dias úteis, sempre enviadas para o e-mail do beneficiário.</p>
--