

**Tutorial de Reembolso**



**IMUNIZA**  
**JF5**

**Portal do Beneficiário**  
**Versão Dez/2023**



# IMUNIZA JF5

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

1



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

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:

  
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 JF5"**. 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 Solicitados                              |   |               |   |
|--|---|---------------|---|
| Matricula: [REDACTED]                                  | Procedimento: (19) 3.14.01.01-4 - ACUPUNTURA POR SESSAO |               | X |
| Tipo de Atendimento: 6 - (SADI) ATENDIMENTO DOMICILIAR |   |               |   |
| Observação: exemplo manual                             |   |               |   |
|  | Di Atendimento: 17/04/2023                              | Valor: 150,00 |   |
| Matricula: 90626-7                                     | Procedimento: (19) 3.14.01.01-4 - ACUPUNTURA POR SESSAO |               | X |
| Tipo de Atendimento: 6 - (SADI) ATENDIMENTO DOMICILIAR |   |               |   |
| Observação: exemplo manual                             |   |               |   |
|  | Di Atendimento: 18/04/2023                              | Valor: 150,00 |   |
| Matricula: 90626-7                                     | Procedimento: (19) 3.14.01.01-4 - 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  |

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]

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

## Tudo pronto!

**Sua solicitação de Reembolso do programa Imuniza JF5 foi realizada!**

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



# 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

