

GUIA DE ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO UNIODONTO INTERIOR Edição – 25/08/2017

1. Conceito: Serviço odontológico prestado pela UNIODONTO INTERIOR, mediante convênio com a ABET e pagamento de mensalidade por pessoa inscrita.

2. São considerados beneficiários e/ou pessoas designadas no Plano:

Beneficiários:

Dependentes Preferenciais (relacionados na carteira ABET):

- cônjuge/companheiro que comprove união estável como entidade familiar conforme Lei Civil;
- filhos e enteados solteiros até 21 anos;
- filhos e enteados solteiros até 24 anos, quando cursando faculdade;
- filhos solteiros inválidos;
- equiparam-se aos filhos legítimos aos filhos adotivos com menos de 12 anos;

Pessoa Designada: categoria de usuário que não se enquadra como dependente preferencial do associado Titular da ABET: pais, padrasto/madrasta, ex-cônjuge, filhos/enteados maiores de 21 anos não universitários, irmãos, sogros, avós, netos, bisavós, bisnetos, tios, cunhados, genros, noras e sobrinhos solteiros até 21 anos.

2.1. Todas as inclusões de beneficiários estão vinculadas à inscrição obrigatória do associado Titular da ABET no Plano.

3. Inscrição:

Por decisão administrativa da ABET não são permitidas novas inscrições na Uniodonto Interior, por tempo indeterminado.

4. Transferência e Alteração Cadastral: As alterações cadastrais e transferências podem ser feitas, do 1º ao último dia útil do mês, com vigência no mês subsequente.

5. Vigência do Atendimento:

Exemplo:

Vigência do Plano: 1º dia do mês subsequente ao mês da inscrição.

Vigência de Atendimento Eletivo: 35 dias a contar da data do início da vigência do Plano.

Vigência de Atendimento de Urgência: 24 horas após a data de vigência no Plano.

6. Cancelamento: O cancelamento do plano poderá ocorrer por:

6.1. Solicitação do associado, para tanto:

a) O titular deverá fazer solicitação por escrito (carta ou e-mail), onde deve constar nome, matrícula, telefone, o motivo da solicitação; anexar as carteiras e entregar pessoalmente na Central de Atendimento ABET, ou enviar por malote ao Setor de Cadastro de Clientes da ABET (Av. Brigadeiro Luís Antônio, 2608 - 4º andar do Bl. A) ou pelo e-mail abet@abet.com.br

b) Os cancelamentos podem ser feitos, do 1º ao último dia útil do mês, com vigência no mês subsequente.

6.2. Óbito:

a) O falecimento de beneficiário do Plano odontológico UNIODONTO Interior, que for comunicado à ABET pelo titular (falecimento de dependentes e pessoas designadas) ou pelo familiar (no caso de falecimento do associado titular) em até 30 dias da data do falecimento, necessita da apresentação de cópia de atestado de óbito.

b) Caso a comunicação for feita, após 30 dias da data de falecimento, além de cópia do atestado de óbito, o familiar, inscrito ou não no Plano, deverá fazer solicitação por escrito, onde deve constar nome, matrícula, telefone, o motivo da solicitação; anexar as carteiras de identificação do plano à carta e entregar pessoalmente na Central de Atendimento ABET ou enviar por malote ao Setor de Cadastro de Clientes da ABET (Av. Brigadeiro Luís Antônio, 2608 - 4º andar - Bloco A).

6.3. Inadimplência: É considerado inadimplente o usuário que deixa de pagar a mensalidade do plano. O atraso no pagamento da mensalidade por mais de 60 dias cumulativamente nos últimos 12 meses da ocorrência, acarretará a exclusão automática do titular e de seus beneficiários.

6.4. Cancelamento da condição de associado: O cancelamento da condição de associado da ABET implicará na exclusão automática do titular e respectivos beneficiários do Plano, não eximindo-os do pagamento de mensalidades faltantes para o cumprimento da obrigatoriedade de permanência de 12 meses no Plano.

6.5. Em caso de cancelamento de Associado Dependente, também cancela automaticamente sua inscrição na UNIODONTO, exceto os inscritos como UNIODONTO Agregado.

6.6. Desligamento da Empresa: O associado titular será mantido automaticamente no Plano, a menos que haja solicitação por escrito de cancelamento do Plano, conforme **item 6.1**, não eximindo-o do pagamento das mensalidades faltantes para o cumprimento da obrigatoriedade de permanência de 12 meses no Plano.

7. Preços / Forma de Cobrança da Mensalidade:

7.1. Mensalidade - **Vigência 01/02/2017:** R\$ 21,57 (Vinte e um reais e cinquenta e sete centavos) por pessoa inscrita;

7.2. Forma de Cobrança da Mensalidade: Pós-Pagamento

A cobrança das mensalidades é feita através de débito em Folha de Pagamento ou via Boleto Bancário.

8. Solicitação de 2ª via de carteira Uniodonto: O usuário deverá fazer uma carta solicitando a 2ª via de carteira Uniodonto e encaminhar ao Setor de Cadastro de Clientes da ABET (Av. Brigadeiro Luís Antônio, 2608 - 4º andar do Bl. A). A referida carteira (2ª via) é enviada num prazo de 30 dias, após a data de solicitação. Será descontado em folha de pagamento ou cobrado via boleto bancário o valor equivalente a R\$ 7,67 (sete reais e sessenta e sete centavos) por carteira solicitada.

9. Documentos necessários para atendimento:

- Carteira Uniodonto Interior;
- Documento de Identidade.

10. Como utilizar:

10.1. Atendimento Programado:

10.1.1. Identificar consultório credenciado relacionado no Portal da ABET ou no manual Uniodonto Interior (enviado com a carteira UNIODONTO INTERIOR), e marcar dia e horário para que seja realizado orçamento do tratamento a ser realizado.

10.1.2. O orçamento deverá ser apresentado pelo usuário em até 10 dias para aprovação Uniodonto local.

10.1.3. Os serviços não cobertos devem ser pagos diretamente à Uniodonto.

10.2. Atendimento de Urgência:

10.2.1. Em período de expediente, o usuário deverá ligar para o consultório credenciado em que estiver fazendo tratamento e se não for possível o atendimento, deverá ligar para outro profissional credenciado pedindo atendimento.

10.2.2. Se o usuário estiver em trânsito (viajando) e em local onde existe Uniodonto em atividade poderá recorrer aos seus serviços, somente nos casos de urgências previstos no **item 11.2** desde que esteja com a carteira Uniodonto e documento de identidade..

Importante: Se o atendimento não for desmarcado e se for desmarcado com menos de 12h de antecedência, implicará em pagamento de taxa a Uniodonto no valor de R\$ 24,30 (vinte e quatro reais e trinta centavos).

11. Serviços cobertos:

11.1. CONSULTA

11.2. TRATAMENTO DE URGÊNCIAS ODONTOLÓGICAS

- a) Curativo em caso de hemorragia bucal
- b) Curativo em caso de odontalgia bucal
- c) Imobilização dentária temporária
- d) Drenagem de Abscesso Dentário Intra-oral
- e) Recimentação de Peça Protética
- f) Tratamento de Alveolite

11.3. CIRURGIA - (extrações)

- a) Extração de dente permanente
- b) Extração de dente incluso
- c) Extração de dente semi-incluso
- d) Extração de raiz residual
- e) Alveoloplastia
- f) Apicectomia Biradicular
- g) Apicectomia Biradicular com obturação retrógrada
- h) Apicectomia Triradicular com obturação retrógrada
- i) Apicectomia Triradicular
- j) Apicectomia Uniradicular

- k) Apicectomia Uniradicular com obturação retrógrada
- l) Biopsia
- m) Cirurgia de Torus Mandibular Bilateral e Torus Unilateral
- n) Correção de Bridas Musculares
- o) Excisão e Mucocele
- p) Excisão de Rânula
- q) Exodontia mais retalho
- r) Fraturas Alvéolo-dentárias-redução cruenta
- s) Fraturas Alvéolo-dentárias-redução incruenta
- t) Frenectomia Labial e Lingual
- u) Incisão e drenagem de abscesso intra-oral
- v) Reconstrução de sulgo gengivo-labial
- w) Reimplante de dente avulsionado
- x) Sulcoplastia
- y) Ulectomia
- z) Uletomia

11.4. DENTÍSTICA RESTAURADORA - (obturações)

- a) Restauração de dentes de 01 face com amálgama
- b) Restauração de dentes de 02 faces com resina fotopolimerizável
- c) Restauração de dentes de 03 ou mais faces em resina composta
- d) Colagem de fragmentos
- e) Restauração de ângulo
- f) Restauração a pino intra dentinário
- g) Restauração de superfície radicular

11.5. ENDODONTIA - (tratamento de canal)

- a) Remoção de obturação radicular (por canal)
- b) Tratamento de dentes com 01 canal
- c) Tratamento de dentes com 02 canais
- d) Tratamento de dentes com 03 ou mais canais

- e) Remoção de Prótese e/ou pino metálico
- f) Capeamento pulpar - direto e indireto
- g) Pulpotomia/Pulpectomia
- h) Tratamento endodôntico em dentes decíduos

11.6. TRATAMENTO PREVENTIVO

- a) Profilaxia (polimento coronário)
- b) Orientação sobre:
Cárie dental
Doença periodonta
Câncer bucal
Manutenção de próteses
Uso de dentifrícios e enxaguatórios
- c) Evidenciação de Placa - profilaxia - polimento coronário a cada 6 meses
- d) Aplicação tópica profissional de Flúor de 6 em 6 meses
- e) Aplicação de selante - 3 elementos a cada 6 meses

11.7. PERIODONTIA

- a) Raspagem, alisamento e polimento coronário
- b) Raspagem, alisamento e polimento radicular
- c) Técnica de Higiene + Controle de Placas
- d) Curetagem de bolsa periodontal
- e) Tratamento de gengivite

11.8. RADIOLOGIA

- a) Radiografia periapical
- b) Radiografia Bite-Wing (interproximais)

12. Serviços Não Cobertos:

- a) as despesas com medicamentos prescritos para uso domiciliar;
- b) as despesas com serviços odontológicos de qualquer natureza executados em ambiente hospitalar;
- c) as despesas com honorários de anestesistas (profissional médico);
- d) os serviços realizados por profissionais não cooperados, salvo nos casos de urgência quando houver a impossibilidade de atendimento por profissionais cooperados, contratados ou credenciados, descritos no "manual do usuário";
- e) os serviços não previstos no **item 11** ou neste descritos como não cobertos;

f) a renovação de restaurações sem indicação clínica e troca de restaurações para fins estéticos.

12.1. Os serviços não cobertos correrá por conta exclusiva dos usuários inscritos devendo ser pagos diretamente à Uniodonto todo e qualquer serviço não mencionado no **item 11**, conforme tabela de atos odontológicos da Uniodonto.

13. Reembolso:

13.1. A UNIODONTO INTERIOR reembolsará a quantia paga pelo beneficiário com a prestação de assistência odontológica dentro do território nacional, de acordo com os valores da tabela de atos odontológicos de cada procedimento descrito abaixo, exclusivamente nos casos de urgência odontológica, quando não for comprovadamente possível a utilização dos serviços próprios, contratados ou credenciados pelo Sistema Nacional Uniodonto.

a) Curativo em caso de Hemorragia Bucal

b) Curativo em caso de Odontalgia Aguda

c) Imobilização Dentária Temporária

d) Recimentação de peça protética

e) Tratamento de Alveolite

13.2. O reembolso de que trata o item acima, será efetuado pela UNIODONTO INTERIOR no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da apresentação, pelo beneficiário na sede administrativa da UNIODONTO INTERIOR, mediante dos seguintes documentos originais:

a) requerimento preenchido em formulário próprio fornecido pela UNIODONTO INTERIOR, solicitando o reembolso;

b) orçamento datado e assinado pelo cirurgião-dentista assistente, declarando todos os dados pessoais do beneficiário, diagnóstico, descrição e justificativa dos procedimentos realizados;

c) recibo assinado pelo cirurgião-dentista assistente, acusando o recebimento dos valores combinados.

13.3. O beneficiário perderá o direito de requerer o reembolso, decorridos 12 meses da data do evento.

14. Localidades/Sedes com recursos credenciados Uniodonto: Americana, Araçatuba, Araras, Araraquara, Assis, Avaré, Barretos, Bauru, Bragança Paulista, Bebedouro, Botucatu, Caçapava, Campinas, Catanduva, Diadema, Fernandópolis, Franca, Itapetininga, Jaboticabal, Jacareí, Jales, Jundiá, Lençóis Paulista, Limeira, Lins, Lorena, Marília, Mauá, Mogi-Guaçu, Monte Alto, Olímpia, Ourinhos, Pederneiras, Penápolis, Pindamonhangaba, Pirassununga, Piracicaba, Praia Grande, Presidente Prudente, Ribeirão Pires, Ribeirão Preto, Rio Claro, Santo André, Santo Anastácio, Santos, São Bernardo do Campo, São Caetano do Sul, São Carlos, São João da Boa Vista, São José dos Campos, São José do Rio Pardo, São José do Rio Preto, São Roque, Sertãozinho, Sorocaba, Suzano, Taquaritinga, Taubaté, Tupã, Votuporanga.

14.1. O usuário poderá utilizar somente os recursos credenciados da localidade-sede (+ cidades pertencentes à localidade-sede) em que estiver inscrito, exceto atendimento de urgência, conforme **item 11.2**.

14.2. Para saber quais são as cidades pertencentes às localidades-sedes com recursos credenciados para atendimento, consultar o Portal da ABET ou central de atendimento – 0800-111777.

15. Transferência

15.1. Transferência de Cidade: O usuário poderá solicitar a transferência do atendimento para qualquer cidade onde há atendimento UNIODONTO, mediante solicitação.

15.2. Transferência de titularidade:

a- Receber carta assinada pelo Associado Titular a ser cancelado, solicitando o cancelamento do Plano e informando sobre a transferência de categoria, constando os seguintes dados: nome, matrícula, telefone, endereço residencial e nome da mãe (dos dois beneficiários);

b- Recolher as carteiras dos Planos dos dois beneficiários;

c- No caso do beneficiário estar realizando tratamento neste período, poderá ficar com a carteira do plano, devendo constar na carta de solicitação de cancelamento, a seguinte observação: "Comprometo-me a enviar a carteira do Plano até o 1º dia útil, após o recebimento da nova carteira".

d- Informar que a nova carteira será enviada em até 30 (trinta) dias da data da solicitação da transferência;

e- Informar que não haverá alteração de vigência do Plano e que o titular cancelado não sofrerá carência, na nova categoria de dependente preferencial;

f- Encaminhar toda a documentação para o CAD - Setor de Cadastro de Clientes da ABET.

15.3. Transferência de Categoria de Dependente Preferencial para Pessoa Designada

- O dependente Preferencial (filho/enteado) ao completar 21 anos de idade e não sendo dependente universitário ou dependente universitário maior de 24 anos, ingressa automaticamente na categoria de Pessoa Designada, mantendo-se o mesmo valor da mensalidade.

CONSULTE NO PORTAL - UNIODONTO INTERIOR - PARA ACESSAR ENDEREÇOS E TELEFONES DOS ESTABELECIMENTOS CONVENIADOS OU LIGUE PARA NOSSA CENTRAL DE ATENDIMENTO - 0800-111-777 DAS 08:00 ÀS 18:00, EXCETO FERIADOS.