

# Reembolso Ordinário e Imuniza Mais

Etapas:

Reembolso Ordinário e Imuniza Mais

Dados do Prestador

Dados do Beneficiário

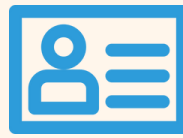
Procedimento

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**

Desaja 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:

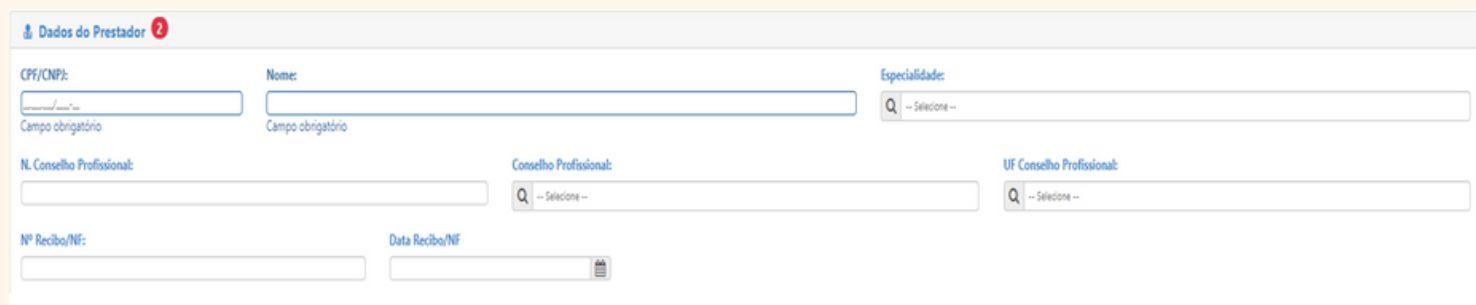
**Anexos**

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.

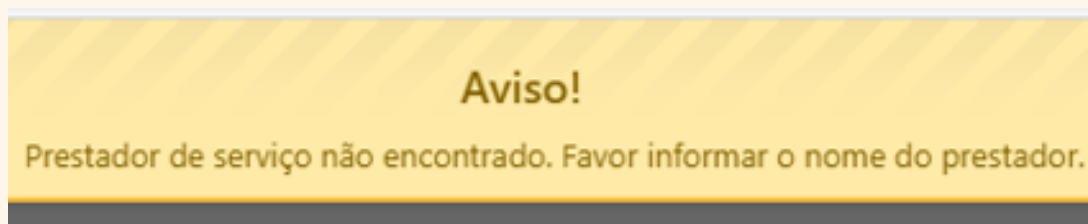
## Dados do Prestador



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.

## Dados do Beneficiário

O beneficiário deverá preencher os campos do “Dados do beneficiário”, selecionando para qual beneficiário irá ser feita a solicitação de reembolso.

**Dados do Beneficiário** 1

Atenção! Favor solicitar ajuste caso Nome ou CPF estejam incorretos.

Beneficiário:

Campo obrigatório.

Contato

Telefone:

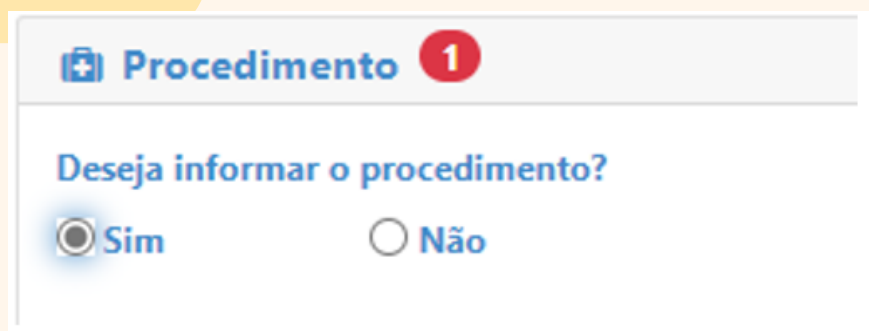
Celular:

E-mail:

Atenção: os campos telefone e endereço de email virão previamente preenchidos. O beneficiário poderá modificá-los a seu critério. Nos casos em que haja mais de 1 beneficiário no plano, deverá ser selecionado qual beneficiário se trata a solicitação. Após essa seleção, o campo CPF será automaticamente preenchido, não sendo passível de alteração.

## Procedimento

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



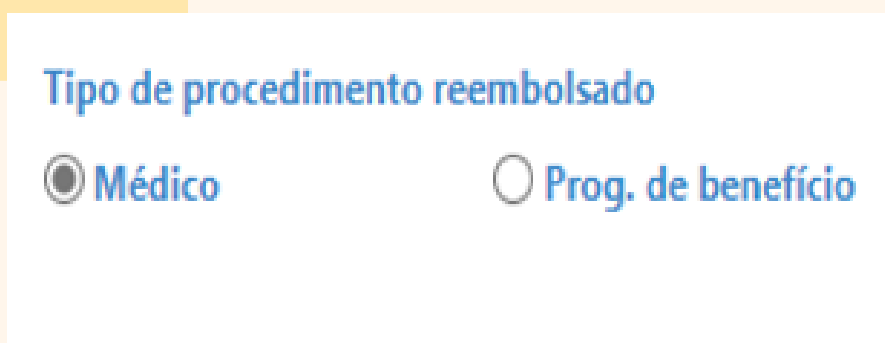
Procedimento 1

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 obrigatório para a seleção 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 de preenchimento: 'Procedimento' (campo obrigatório com ícone de lupa), 'Tipo de Atendimento' (campo obrigatório com ícone de lupa e opção de seleção), 'Valor R\$' (campo obrigatório) e 'Observação' (campo de texto livre).

## 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<br>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<br>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<br>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! 