

Reembolso Ordinário e Imuniza Mais

Etapas:

Reembolso Ordinário e Imuniza Mais

Dados do Prestador

Dados do Beneficiário

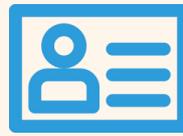
Procedimento

Tipos de Lançamento

Imuniza Mais

Reembolso Ordinário e Imuniza Mais

Clique no ícone "Meus Serviços" em seguida "Solicitação de Reembolso".



Meus Serviços



Solicitação de reembolso

Preencha a tela com as informações solicitadas

Solicitação de Reembolso

Dados do Prestador

CPF/CNPJ: Nome: Especialidade:

Campo obrigatório

N. Conselho Profissional: Conselho Profissional: UF Conselho Profissional:

Campo obrigatório

NP Recibo/NF: Data Recibo/NF:

Dados do Beneficiário

Atenção! favor solicitar junto caso nome ou CPF estejam incorretos.

Beneficiário: CPF:

Campo obrigatório

Contato

Telefone: Celular: E-mail:

Procedimento

Desja informar o procedimento?

Sim Não

Tipo de procedimento reembolsado

Médica

Campo obrigatório

Data de Atendimento:

Campo obrigatório

Tipo de Atendimento: Valor R\$:

Campo obrigatório

Observação:

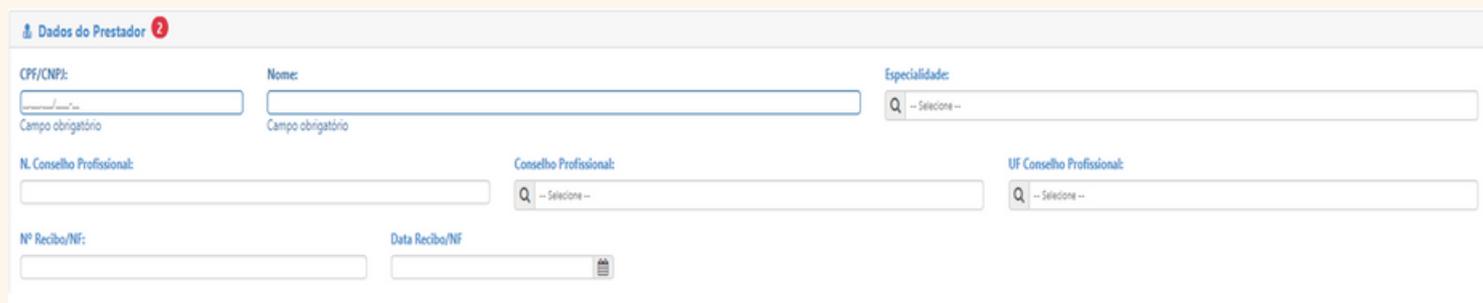
Anexos

Arquivos:

Você pode arrastar e soltar arquivos aqui.
Tamanho máximo permitido: 5mb.

Os campos CPF/CNPJ e Nome do prestador são obrigatórios. No entanto, nos casos de solicitação de reembolso com Nota Fiscal, o número e a data dela são de extrema importância para o processo de reembolso.

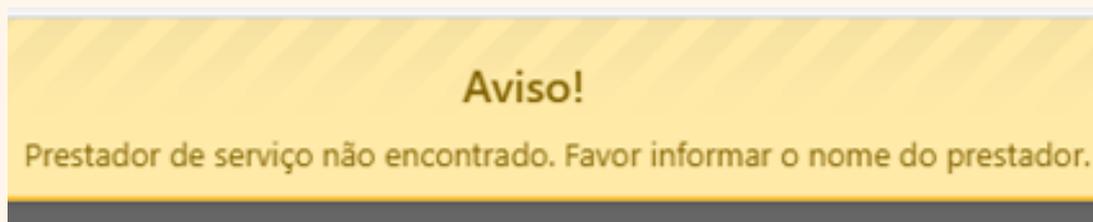
Dados do Prestador



O formulário "Dados do Prestador" contém os seguintes campos:

- CPF/CNPJ:** Campo obrigatório.
- Nome:** Campo obrigatório.
- Especialidade:** Menu suspenso com o texto "-- Selecione --".
- N. Conselho Profissional:** Campo de texto.
- Conselho Profissional:** Menu suspenso com o texto "-- Selecione --".
- UF Conselho Profissional:** Menu suspenso com o texto "-- Selecione --".
- Nº Recibo/NF:** Campo de texto.
- Data Recibo/NF:** Campo de data com ícone de calendário.

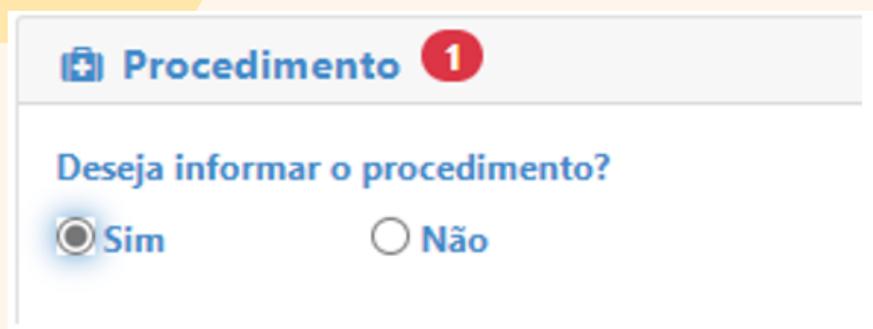
No preenchimento do CPF/CNPJ, se o prestador estiver previamente cadastrado, será preenchido automaticamente o nome dele(a). Caso o prestador não esteja na base de dados do TRFMED, aparecerá a mensagem abaixo:



Esse alerta não impedirá a continuidade da solicitação de reembolso. O beneficiário deverá selecionar o "X" do canto superior da tela amarela e em seguida preencher o nome do prestador.

Procedimento

Na pergunta
“Deseja informar o
procedimento?”, o
beneficiário deverá
assinalar a opção “Sim”



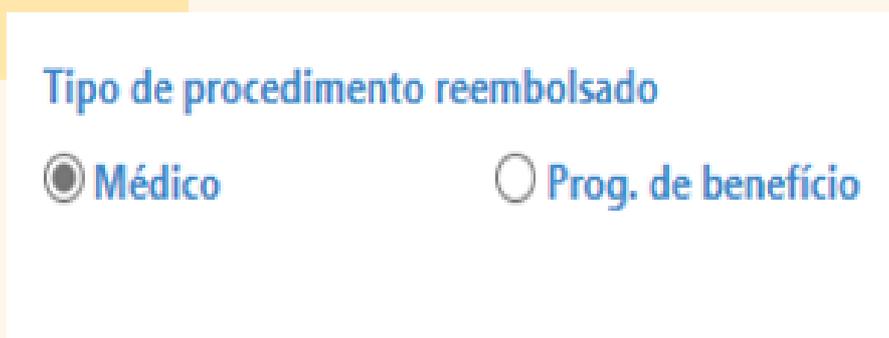
Procedimento 1

Deseja informar o procedimento?

Sim Não

Caso o beneficiário selecionar a opção “Não”, só será disponibilizada a opção de reembolso para despesas médicas.
Se a solicitação se referir a reembolso de um dos programas de saúde, terá que ser assinalada a opção “Sim”.

Em seguida, o
beneficiário deverá
selecionar em tipo de
procedimento a opção
“Médico”.



Tipo de procedimento reembolsado

Médico Prog. de benefício

Tipos de Lançamento

Serão disponibilizadas 3 opções de tipo de lançamento: por data de atendimento, por quantidade e serviço seriado. A depender do tipo de solicitação, poderá ser escolhida uma das três, conforme as instruções abaixo:

Por Data do Atendimento

Será a melhor opção nos casos em que 1 Nota Fiscal/Recibo tiver apenas 1 solicitação de reembolso (por exemplo: consulta médica). O beneficiário deverá preencher a data do atendimento:

Tipo lançamento do Serviço?

Por Data de Atendimento Lançar Serviços por Quantidade Lançar Serviço Seriado

Data de Atendimento:



Campo obrigatório

Lançar Serviços por Quantidade

Será a melhor opção nos casos em que 1 Nota Fiscal/Recibo tiver mais de uma prestação de serviço realizada na mesma data (por exemplo: mesma nota fiscal com 2 sessões de acupuntura realizadas no mesmo dia). O beneficiário deverá preencher a data do atendimento e a quantidade de serviços realizadas naquela data.

Por Data de Atendimento Lançar Serviços por Quantidade Lançar Serviço Seriado

Data de Atendimento:



Campo obrigatório

Quantidade:

Campo obrigatório

Lançar serviço seriado

Será a melhor opção nos casos em que 1 Nota Fiscal/recibo tiver mais de uma prestação de serviço realizada num espaço de tempo maior que 1 dia (por exemplo: 4 sessões de psicoterapia no mês). Nessa alternativa, aparecerão duas formas de preencher os tratamentos seriados: período (por exemplo: nos dias 01,02,03 e 04 do mês X) ou datas selecionadas (por exemplo: nos dias 07,09,12 e 13 do mês W). O beneficiário deverá selecionar uma das opções de acordo com o tipo de serviço realizado.

O formulário 'Lançar Serviço Seriado' apresenta duas opções de seleção: 'Período' (selecionada) e 'Datas Selecionadas'. Abaixo de 'Período', há dois campos obrigatórios: 'Início' e 'Fim', cada um com um ícone de calendário. Abaixo de 'Datas Selecionadas', há um campo único para a entrada de datas, também com um ícone de calendário.

Selecionado o tipo de lançamento, o beneficiário deverá preencher os campos "procedimento", "tipo de atendimento" e "valor". Caso o beneficiário queira sinalizar alguma especificidade na solicitação, o campo "observação" poderá ser preenchido com as peculiaridades do caso:

Esta seção mostra os campos obrigatórios para o lançamento: 'Procedimento', 'Tipo de Atendimento' e 'Valor R\$'. Cada campo possui um ícone de lupa e o rótulo 'Campo obrigatório'. Abaixo desses campos, há um campo de texto amplo para 'Observação'.

Imuniza Mais

Na solicitação para reembolso de vacinas do Imuniza Mais, o beneficiário digitará em "procedimento" a vacina para o qual deseja o reembolso. Para os pacientes com comorbidades o preenchimento do campo "observação" é obrigatório.

Em seguida deverá ser acionada a opção “adicionar” e será sinalizado um resumo do(s) procedimento(s) solicitado(s):

Procedimentos lançados			
Matrícula: [REDACTED]	Procedimento: (19) 3.16.01.01-4 - ACUPUNTURA POR SESSAO		X
Tipo de Atendimento: 6 - [SADI] ATENDIMENTO DOMICILIAR Observação: exemplo manual		Dt Atendimento: 17/04/2023	Valor: 150,00
Matrícula: 006026-7	Procedimento: (19) 3.16.01.01-4 - ACUPUNTURA POR SESSAO		X
Tipo de Atendimento: 6 - [SADI] ATENDIMENTO DOMICILIAR Observação: exemplo manual		Dt Atendimento: 18/04/2023	Valor: 150,00
Matrícula: 006026-7	Procedimento: (19) 3.16.01.01-4 - ACUPUNTURA POR SESSAO		X
Tipo de Atendimento: 6 - [SADI] ATENDIMENTO DOMICILIAR Observação: exemplo manual		Dt Atendimento: 19/04/2023	Valor: 150,00

Finalizados todos os preenchimentos obrigatórios, deverá ser selecionada a opção “Solicitar”. Em seguida será aberta uma janela para confirmação da solicitação.

Solicitação de Reembolso

Confirma o envio do reembolso com os seguintes procedimentos?

Procedimento	Valor
(19) 8.10.11.90-3 - Fisioterapia Motora por sessão em domicilio(Confiare)	0,01

O beneficiário deverá confirmar a solicitação. Em seguida, será gerado um número de protocolo e um número de chamado:

Aviso!
Solicitação 17 efetuada com sucesso. Protocolo ANS [11111120230428000156]

Tudo pronto! 