

Reembolso Odontológico

Com o **plano Odontológico CABESP** você pode utilizar os dentistas da rede credenciada, alternativamente, você tem a liberdade para escolher seu dentista de confiança e solicitar o reembolso odontológico.

Lembrando que o acesso ao reembolso será para os procedimentos realizados pela rede não credenciada, em território nacional, referenciados na **Tabela CABESP de procedimentos Odontológicos**, disponível no final deste material, e nos limites contratuais do plano.

Reembolso Odontológico

Para realizar a solicitação de reembolso odontológico, **acesse o portal CABESP**, na área logada, clique na opção **“Reembolso”**, ou faça o download do **aplicativo CABESP**, por meio do Google Play ou APP Store em seu smartphone ou dispositivo móvel.

IMPORTANTE: Todo processo de solicitação de reembolso é verificado por um cirurgião-dentista auditor para análise técnica dos procedimentos realizados. Em casos de dúvidas, para melhor classificação do procedimento dentro da **Tabela CABESP de procedimentos Odontológicos** e/ou sobre as normas de odontologia utilizados nos procedimentos realizados, poderá ser solicitada documentação complementar extra.



Recomendações

Antes de realizar o seu atendimento com o dentista:

- Imprima a **Guia de Reembolso Odontológico da CABESP** (disponível na página 03) para ser preenchida pelo dentista;
- Leia atentamente a **Tabela CABESP de procedimentos Odontológicos** (disponível na página 04) e confira quais procedimentos exigem o envio de documentação complementar e quais os documentos exigidos, para que nos casos pertinentes, possam ser solicitados ao profissional;
- Consulte os procedimentos cobertos e os valores a serem reembolsados na **Tabela CABESP de procedimentos Odontológicos** (disponível na página 04).

Antes de iniciar a solicitação de reembolso:

- Digitalize a **Guia de Reembolso Odontológico da CABESP** preenchida pelo dentista e assinada, digitalize os documentos complementares necessários e o comprovante de desembolso dos valores pagos;
- Digitalize os **documentos complementares** necessários. **Importante:** para enviar as fotos de radiografias, é necessário certificar-se de que a radiografia está do lado correto, estar em um ambiente com claridade, e abaixar a exposição de brilho na câmera, para que a visualização do procedimento não seja comprometida. Para facilitar este processo, solicite o auxílio do seu dentista para que ele fotografe as radiografias posicionadas em seu negatoscópio, desta forma a visualização fica mais nítida e sem a possibilidade de a radiografia estar do lado inverso.

GUIA PARA REEMBOLSO ODONTOLÓGICO

IMPORTANTE

Prezado (a) beneficiário (a),

- Este documento deve ser apresentado ao seu dentista para o preenchimento completo do campo "Dados da realização do tratamento".
- As informações detalhadas do campo "Dados da realização do Tratamento" são imprescindíveis para que você consiga preencher a solicitação de reembolso no portal CABESP.
- Lembramos que após o preenchimento por parte do dentista, **esta via também deve ser digitalizada e encaminhada junto aos demais documentos** do seu reembolso.

DADOS DO BENEFICIÁRIO

| | |
|-----------|------------------|
| Nº Cartão | Nome do paciente |
| CPF | DDD - Telefone |

DADOS DO EXECUTANTE

| | |
|---------------|-------------------|
| CNPJ/CPF | Nome |
| Especialidade | Registro CRO |
| Cidade | UF DDD - Telefone |

DADOS DA REALIZAÇÃO DO TRATAMENTO

| Data realização | Procedimento | | Dente/ Segmento | Face | | | | | Valor Apresentado |
|-----------------|--------------|-----------|--------------------|------|---|---|---|-----|-------------------|
| | Código | Descrição | | M | D | V | O | L/P | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

DECLARAÇÃO

Declaro que, após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceitei e autorizei a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e regras e custos previstos nos regulamentos pertinentes.

Declaro, sob as penas dos artigos 171 e 299 do Código Penal e 927 do Código Civil, que o(s) Serviço(s) Odontológico(s) descrito(s) no(s) documento(s) e/ou recibo(s) foi (foram) por mim devidamente pago(s)

Valor solicitado R\$

____/____/____
Data

Assinatura do Paciente / Responsável

ATENÇÃO

- Consulte o portal Cabesp (www.cabesp.com.br) sobre as orientações e quesitos necessários para solicitação de REEMBOLSO ODONTOLÓGICO;
- Preencha corretamente todos os campos GUIA DE REEMBOLSO ODONTOLÓGICO (MCABESP 0211), assine e anexe **cópia do recibo** ou **nota fiscal** do paciente informado acima, assim como o **comprovante de desembolso** dos valores pagos;
- Toda a documentação deve ser **digitalizada** e encaminhada por meio do área de Reembolso no portal CABESP.

Para outras informações ligue DISQUE CABESP: 0800 722-2636



TABELA CABESP DE PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS

VIGÊNCIA: PARA GUIAS ABERTAS À PARTIR DE 01 DE FEVEREIRO DE 2024

| CÓDIGO | PROCEDIMENTOS | R\$ | UNIDADE | RX OBRIGATORIO | | IDADE | RECORRÊNCIA PERMITIDA | OBSERVAÇÕES |
|--|---|------------|-----------|----------------|-------|-------------|---------------------------------|---|
| | | | | INICIAL | FINAL | | | |
| CONSULTA INICIAL E DE EMERGENCIA Estes códigos não pode ser cobrados concomitantemente. | | | | | | | | |
| 8.10.00065 | Consulta odontológica inicial | R\$ 49,11 | ato | N | N | | 6 meses | |
| 8.10.00073 | Consulta odontológica para avaliação técnica de auditoria | R\$ 41,96 | ato | N | N | | 6 meses | |
| 8.10.00260 | Diagnóstico por meio de procedimentos laboratoriais | R\$ 101,16 | ato | N | N | | 12 meses | Obrigatório envio de laudo exame |
| 8.10.00545 | Diaagnóstico e tratamento de trismo | R\$ 44,23 | ato | N | N | >15 anos | 12 meses | |
| 8.10.00049 | Consulta odontológica de urgência | R\$ 46,93 | ato | N | N | | 1 mês | não válido para pacientes já em tratamento no credenciado |
| RADIOLOGIA Obs.: só serão remuneradas radiografias enviadas a CABESP, devidamente identificadas, posicionadas, reveladas e fixadas. | | | | | | | | |
| 8.10.00421 | Radiografia periapical | R\$ 12,83 | dente | N | S | | | Obrigatório o envio da radiografia realizada para pagamento |
| 8.10.00375 | Radiografia interproximal - bite wing | R\$ 12,83 | lado | N | S | | | |
| 8.10.00383 | Radiografia Oclusal | R\$ 20,80 | arcada | N | S | | | |
| 8.10.00294 | Levantamento Radiográfico (Exame Radiodontológico) | R\$ 110,53 | boca toda | N | S | >15 anos | 12 meses | Levantamento radiográfico da boca toda, incluindo rx periapicais e interproximais. Mínimo de 09 radiografias em regiões distintas. Obrigatório o envio das radiografias realizadas para pagamento. |
| 8.10.00570 | Técnica de localização radiográfica | R\$ 12,83 | boca toda | N | S | | 6 meses | |
| PREVENÇÃO EM SAÚDE BUCAL | | | | | | | | |
| 8.40.00090 | Aplicação Tópica de Flúor | R\$ 15,93 | hemi-arco | N | N | até 15 anos | 6 meses | Não pode ser realizado concomitante aos códigos 8.40.00201, 8.40.00171, 8.40.00031 e 8.53.00012 |
| 8.40.00201 | Remineralização | R\$ 23,66 | hemi-arco | N | N | até 15 anos | 6 meses | Necessário justificativa na guia, com assinatura do profissional e do responsável pelo paciente. Não pode ser realizado concomitante aos códigos 8.40.00090, 8.40.00171 e 8.40.00031. Mínimo de 03 elementos no mesmo segmento. |
| 8.40.00171 | Controle de cárie incipiente | R\$ 12,03 | dente | N | N | até 15 anos | 6 meses | Necessário justificativa na guia, com assinatura do profissional e do responsável pelo paciente. Não pode ser realizado concomitante aos códigos 8.40.00090, 8.40.00201 e 8.40.00031 |
| 8.40.00074 | Aplicação de selantes de fôssulas e fissuras | R\$ 34,78 | dente | N | N | até 12 anos | 12 meses | Permitido apenas em dentes hígidos. Dentes deciduos: apenas em dentes posteriores; Dentes permanentes: posteriores e face palatina de dentes anteriores superiores. |
| 8.40.00139 | Atividade educativa em saúde bucal | R\$ 14,90 | ato | N | N | | 6 meses | |
| 8.40.00163 | controle de biofilme (placa bacteriana) | R\$ 20,05 | ato | N | N | | 6 meses | |
| 8.40.00198 | Profilaxia: polimento coronário | R\$ 23,72 | hemi-arco | N | N | | 6 meses | Não pode ser realizado concomitante aos códigos 8.53.00047 e 8.53.00039 |
| 8.40.00244 | Teste de fluxo salivar | R\$ 22,40 | ato | N | N | | 1 por profissional por paciente | Para pagamento é necessário envio de relatório contendo hipótese diagnóstica, técnica empregada, medidas obtidas e conduta tomada frente ao resultado obtido. Necessário assinatura do paciente (ou responsável) e do profissional. |
| 8.40.00252 | Teste de PH salivar | R\$ 22,40 | ato | N | N | | 1 por profissional por paciente | necessário envio do resultado obtido com a assinatura do profissional e do beneficiário. |
| ODONTOPEDIATRIA | | | | | | | | |
| 8.10.00014 | Condicionamento em odontologia | R\$ 34,55 | ato | N | N | até 7 anos | até 3 sessões/ano | Consultas de adaptação para pacientes com comportamento não cooperativo ou de difícil manejo. Não pode ser liberado para pacientes com tratamentos já realizados com o mesmo profissional. |
| 8.40.00031 | Aplicação de cariostático | R\$ 18,62 | dente | N | N | até 5 anos | 1 por dente | |
| 8.30.00151 | Tratamento endodôntico em dente decíduo | R\$ 88,47 | dente | S | S | | 1 por dente | limitada a 4 rx por endodontia |
| 8.30.00127 | Pulpotomia em dente decíduo | R\$ 68,99 | dente | S | S | | 1 por dente | |
| 8.30.00089 | Exodontia simples de decíduo | R\$ 44,23 | dente | N | N | | 1 por dente | |
| 8.50.00787 | Imobilização dentária em dentes deciduos | R\$ 62,51 | segmento | S | S | | 6 meses | Já inclusa a contenção. Mínimo de 3 dentes no segmento. Liberado apenas em caso de traumatismo dentário. Não pode ser cobrado concomitante ao código 8.20.01251 |
| 8.30.00020 | Coroa de acetato em dente decíduo | R\$ 120,44 | dente | S | S | | 5 anos | |
| 8.30.00046 | Coroa de aço em dente decíduo | R\$ 120,44 | dente | S | S | | 5 anos | |
| 8.30.00062 | Coroa de polícarbonato em dente decíduo | R\$ 120,44 | dente | S | S | | 5 anos | Coberto para dentes não passíveis de reconstrução por meio direto. |
| PRÓTESES Obs.: COBERTURA APENAS PARA PRÓTESES UNITÁRIAS. PEÇA PROTÉTICA JÁ INCLUSA. NÃO SERÃO REMUNERADAS QUANDO FIZEREM PARTE DE PRÓTESES PARCIAIS FIXA. TODOS OS REEMBASAMENTOS JÁ INCLUSOS. | | | | | | | | |
| 8.54.00076 | Coroa provisória com pino | R\$ 134,42 | dente | S | S | | 1 por dente | |
| 8.54.00084 | Coroa provisória sem pino | R\$ 134,42 | dente | S | S | | 1 por dente | |
| 8.54.00459 | Provisório Para Restauração metálica fundida | R\$ 134,42 | dente | S | S | | 1 por dente | Coberto apenas para dentes posteriores |
| 8.54.00114 | Coroa total em cerômero | R\$ 590,62 | dente | S | S | | 5 anos | Coberto apenas para dentes anteriores |
| 8.54.00149 | Coroa total metálica | R\$ 421,71 | dente | S | S | | 5 anos | Coberto apenas para dentes posteriores |
| 8.54.00220 | Núcleo metálico fundido | R\$ 169,48 | dente | S | S | | 5 anos | |
| 8.54.00262 | Pino pré-fabricado | R\$ 156,31 | dente | S | S | | 5 anos | Pino intra-radicular. Coberto apenas em dentes permanentes com tratamento endodôntico prévio |
| 8.54.00556 | Restauração Metálica Fundida | R\$ 421,71 | dente | S | S | | 5 anos | Coberto apenas em dentes permanentes posteriores com comprometimento de 3 ou mais faces. |
| 8.54.00505 | Remoção de trabalho protético | R\$ 75,12 | dente | S | S | | 12 meses | Valor por coroa unitária ou pilar de prótese fixa. |
| 8.54.00467 | Recimentação de trabalhos protéticos | R\$ 46,93 | ato | N | N | | 6 meses | Não permitido em coroas provisórias |
| 8.70.00040 | Coroa de acetato em dente permanente | R\$ 120,44 | dente | S | S | | 5 anos | Coberto para dentes não passíveis de reconstrução por meio direto, em pacientes não cooperativos / difícil manejo |
| 8.70.00059 | Coroa de aço em dente permanente | R\$ 120,44 | dente | S | S | | 5 anos | Coberto para dentes não passíveis de reconstrução por meio direto, em pacientes não cooperativos / difícil manejo |
| 8.70.00067 | Coroa de polícarbonato em dente permanente | R\$ 120,44 | dente | S | S | | 5 anos | Coberto para dentes não passíveis de reconstrução por meio direto, em pacientes não cooperativos / difícil manejo |
| 8.54.00599 | Planejamento em prótese | R\$ 32,74 | boca | S | S | >18 anos | 12 meses | |
| 8.10.00243 | Diagnóstico por meio de encerramento | R\$ 101,16 | boca | N | N | >15anos | 5 anos | |
| DENTÍSTICA Obs.: incluídas as restaurações provisórias (quando necessárias), forramentos, ajustes e polimentos. | | | | | | | | |
| 8.51.00099 | Restauração de amálgama - 1 face | R\$ 61,19 | | N | N | | 12 meses | |
| 8.51.00102 | Restauração de amálgama - 2 faces | R\$ 75,23 | | N | N | | 12 meses | |
| 8.51.00110 | Restauração de amálgama - 3 faces | R\$ 95,63 | | N | N | | 12 meses | |
| 8.51.00129 | Restauração de amálgama - 4 faces | R\$ 126,80 | | N | N | | 12 meses | |
| 8.51.00196 | Restauração em resina fotopolimerizável - 1 face | R\$ 62,63 | | N | N | | 12 meses | |
| 8.51.00200 | Restauração em resina fotopolimerizável - 2 faces | R\$ 105,03 | | N | N | | 12 meses | |
| 8.51.00218 | Restauração em resina fotopolimerizável - 3 faces | R\$ 136,14 | | N | N | | 12 meses | |
| 8.51.00226 | Restauração em resina fotopolimerizável - 4 faces | R\$ 148,63 | | N | N | | 12 meses | Necessário informar faces |
| 8.51.00137 | Restauração em ionômero de vidro - 1 face | R\$ 45,67 | | N | N | | 12 meses | |
| 8.51.00145 | Restauração em ionômero de vidro - 2 faces | R\$ 45,67 | | N | N | | 12 meses | |
| 8.51.00153 | Restauração em ionômero de vidro - 3 faces | R\$ 45,67 | | N | N | | 12 meses | |
| 8.51.00161 | Restauração em ionômero de vidro - 4 faces | R\$ 45,67 | | N | N | | 12 meses | |
| 8.51.00064 | Faceta Direta em resina fotopolimerizável | R\$ 164,44 | S | S | S | | 12 meses | Permitido apenas em dentes anteriores. |
| 8.54.00211 | Núcleo de preenchimento | R\$ 53,34 | | S | S | | 12 meses | Excluída a restauração. |
| 8.51.00048 (**) | Colagem de framentos dentários | R\$ 44,23 | | N | N | | | |
| 8.54.00017 | Ajuste oclusal por acréscimo | R\$ 90,70 | sessão | N | N | | 6 meses | Permitido apenas 1 ato. Para análise oclusal da boca toda e todos os ajustes oclusais necessários. Não pode ser cobrado concomitante ao código 8.54.00025 |
| 8.54.00025 | Ajuste oclusal por desgaste seletivo | R\$ 90,70 | sessão | N | N | | 6 meses | Permitido apenas 1 ato. Para análise oclusal da boca toda e todos os ajustes oclusais necessários. Não pode ser cobrado concomitante ao código 8.54.00017 |
| 8.51.00269 | Dessensibilização dentária | R\$ 59,26 | dente | N | N | >15 anos | 12 meses | Obrigatoriedade de justificativa, com assinatura do beneficiário/responsável |
| ENDODONTIA Obs.: já inclusos todos os curativos necessários. | | | | | | | | |
| 8.52.00034 | Pulpotomia | R\$ 46,93 | ato | N | N | | | |
| 8.52.00166 | Tratamento endodôntico unirradicular | R\$ 184,21 | dente | S | S | | 12 meses | |
| 8.52.00140 | Tratamento endodôntico birradicular | R\$ 243,68 | dente | S | S | | 12 meses | |
| 8.52.00158 | Tratamento endodôntico multirradicular | R\$ 346,19 | dente | S | S | | 12 meses | Limitada a 4 rx por endodontia |
| 8.52.00115 | Retratamento endodôntico unirradicular | R\$ 226,95 | dente | S | S | | 12 meses | |
| 8.52.00093 | Retratamento endodôntico birradicular | R\$ 294,51 | dente | S | S | | 12 meses | |
| 8.52.00107 | Retratamento endodôntico multirradicular | R\$ 412,31 | dente | S | S | | 12 meses | |
| 8.52.00123 | Tratamento de perfuração endodôntica | R\$ 120,38 | dente | S | S | | 12 meses | Exclui tratamento endodôntico |
| 8.52.00077 | Remoção de núcleo intraradicular | R\$ 75,12 | dente | S | S | | 12 meses | Permitido quando com finalidade endodôntica |
| 8.52.00050 | Remoção de corpo estranho intracanal | R\$ 45,89 | dente | S | S | | 12 meses | Permitido quando com finalidade endodôntica |
| 8.52.00131 | Tratamento endodôntico de dente com rizogênese incompleta | R\$ 87,66 | dente | S | S | | 1 por dente | Inclusa todas as intervenções necessárias. Exclui a endodontia |
| 8.52.00042 | Pulpotomia | R\$ 67,21 | dente | S | S | | 1 por dente | Já incluso na endodontia |

| | | | | | | | | | |
|---|--|--------------|----------|---|---|-------------|---------------------------------|--|--|
| 8.20.01618 | Tratamento cirúrgico de tumores benignos de tecidos moles na região buco-maxilo-facial (#) | R\$ 114,02 | segmento | N | N | | | | Necessário envio de cópia do anátomo patológico. |
| 8.20.01634 | Tratamento cirúrgico para tumores odontogênicos benignos - sem reconstrução (#) | R\$ 248,44 | segmento | S | S | | | | Necessário envio de cópia do anátomo patológico. |
| 8.20.00786 | Exérese ou excisão de cistos odontológicos (#) | R\$ 248,44 | segmento | S | S | | | | |
| 8.20.00441 | Coleta de raspado em lesões ou sítios específicos da região buco-maxilo-facial (#) | R\$ 63,54 | ato | N | N | | | | Necessário envio de cópia de anátomo patológico. |
| 8.20.01103 | Punção aspirativa na região buco-maxilo-facial (#) | R\$ 63,54 | ato | N | N | | | | Necessário envio de cópia de anátomo patológico. |
| 8.20.01006 | Implante Zigomático | R\$ 1.637,06 | sextante | S | S | >18 anos | 5 anos | | |
| 8.20.01120 | Punção aspirativa orientada por imagem na região buco-maxilo-facial | R\$ 63,54 | sextante | N | N | >15 anos | 12 meses | | Necessário justificativa na guia com assinatura e carimbo do profissional e do paciente (ou responsável) |
| 8.20.01219 | Reeducação e/ou reabilitação de distúrbio buco-maxilo-facial | R\$ 63,54 | boca | N | N | >15 anos | 4 meses | | Necessário justificativa na guia com assinatura e carimbo do profissional e do paciente (ou responsável) |
| 8.20.01235 | Reeducação e/ou reabilitação de seqüela em traumatismo buco-maxilo-facial | R\$ 63,54 | boca | N | N | >15 anos | 4 meses | | Necessário justificativa na guia com assinatura e carimbo do profissional e do paciente (ou responsável) |
| 8.20.01375 | Remoção de tamponamento nasal | R\$ 46,93 | boca | N | N | >5 anos | 6 meses | | Necessário justificativa na guia com assinatura e carimbo do profissional e do paciente (ou responsável) |
| 8.20.01391 | Retirada de corpo estranho oronasal ou oronasal da região buco-maxilo-facial | R\$ 67,33 | sextante | S | S | >18 anos | 5 anos | | |
| 8.20.01413 | Retirada de corpo estranho subcutâneo ou submucoso da região buco-maxilo-facial | R\$ 67,33 | sextante | N | N | >15 anos | 5 anos | | Necessário justificativa na guia com assinatura e carimbo do profissional e do paciente (ou responsável) |
| 8.20.01430 | Retirada dos meios de fixação da região buco-maxilo-facial | R\$ 67,33 | sextante | S | S | >18 anos | 12 meses | | |
| 8.52.00182 | Curetagem apical | R\$ 67,33 | sextante | S | S | >15 anos | 1 por paciente | | |
| 8.20.00581 | Enxerto com osso autógeno da linha oblíqua | R\$ 654,82 | sextante | N | N | >18 anos | 1 por paciente | | Necessário justificativa na guia com assinatura e carimbo do profissional e do paciente (ou responsável) |
| 8.20.00603 | Enxerto com osso autógeno do mento | R\$ 491,12 | sextante | N | N | >18 anos | 1 por paciente | | Necessário justificativa na guia com assinatura e carimbo do profissional e do paciente (ou responsável) |
| 8.20.01197 (**) | Redução simples de luxação de articulação temporomandibular (ATM) | R\$ 44,23 | ato | N | N | | | | Coberto quando sua realização for passível em ambiente ambulatorial. Necessário envio de justificativa na guia assinada pelo paciente (ou responsável) e pelo profissional. |
| 8.20.01766 | Placa de contenção cirúrgica | R\$ 227,02 | boca | N | N | >18 anos | 12 meses | | Necessário justificativa na guia com assinatura e carimbo do dentista e paciente (ou responsável). |
| ADEQUAÇÃO DO MEIO BUCAL | | | | | | | | | |
| obs.: Estes códigos não podem ser utilizados como restaurações provisórias em caso de endodontia e dentística. | | | | | | | | | |
| 8.53.00055 | Remoção dos fatores de retenção do Biotfilme dental (Placa Bacteriana) | R\$ 9,45 | ato | N | N | até 15 anos | 1 por profissional por paciente | | |
| 8.30.00135 | Restauração atraumática em dentes deciduos | R\$ 9,45 | ato | N | N | até 12 anos | | | Procedimentos deste grupo são permitidos apenas para pacientes com alto risco, em início de tratamento. Necessário justificativa do responsável pelo beneficiário e do profissional. |
| 8.51.00080 | Restauração atraumática em dente permanente | R\$ 9,45 | ato | N | N | até 15 anos | | | |
| 8.52.00085 | Restauração temporária / tratamento expectante | R\$ 9,45 | ato | N | N | | | | |

| | | |
|------------------------------|--------------------------|--|
| PRAZOS PARA PAGAMENTO | REDE CREDENCIADA: | |
| | REEMBOLSO: | |

Envio de guia

Envio e/ou entrega Presencial do Faturamento
Avenida Liberdade, 823 - 10º andar.
Bairro: Liberdade - São Paulo - SP
CEP: 01503-001
Ponto de Referência: Estação São Joaquim do metrô

