



**Tutorial**

# **Reembolso De Bem com a Vida**

**Versão Portal do Beneficiário  
Nov/2023**

# Reembolso De Bem com a Vida

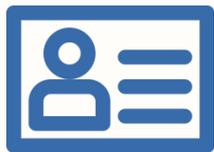
Após a aprovação do seu cadastro no DBCAV, você já pode iniciar o pedido de reembolso pelo programa

-  **Etapas**
-  **Reembolso De Bem com a Vida**
-  **Dados do Prestador**
-  **Dados do Beneficiário**
-  **Procedimento**
-  **Tipos de Lançamento**
-  **Solicitação**

# Reembolso De Bem com a Vida

1

Clique na opção **"MEUS SERVIÇOS"**  
e em seguida em **"SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO"**



Meus Serviços



Solicitação de  
reembolso

2

Serão mostrados **3 CAMPOS** para preenchimento



Solicitação de Reembolso

1 **PRESTADOR (MÉDICO)**

2 **BENEFICIÁRIO**

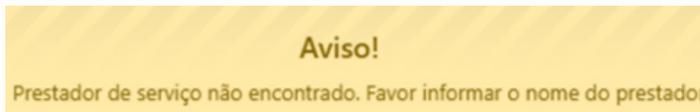
3 **PROCEDIMENTO**

## Dados do Prestador

Preencha os campos obrigatórios: **CPF/CNPJ** e **NOME** do prestador

3

Caso o prestador não esteja na base de dados do TRFMED, aparecerá a uma mensagem de “Aviso” como abaixo:



O aviso não impedirá a continuidade da solicitação. Selecione o “X” no canto superior da caixa amarela e prossiga a preencher o nome do prestador.

<b>CPF/CNPJ:</b> <input type="text"/> Campo obrigatório
<b>Nome:</b> <input type="text"/> Campo obrigatório

4

Preencha os demais campos da área **DADOS DO PRESTADOR**

ESPECIALIDADE E DADOS DO CONSELHO PROFISSIONAL (NOME, N<sup>o</sup> E UF)

### **IMPORTANTE**

5

Nos casos de solicitação de reembolso com **Nota Fiscal**, o **NÚMERO** e a **DATA** são de extrema importância para o processo de reembolso.

<b>Nº Recibo/NF:</b> <input type="text"/>
<b>Data Recibo/NF</b> <input type="text"/>

## Dados do Beneficiário

6

Selecione o **beneficiário** tomador do serviço

**Beneficiário:**

  
Campo obrigatório.

Os campos telefone e endereço de e-mail virão previamente preenchidos. O beneficiário poderá modificá-los a seu critério. Em caso de haver mais de um beneficiário no plano, selecione sobre qual beneficiário se trata a solicitação. Após essa seleção, o campo CPF será automaticamente preenchido, não passível de alteração.

Contato		
Telefone:	Celular:	E-mail:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## Procedimento

7

Na pergunta **"Deseja informar o procedimento?"**, o beneficiário deverá assinalar a opção **"SIM"**

**Procedimento 1**

Deseja informar o procedimento?

Sim  Não

8

Em seguida, o beneficiário deverá selecionar em tipo de procedimento a opção "Prog. de benefício".

Tipo de procedimento reembolsado

Médico  Prog. de benefício

9

No campo **PROCEDIMENTO** digite as iniciais do programa: **DBC**AV e selecione o serviço tomado

Procedimento:

Cam

(25) 7.00.00.01-1 - DBCAV - Sessões de psicoterapia individual

Obse

(25) 7.00.00.02-1 - DBCAV - Consulta com médico psiquiatra

(25) 7.00.00.03-1 - DBCAV - Consulta nutricionista

(25) 7.00.00.04-1 - DBCAV - Sessão com fisioterapeuta

## Tipos de lançamento

Serão disponibilizadas **3 opções** de tipo de lançamento para seleção de acordo com o tipo de solicitação:



DATA DE ATENDIMENTO



LANÇAR SERVIÇO POR QUANTIDADE



LANÇAR SERVIÇO SERIADO

Vamos entender para quais ocasiões servem cada um desses?



## DATA DE ATENDIMENTO

Melhor opção para os casos em que a **NOTA FISCAL/RECIBO** possui apenas **1 SOLICITAÇÃO** de reembolso.

Exemplo: Consulta Médica

1

Marque a opção  
**"POR DATA DE ATENDIMENTO"**

Tipo lançamento do Serviço?

Por Data de Atendimento

2

**!** **IMPORTANTE:**

A **"DATA DE ATENDIMENTO"** é um campo obrigatório da sua solicitação.

Data de Atendimento:



Campo obrigatório

## LANÇAR SERVIÇO POR QUANTIDADE

Melhor opção para os casos em que a **NOTA FISCAL** ou **RECIBO** possui **MAIS DE UMA (1) SOLICITAÇÃO** de reembolso na **MESMA DATA**.

Exemplo: Nota Fiscal (NF)/Recibo com 2 sessões de acupuntura realizadas na mesma data.

1

Marque a opção **"LANÇAR SERVIÇOS POR QUANTIDADE"**

Lançar Serviços por Quantidade

**! ATENÇÃO:**

2

Os campos **"DATA DE ATENDIMENTO"** e **"QUANTIDADE"** são obrigatórios para sua solicitação.

Data de Atendimento:



Campo obrigatório

Quantidade:

Campo obrigatório

## LANÇAR SERVIÇO SERIADO

Melhor opção para os casos em que a **NOTA FISCAL/RECIBO** possui **MAIS DE 1 SOLICITAÇÃO** de reembolso em **INTERVALO DE TEMPO MAIOR QUE 1 DIA**

Exemplo: 4 sessões de psicoterapia realizadas ao longo do mês.

1

Marque a opção  
"LANÇAR SERVIÇO SERIADO"

Lançar Serviço Seriado

**!** ATENÇÃO:

2

Ao selecionar a opção acima, aparecerão duas opções: "Período" e "Datas Seleccionadas".

Qual opção  
selecionar de acordo  
com seu caso?  
Veja a seguir!

Período

Datas Seleccionadas

## Opção Período

Melhor opção para os casos em que o serviço tomado ocorre de **FORMA CONSECUTIVA**.

Exemplo: 4 sessões de psicoterapia realizadas consecutivamente nos dias 04, 05, 06 e 07 do mês de Setembro.

1 Marque a opção **"PERÍODO"**.

Período

2 Preencha com a **data da primeira sessão**, em seguida, a **data da última realizada**.

Início:

04/09/2023



Fim:

07/09/2023



## Opção Data Seleccionada

Melhor opção para os casos em que o serviço tomado ocorre de **FORMA NÃO CONSECUTIVA** ao longo do mês.

Exemplo: 4 sessões de psicoterapia realizadas **consecutivamente** nos dias **02, 04, 01 e 16** do mês de Setembro.

1

Marque a opção **"DATAS SELECIONADAS"**.

**Datas Seleccionadas**

2

Em seguida selecione as **datas de realização dos serviços**.

« Agosto 2023 »						
Dom	Seg	Ter	Qua	Qui	Sex	Sáb
30	31	1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30	31	1	2
3	4	5	6	7	8	9

Limpar

**Datas:**

02/08/2023,04/08/2023,10/08/2023,16/08/2023

Selecione o tipo de lançamento, o beneficiário deve **preencher os campos:**

### "PROCEDIMENTO"

1

Procedimento:

Campo obrigatório

### "TIPO DE ATENDIMENTO"

2

Tipo de Atendimento:

Campo obrigatório.

### "VALOR"

3

Valor R\$:

Campo obrigatório



### IMPORTANTE

4

Caso o beneficiário queira sinalizar alguma especificidade na solicitação, o **campo "observação"** poderá ser preenchido com estas.

Observação:

5

Selecione a opção **"adicionar"** e será sinalizado um resumo do(s) procedimento(s) solicitado(s)

Procedimentos Solicitados			
Matricula: [REDACTED]	Procedimento: (R) 3.16.01.01-4 - ACUPUNTURA POR SESSAO		X
Tipo de Atendimento: 6 - (SADI) ATENDIMENTO DOMICILIAR			
Observação: exemplo manual			
	Di. Atendimento: 12/04/2023	Valor: 150,00	
Matricula: 00026-7	Procedimento: (R) 3.16.01.01-4 - ACUPUNTURA POR SESSAO		X
Tipo de Atendimento: 6 - (SADI) ATENDIMENTO DOMICILIAR			
Observação: exemplo manual			
	Di. Atendimento: 18/04/2023	Valor: 150,00	
Matricula: 00026-7	Procedimento: (R) 3.16.01.01-4 - ACUPUNTURA POR SESSAO		X
Tipo de Atendimento: 6 - (SADI) ATENDIMENTO DOMICILIAR			
Observação: exemplo manual			
	Di. Atendimento: 19/04/2023	Valor: 150,00	

6

No campo de Anexos, envie os documentos relacionados à sua solicitação seguindo os seguintes passos:

Clique no ícone ao lado e realize o envio de seus arquivos.



Em seguida pressione o botão: **ADICIONAR ARQUIVO.**

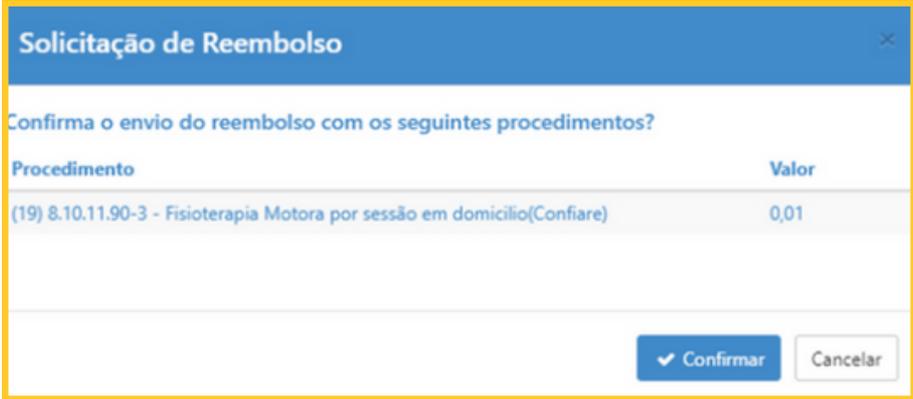
**+ Adicionar Arquivo**

Em seguida clique em **"Salvar"**.

**Salvar**

7

Finalizados os preenchimentos obrigatórios, deverá ser selecionada a opção **"Solicitar"**. Em seguida, será aberta a janela para confirmar a solicitação. Clique em **"confirmar"** para concluir ou **"cancelar"** para desfazê-la.



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

8

Após a confirmação da solicitação, será gerado um **número de protocolo** e um **número de chamado**:

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

A yellow circle containing a blue checkmark, with a dashed yellow line extending upwards from the top of the circle.

## **Tudo pronto!**

**Sua solicitação de Reembolso do programa De Bem com a Vida foi realizada!**

**Consulte o andamento da sua solicitação via Portal do Beneficiário ou App TRMED.**

# Canais de Comunicação TRFMED

Acompanhe nossos canais de comunicação pra ficar por dentro da sua Autogestão em Saúde e aproveitar ainda mais!

Escolha seu preferido e seja sempre bem-vindo!

## Central de Atendimento

 (81) 3425.9970

## Instagram

 @trfmedsaude

## Facebook

 TRFMED Autogestão

## Youtube

 @TRFMED

## Site

 [trfmed.trf5.jus.br](http://trfmed.trf5.jus.br)

## E-mail

 [atendimento.trfmed@trf5.jus.br](mailto:atendimento.trfmed@trf5.jus.br)

## Comunidade WhatsApp

para receber atualizações, acesse o QR Code abaixo:



## Portal do Beneficiário



Aqui você tem acesso ao Fale Conosco e ao quadro de avisos

