

## **MANUAL PARA PRÉ-APROVAÇÃO DE ORTODONTIA DA SF ODONTO**

Este documento descreve o conjunto de normas e procedimentos a serem obedecidos pela **CRENCIADORA, SÃO FRANCISCO ODONTOLOGIA**, com sede na Avenida Portugal, 545, Jardim América, Ribeirão Preto, São Paulo, CEP 14020-115, inscrita no CNPJ/MF sob nº 02.727.724/0001-67, representada por seus diretores, e seu **CRENCIADO** qualificado à parte no Contrato de Credenciamento.

As partes declaram ter pleno conhecimento deste e concordam com ele em todas as cláusulas e condições.

### **NOVO TRATAMENTO**

O **CRENCIADO** se compromete a enviar os Relatórios de Tratamento Ortodôntico dos beneficiários dos Planos Dent Orto Superior Livre Escolha e Dent Master Superior Livre Escolha e as Guias de Tratamento Odontológico dos beneficiários que possuem cobertura de manutenções.

O **CRENCIADO** deve identificar os beneficiários através de documento de identidade e do Cartão de Identificação da **CRENCIADORA**, observando o nome, a data de nascimento e o tipo do plano contratado.

Para a autorização do Tratamento Ortodôntico dos beneficiários que possuem cobertura, o **CRENCIADO** compromete-se a solicitar a Guia de Tratamento Odontológico e enviar anexo o Relatório de Tratamento Inicial, com o Diagnóstico do Caso, Plano de Tratamento e Duração estimada. Enviar também a Telerradiografia atual com cópia do(s) Traçado(s) e Análise(s) e a Panorâmica atual, Raios X Periapicais dos Incisivos Superiores e Inferiores, Fotografias (fotos extra orais e intraorais) e Modelos de Estudo/Fotografias dos Modelos de Estudo e o Termo de Consentimento Esclarecido – Ortodontia preenchido e assinado pelo paciente.

**IMPORTANTE:** As documentações necessárias para a autorização do Tratamento Ortodôntico devem ser anexadas via **Aplicativo SF Odonto** no momento da solicitação da guia.

Ao enviar a documentação, o credenciado deverá proceder da seguinte forma:

- Enviar as documentações via Aplicativo SF Odonto – Credenciado 2;
- As imagens encaminhadas devem estar em formato jpg ou pdf;

Após a análise dos documentos enviados, a SF Odonto atualizará o status da Guia como (autorizado ou não autorizado), somente após essa liberação o Prestador poderá iniciar o tratamento ortodôntico.

Não havendo autorização o cirurgião-dentista será informado o motivo da negativa na Guia. Após realizar as correções/informações requeridas pela SF Odonto, poderá reenviar a documentação do tratamento ortodôntico não autorizado solicitando uma nova Guia para análise.

O prazo para a autorização dos Tratamentos Ortodônticos é de até 20 dias úteis.

O plano de tratamento será autorizado no máximo por 24 meses. Em caso de prorrogação dos 24 meses, enviar Documentação Inicial (Relatório de Tratamento Inicial) + Documentação Complementar (Relatório de Tratamento Complementar) + Documentação Ortodôntica para nova análise:

- Quando o prazo solicitado para prorrogação for de 4 a 6 meses, o cirurgião-dentista, deverá enviar o Relatório de Tratamento Complementar, preenchido com a justificativa técnica. Após o término do tratamento, para repasse das manutenções de contenção, deverá ser enviada a documentação final com fotos;
- Quando o prazo solicitado para prorrogação for de 7 a 12 meses além do prazo determinado, deverão ser enviados a documentação ortodôntica de controle, relatório de Tratamento Complementar preenchido com a justificativa técnica para prorrogação. Após o término do tratamento, para repasse das manutenções de contenção, deverá ser enviada a documentação final com fotos;
- Quando o prazo solicitado para prorrogação for superior a 12 meses além do prazo determinado, deverão ser enviados a panorâmica, telerradiografias com traçados e medidas cefalométricas, fotos intra e extra bucais, relatório de Tratamento Complementar preenchido com a justificativa técnica para a prorrogação.

Observação 1: Os modelos de Relatórios de Tratamento Inicial, Complementar e Finalização de Tratamento, bem como o Termo de Consentimento Esclarecido – Ortodontia estão disponíveis no site da **CRENCIADORA** [www.sfodonto.com.br](http://www.sfodonto.com.br) – (CLICAR EM DENTISTAS/PRESTADORES/ PORTAL TISS E MANUAIS)

Observação 2: Para o acompanhamento do tratamento ortodôntico, deverá ser enviada à operadora Panorâmica atual do beneficiário a cada doze meses.

### **Casos Especiais**

Há algumas situações clínicas que necessitam de documentação complementar:

**TRATAMENTO EM PACIENTE COM PERDA ÓSSEA:** quando o beneficiário apresentar perda óssea igual ou maior que a metade do comprometimento radicular, é necessário encaminhá-lo para uma avaliação periodontal. O parecer favorável do avaliador não isenta o ortodontista do controle da condição periodontal do beneficiário;

**TRATAMENTO EM PACIENTE COM REABSORÇÃO RADICULAR:** enviar o Termo de Ciência assinado pelo beneficiário ou responsável, dando ciência da condição radicular inicial do tratamento ortodôntico e radiografias periapicais iniciais da região.

**TRATAMENTO CIRÚRGICO-ORTODÔNTICO:** quando o tratamento for realizado com complementação cirúrgica, o plano de tratamento deve contemplar todas as fases previstas, inclusive o planejamento cirúrgico, realizado pelo cirurgião Bucomaxilofacial. Nesses casos, anexar o Termo de Consentimento Cirúrgico Ortodôntico e fotos intra e extra-bucais.

## **TRATAMENTO EM ANDAMENTO**

Para a autorização do Tratamento Ortodôntico que já esteja em andamento, o **CREENCIADO** compromete-se a enviar o Relatório de Tratamento Inicial, com o Diagnóstico do Caso, Plano de Tratamento e Duração estimada. Enviar também a Telerradiografia atual com cópia do(s) Traçado(s) e Análise(s) e a Panorâmica atual, Raios X Periapicais dos Incisivos Superiores e Inferiores, Fotografias (fotos extra orais e intraorais) e Modelos de Estudo/Fotografias dos Modelos de Estudo e o Termo de Consentimento Esclarecido – Ortodontia preenchido e assinado pelo paciente.

As Documentações Ortodônticas listadas acima que tenham sido realizadas num prazo de até 180 dias poderão ser aproveitadas.

Para o recebimento das taxas de manutenção mensal dos beneficiários que possuem cobertura (Ex: Planos Dent Orto Superior Livre Escolha e Dent Master Superior Livre Escolha) o **CREENCIADO** deverá enviar mensalmente a Guia de Tratamento Odontológico para pagamento, devidamente preenchida e assinada pelo beneficiário ou responsável utilizando-se do código TUSS das manutenções mensais 86000357 (manutenção de aparelho ortodôntico – fixo), 86000365 (manutenção de aparelho ortodôntico – ortopédico) e 86000373 (manutenção de aparelho ortodôntico – aparelho removível).

## **ORIENTAÇÕES GERAIS**

### **SUBSTITUIÇÃO OU REPOSIÇÃO DE APARELHOS:**

**Removível** – Quando ocorrer perda ou quebra por uso indevido de aparelhos removíveis ou funcionais, o novo aparelho deverá ser cobrado do beneficiário.

**Fixo** – Se houver perda ou quebra de peça do aparelho fixo (bandas Braquetes metálicos ou fibra) por alimentação incorreta ou uso indevido, poderão ser cobrados 25% (vinte e cinco por cento) do valor da manutenção mensal conforme estabelecido no Termo de Consentimento. Em caso de Braquetes estéticos (não cobertos), devem ser estabelecidos previamente os valores em concordância com o beneficiário.

### **PAGAMENTO DAS CONSULTAS DE CONTENÇÃO**

Após o prazo liberado para tratamento, serão pagas 4 consultas de contenção trimestrais ou não. Caso a cobrança seja trimestral, o 1º trimestre é contado a partir da última manutenção enviada.

### **FINALIZAÇÃO DO TRATAMENTO ORTODÔNTICO**

Na finalização do tratamento (alta do beneficiário), deverá ser encaminhado Relatório de Finalização de Tratamento preenchido, juntamente com a última Guia de manutenção de contenção.

A documentação ortodôntica final para registro da conclusão do tratamento deverá ser anexa à Guia.

## **DESISTÊNCIA DO TRATAMENTO**

Entende-se que, ao contrário do abandono, a desistência do tratamento ocorre de comum acordo entre o cirurgião-dentista e seu paciente. Para tanto, é necessária a devida documentação, registrando a desistência e a situação bucal atual do beneficiário. Nesses casos, deve-se encaminhar o Termo de Desistência assinado pelo beneficiário ou responsável legal (paciente incapaz ou semi-incapaz), constando:

- Identificação do beneficiário com nome completo, código do beneficiário, CPF e RG;
- Texto esclarecendo o motivo da desistência e a ciência de que o tratamento encontra-se inacabado. Deve constar neste termo a data da desistência;
- Solicitar radiografia panorâmica, telerradiografia, modelos de estudo e fotos para registro da situação bucal atual que deverá ser anexada à Guia utilizando-se do código TUSS das manutenções mensais 86000357 (manutenção de aparelho ortodôntico – fixo), 86000365 (manutenção de aparelho ortodôntico – ortopédico) ou 86000373 (manutenção de aparelho ortodôntico – aparelho removível).

**Observação:** Para remoção do Aparelho deverá ser utilizado um dos códigos de Manutenção de Aparelho Ortodôntico descritos acima, por não haver equivalência de código específico de Remoção de Aparelho na Tabela TUSS.

**IMPORTANTE:** Caso não consiga acessar o Aplicativo SF Odonto, utilize nosso Portal SF Odonto com todas as funcionalidades no link:

<https://portalprestador.sfodonto.com.br/Modulo/ControleAcesso/Login/Login.aspx?ReturnUrl=%2fdefault.aspx>

## **Canais de Comunicação**

SAP (Serviço de Atendimento ao Prestador) – 0800 710 9090 ou (16) 3797 8155

SAC (Serviço de Atendimento ao Cliente/Beneficiário) – 0800 183456

**Ribeirão Preto, 09 de agosto de 2018.**