



ESTE CAMPO NO PUEDE SER OCUPADO

ESTE CAMPO NO PUEDE SER OCUPADO

### INSTRUCCIONES PARA EL REEMBOLSO

- Lleve el FRR (Formulario de requisición de Reembolso) en su primera visita con el Odontólogo.
- Llenar correctamente el FRR.
- Llenar correctamente los DATOS BANCARIOS, RFC del Asociado Titular.
- Envíe el FRR a la dirección que se indica abajo verifique que la mejor forma de envío.
- Verifique correctamente los requisitos necesarios para el pago del reembolso.

**TOTALDENT Blvd. Adolfo López Mateos 261,-piso 8  
Col. Los Alpes C.P. 01010 México D.F. Delegacion Alvaro Obregon**

#### 1. LLENADO DE LA FRR CAMPOS OBLIGATORIOS

- Datos completos del Odontólogo y su RFC.
- Datos Bancarios del Asociado Titular del Plan y su RFC.
- Número TotalDent del Asociado y Nombre del Paciente (en tratamiento con el Odontólogo).
- Nombre y Cargo del Asociado Titular del Plan.
- Descripción del tratamiento realizado que debe contener: número de diente tratado, superficies, área o región de la boca tratada, descripción detallada del evento realizado (un evento por línea) el valor cobrado por el odontólogo (por evento realizado).

#### 3. ENVIO DE FRR PARA REEMBOLSO

- Observe las instrucciones de llenado de FRR para cobrar el reembolso.
- Enviar el FRR y RECIBOS ORIGINALES. El recibo debe ser emitido por el Odontólogo con el valor igual al total de tratamientos realizados y descritos en este FRR.
- Enviar la documentación clínica completa de atención de emergencia, inclusive radiografías iniciales y finales de los tratamientos comprobables radiográficamente.

#### 4. VIGENCIA DEL REEMBOLSO

- El valor del reembolso será depositado en la cuenta corriente del Asociado Titular informada en el FRR en el plazo establecido en el contrato y se cumplan los requisitos establecidos.

**IMPORTANTE: Esta Guía está destinada para reembolso de eventos de carácter de emergencia con los valores definidos en su póliza.**

#### Solicitud de Reembolso y Plazo de Responsabilidades

Declaro estar conciente y de acuerdo con las normas y procedimientos descritos en este FRR, sobre todo la necesidad de presentar los recibos de honorarios del profesionista así como la información radiográfica referente al tratamiento informado en este FRR. Declaramos que estamos concientes que este FRR puede ser devuelto, en el caso que los documentos pertinentes no sean presentados correctamente.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Firma del Asociado Titular

\_\_\_\_\_  
Firma del Odontólogo