

Tutorial de Reembolso



Portal do Beneficiário
Versão Dez/2023



IMUNIZA JF5

1

Após acessar o Portal do Beneficiário,
Clique na opção **"MEUS SERVIÇOS"**
e em seguida em **"SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO"**



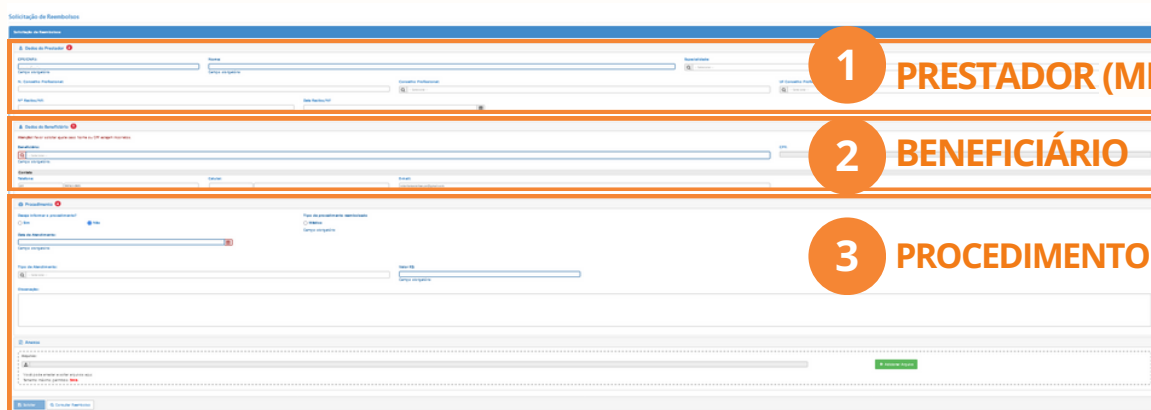
Meus Serviços



Solicitação de
reembolso

2

Serão mostrados **3 CAMPOS** para preenchimento



The screenshot shows a web form titled 'Solicitação de Reembolso'. It is divided into three main sections, each highlighted with an orange border and a numbered callout:

- 1 PRESTADOR (MÉDICO)**: The first section contains fields for 'Nome', 'CPF', 'Endereço', 'Telefone', and 'E-mail'.
- 2 BENEFICIÁRIO**: The second section contains fields for 'Nome', 'CPF', 'Endereço', 'Telefone', and 'E-mail'.
- 3 PROCEDIMENTO**: The third section contains a dropdown menu for 'Procedimento' and a text area for 'Observações'.

Dados do Prestador

3

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

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

Aviso!

Prestador de serviço não encontrado. Favor informar o nome do prestador

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

4

O preenchimento das demais áreas dos Dados do Prestador é opcional.

! 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.

CPF/CNPJ:

Campo obrigatório

Nome:

Campo obrigatório

Nº Recibo/NF:


Data Recibo/NF

Dados do Beneficiário

6

Selecione o **beneficiário** tomador do serviço

Beneficiário:

 -- Selecione --

Campo obrigatório.

Os campos telefone e endereço de e-mail já virão preenchidos. O beneficiário poderá modificá-los livremente. Em caso de haver mais de um beneficiário no plano, escolha 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 **"Médico"**.

Tipo de procedimento reembolsado

☒ Médico

☐ Prog. de beneficio

Lançamento de Reembolso

1

Marque a opção
"POR DATA DE ATENDIMENTO"

Tipo lançamento do Serviço?

☒ Por Data de Atendimento



IMPORTANTE:

2

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

Data de Atendimento:



Campo obrigatório

3

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

"PROCEDIMENTO"

Procedimento:

Campo obrigatório

4

"TIPO DE ATENDIMENTO"

Tipo de Atendimento:

Campo obrigatório.

5

"VALOR"

Valor R\$:

Campo obrigatório

IMPORTANTE

6

Na solicitação para reembolso de vacinas, o beneficiário **digitará em "procedimento"** o nome do programa **"Imuniza Mais"**. Em seguida, aparecerá a **lista de vacinas** oferecidas. Esse é o momento de escolha para qual vacina haverá reembolso. Os pacientes com comorbidades deverão preencher o campo **"observação"** obrigatoriamente.

Observação:

7

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

Procedimentos selecionados			
Matricula: [REDACTED]	Procedimento: (19) 3.16.01.01-4 - ACUPUNTURA POR SESSAO		X
Tipo de Atendimento: 6 - (SADI) ATENDIMENTO DOMICILIAR			
Observação: exemplo manual			
	Di. Atendimento: 17/04/2023	Valor: 150,00	
Matricula: 906026-7	Procedimento: (19) 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: 906026-7	Procedimento: (19) 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	

8

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.

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

✓ Confirmar

Cancelar

9

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]



Sua solicitação de Reembolso do programa Acolher foi realizada!

Para verificar o status do procedimento, consulte o andamento da solicitação pelo Portal do Beneficiário ou via 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**

E-mail

 **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

