



# Manual de

# REEMBOLSO

Via Portal Web











### Este manual foi desenvolvido com o objetivo de orientar o beneficiário em suas solicitações de Reembolso.

- A ferramenta é simples, intuitiva e de fácil utilização. Provavelmente você nem precisará do manual para realizar as principais interações, mas ele está aqui para te dar o suporte necessário, caso venha a ter dúvidas ou dificuldades.
  - A seguir você encontrará, de forma simplificada, o passo a passo para realizar sua solicitação de reembolso.
- ATENÇÃO: não esqueça que as solicitações deverão ser lançadas sempre em nome do beneficiário que recebeu o atendimento ou utilizou os serviços do plano, seja ele titular ou dependente.
  - Boa leitura!

# Acesse o site da ELOSAÚDE: <u>www.elosaude.com.br</u> selecione a opção "**SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO"** (está localizada no menu superior).







Nesta página selecione uma das opções:

- Reembolso de serviços prestados por pessoa <u>física</u>, ou
- Reembolso de serviços prestados por pessoa jurídica.

Depois de escolher, será aberta uma outra tela.





Você será direcionado para a página: "SOLICITAÇÃO DE **REEMBOLSO**". Leia as instruções, depois vá para o final da página e clique em "CONTINUAR".

AQUI VOCÊ VAI ENCONTRAR, **DE FORMA SIMPLIFICADA, TODAS** AS INFORMAÇÕES RELATIVAS AO **REEMBOLSO. SEUS DIREITOS, OS DOCUMENTOS EXIGIDOS, OS PRAZOS DE PAGAMENTO ETC.,** POR ISSO É TÃO IMPORTANTE LER O CONTEÚDO.

MAS, SE VOCÊ JÁ CONHECE O **PROCESSO, ROLE A PÁGINA PARA BAIXO.** 

PARA PROSSEGUIR COM SUA SOLICITAÇÃO, CLIQUE EM "CONTINUAR".



### SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO

Antes de começar, reserve alguns minutos do seu tempo para ler as orientações abaixo. Entenda de forma simples e rápida, como funciona o processo de reembolso e evite atrasos e devoluções de documentos.

olicitação de Reembolso	Acesse seu Boleto	Acesso do Credenciado	5
Home Institucionais	Planos Publicações Formulários	Fale com a Elosaúde 🔍 f	in 🔤







# Nesta página insira **CPF** e **SENHA**.

SELECIONE A OPÇÃO "BENEFICIÁRIO".

**DEPOIS DIGITE SEU CPF.** 

A SENHA PADRÃO É SUA MATRÍCULA ELOSAÚDE. (ESTÁ IMPRESSA EM SEU CARTÃO DO PLANO).

**DEPOIS, CLIQUE EM "ENTRAR".** 







Nesta página estão os dados gerais de seu plano e é por aqui que você efetua o pedido de reembolso. Acesse o menu lateral (à esquerda) e selecione a opção "REEMBOLSO".

	🕇 Elosaúde	=
	BENEFICIÁRIO	Meu cadastro 🏠 • Beneficiár
	Meu cadastro	
SELECIONE A OPÇÃO REEMBOLSO.	Carências \$ Reembolso	Dados gerais Beneficiário
	Boletos	Desejo ser identificado pelo meu
	Extrato de Utilização	Cartão Nacional Saúde
	~	Plano Acomodação
		Tipo de contratação
		Abrangência geográfica



rio • Meu cadastro

nome social

Matrícula

Número do Contrato

Data da contratação

Tipo de regulamentação do plano

Segmentação assistencial

Data de nascimento

Cobertura Parcial Temporária

Data de início da cobertura

Número do registro do plano



# O menu **REEMBOLSO** abrirá algumas opções. Você deverá clicar em: "Solicitar".



Matrícula

Número do Contrato

Data da contratação

Tipo de regulamentação do plano

Segmentação assistencial

Data de nascimento

Cobertura Parcial Temporária

PASSO

Data de início da cobertura

Número do registro do plano



Nesta estapa, se você for o titular do plano, deverá escolher o beneficiário realizou o atendimento (você ou seu dependente). Se você for um dependente, então não terá esta etapa, pois terá sido reconhecido automaticamente.

**SELECIONE O BENEFICIÁRIO QUE REALIZOU O ATENDIMENTO OU UTILIZOU OS SERVIÇOS DO PLANO (TITULAR OU DEPENDENTES).** 





## Nesta página selecione o tipo de reembolso que deseja solicitar.

### INFORME SE O REEMBOLSO SE REFERE A SERVIÇOS MÉDICOS OU ODONTOLÓGICOS\*\*.

\*\*ATENÇÃO: reembolso de serviços odontológicos estão disponíveis apenas para quem possui plano com tal cobertura.



Beneficiário

Tipo do Reembolso





# Ao selecionar a opção "MÉDICO", você escolherá, em seguida, o tipo de atendimento realizado.



Tipo do Reembolso

Tipo de Procedimento

Qual tipo de procedimento deseja solicitar?

v

Selecione a opção desejada: consulta, exame, internação, medicamento\*\*, procedimento ambulatorial, terapia, vacina\*\*, óculos\*\* e outros.

\*\*Condicionado à cobertura do plano.



Em seguida anexe os documentos necessários para análise. **IMPORTANTE:** atente para os documentos obrigatórios. Ao nomear o arquivo **NÃO UTILIZE** pontuação, acentuação ou caracteres especiais e prefira nomes simples e curtos.

O COMPROVANTE DE PAGAMENTO É DOCUMENTO OBRIGATÓRIO.

SERVIÇOS PRESTADOS POR PESSOA JURÍDICA: SÃO ACEITAS APENAS NOTA OU CUPOM FISCAL COM A DESCRIÇÃO CORRETA DO SERVIÇO PRESTADO.

PESSOA FÍSICA: ALÉM DA NOTA FISCAL, PODE SER APRESENTADO RECIBO DE PAGAMENTO, QUE DEVE CONTER NOME COMPLETO DO PRESTADOR, CPF, REGISTRO DO CONSELHO PROFISSIONAL DE ÁREAS DA SAÚDE, ASSINATURA E ENDEREÇO COMPLETO (COM CEP).



ATENÇÃO: Em caso de dúvidas sobre a documentação obrigatória, consulte orientações na última página deste manual ou entre em contato com a equipe de reembolso.



O próximo passo irá variar conforme o procedimento indicado anteriormente. **Terapias:** informe as datas em que os atendimentos foram realizados e o valor individual das sessões. **Exames, óculos\*\*, vacinas\*\*, medicamentos\*\* e outros:** na página seguinte será solicitada a descrição dos itens, valores individuais, data de compra ou realização e especialidade do médico que prescreveu. Esses dados são indispensáveis para a análise adequada do pedido.

Informe os itens para reembolso			Selecione a especialidade		Informe os itens para reembolso					
					Especialidade *	•	Data do atendimento *			
Especialidade *	*	Data do atendime	nto *	Ē	Especialidade *				Cuantidade *	Valae unitá
					Fisioterapia		MEDICAMENTO FARMÁCIA		▼ 1	R\$
ltem *		Quantida	de * Valor i	unitário *	Fonoaudiologia		(Observação (ancienal)			
			N.		Nutricionista		Observação (opcionar)			
		(analytic)			Psicoterapia: Individual					
		Vallya			Terapia Ocupacional				Avançar	





Está e a última etapa da solicitação. Aqui você seleciona a opção de Pessoa Física ou Jurídica, depois informa os dados do Prestador. **ATENÇÃO:** campos com asterisco(\*) são de preenchimento obrigatório.





# PASSO

### Informe os dados do prestador

ressua sundica		
Nome *		
CEP *	UF *	
Município *		
Bairro *		
Endereço *		Número *
Complemento		



Pronto, sua solicitação foi cadastrada com sucesso! Você receberá a mensagem: 'Reembolso Cadastrado'. Verifique se a conta bancária está correta. Titular ou Responsável Financeiro têm a opção de atualizar a conta bancária.

**CASO VERIFIQUE QUE A CONTA BANCÁRIA NÃO ESTÁ CADASTRADA OU ESTÁ INCORRETA, CLIQUE NA OPÇÃO "ATUALIZAR CONTA".** 

ESTA OPÇÃO ESTÁ DISPONÍVEL SOMENTE PARA TITULAR OU **RESPONSÁVEL FINANCEIRO.** 



# **SOLICITAÇÃO CONCLUÍDA**

Solicitar Reembolso 👘 🔒 Beneficiário 🔹 Reembolso 🔹 Solicitar Reembolso

### Reembolso cadastrado

**(i)** 

A conta bancária registrada deve ser obrigatoriamente de sua titularidade. Ressaltamos que não é possível dividir os pagamentos entre diversas contas, e todos os reembolsos serão efetuados exclusivamente na conta cadastrada no momento do envio ao banco. Dessa forma recomendamos que verifique e, se necessário, atualize suas informações bancárias para evitar possíveis contratempos no recebimento dos reembolsos.

> Conta cadastrada Nome: SIMONE MARIA SOUZA Banco: 341 - ITAU Agência: 7858 Conta: 61222-4

fi Atualizar conta + Nova solicitação



# VISUALIZAR E ACOMPANHAR suas solicitações: Acesse a opção "Histórico", localizada no menu de Reembolso.





### ACOMPANHAR REEMBOLSO

Solicitações de Reembolso 🍈 🕆 Beneficiário • Reembolso • Solicitações de Reembolso

itação web	Reembolso	Data da solicitação	Tipo	Beneficiário	Situação	Data de pagamento
		23/02/2024	Terapia	6	Aberta	
		23/02/2024	Consulta		Finalizada	
		21/02/2024	Medicamento		Finalizada	
		09/02/2024	Medicamento		Finalizada	
		09/02/2024	Medicamento		Finalizada	
		04/01/2024			Finalizada	
		03/01/2024			Finalizada	



**DIVERGÊNCIAS:** são problemas documentais ou outras ocorrências que interrompem temporariamente o processo. Isso significa que a equipe de Reembolso precisa de maiores informações ou documentos complementares.

### Elosaúde $\equiv$ Solicitações de Reembolso BENEFICIÁRIO Meu cadastro Carências A "DIVERGÊNCIA" APARECE S Reembolso Solicitação web EM VERMELHO NA TELA. Solicitar Histórico **PARA CONHECER DETALHES** Tabela SOBRE A "DIVERGÊNCIA", Boletos CLIQUE NO "LÁPIS", NA LATERAL À DIREITA DA TELA. Extrato de Utilização

## RESPONDER DIVERGÊNCIA

Iso 🍿 • Beneficiário • Reembolso • Solicitações de Reembolso





# A equipe de reembolso sempre detalha o motivo da "Divergência" e a mensagem fica registrada no campo de "Mensagens".



# RESPONDER DIVERGÊNCIA

🏠 • Beneficiário • Reembolso • Informações do Reembolso

Solicitação web

Banco

Valor unitário

Observação

Reembolso

Agência

Olá, boa tarde! Por favor, nos informar as datas em que ocorreram os atendimentos. Podem ser informadas logo abaixo a este questionamento. Atenciosamente e no

Data da solicitação

Conta

Datas



Conheça o passo a passo para responder à "Divergência": ATENÇÃO: depois de responder, não esqueça de clicar na seta



### RESPONDER DIVERGÊNCIA

**CANCELAMENTOS:** caso o beneficiário não solucione a "Divergência" a solicitação pode ser cancelada. Para saber o motivo do cancelamento, clique no ícone "i".



# **SOLICITAÇÃO** CANCELADA

de Reer	mbolso 🏠	<ul> <li>Beneficiário • Reem</li> </ul>	bolso • Solicitações	s de Reembolso				
								÷
web	Reembolso	Data da solicitação	Тіро	Beneficiário	Situação	,	Data de pagamento	A
		22/02/2024	Toropio		Ca	ncelada		(
		23/02/2024	Consulta		Fir	nalizada		(

### Mensagens

Olá, boa tarde! Por favor, nos informar as datas em que ocorreram os atendimentos. Podem ser informadas logo abaixo a este questionamento. Atenciosamente e no aguardo.

Elosaúde • 28/02/2024 15:43

Solicitação cancelada devido a falta de retorno na divergência gerada.

Elosaúde • 29/02/2024 11:10



Quando sua solicitação estiver com status "FINALIZADA", significa que a equipe de reembolso já finalizou a análise.

### ESTA COLUNA INDICA SE O PAGAMENTO JÁ FOI EFETUADO E A DATA EM QUE OCORREU.

### CLICANDO NO ÍCONE "I" VOCÊ ACESSARÁ AS INFORMAÇÕES DE SEU REEMBOLSO.

**INFORMAÇÕES DE SEU REEMBOLSO: VALORES A RECEBER, DATA PREVISTA** PARA PAGAMENTO ETC.

Dados gerais

Situação Finalizada

Dados do pagamento

**Data prevista** 

Banco

### Procedimentos

Código	Descrição	Data da realização	Valor solicitado	Valor aprovado

Durante a análise, o código pode ser alterado para corresponder ao procedimento detalhado.

# **SOLICITAÇÃO** CANCELADA



Agora você já sabe como realizar sua solicitação e acompanhar o andamento do processo.

Se tiver alguma dúvida sobre esse ou outros assuntos, contate-nos:

**REEMBOLSO: reembolso@elosaude.com.br** FINANCEIRO: adm@elosaude.com.br CADASTRO: cadastro@elosaude.com.br AUTORIZAÇÕES: autorização@elosaude.com.br **CREDENCIAMENTO: credenciamento@elosaude.com.br** FATURAMENTO: faturamento@elosaude.com.br **OUVIDORIA: ouvidoria@elosaude.com.br** TELEFONES GERAIS: (48) 3298 5555 ou 0800 739 5555

### CONTATOS



Tem dúvidas sobre documentos ou informações exigidos no reembolso? Vamos saná-las para você. Atente para as dicas a seguir:

### **CONSULTAS:**

• A Nota Fiscal ou Recibo devem descrever claramente que se trata de consulta. Pedidos sem essa especificação serão devolvidos.

### **TERAPIAS**

(Psicoterapia, nutrição, fisioterapia, fonoaudiologia e terapia ocupacional):

- É imprescindível fornecer as datas em que os atendimentos foram realizados.
- Para reembolso de fonoaudiologia, fisioterapia e terapia ocupacional, é necessária apresentação de pedido médico com indicação do tratamento.
- Psicoterapia e nutrição não necessitam de pedido médico.
- São reembolsáveis apenas atendimentos realizados por profissionais de saúde.

### IMPORTANTE

### **EXAMES E/OU IMUNOTERAPIA:**

• É indispensável apresentação de pedido médico com a indicação correspondente. • Caso o documento apresente mais de um item, os valores individuais deverão estar devidamente informados. • Para imunoterapia, é necessário informar valores individuais para a aplicação (honorário) e para a medicação utilizada (produto).

**PROCEDIMENTOS / CIRURGIAS** (Com internação ou realizados em

ambulatório/consultório):

- Para honorários médicos: Baixe o Formulário de Honorários Pagos em Caráter Particular, disponível no site da ELOSAÚDE. Este formulário deverá ser preenchido com as informações detalhadas dos médicos que realizaram a cobrança particular;
- Quando o valor apresentado incluir despesas de hospitais ou clínicas, é necessário apresentar a Conta Paciente (detalhamento de despesas, fornecido pelo Prestador);
- Apresente pedido médico e laudos de exames que justifiquem o procedimento;
- Para a correta análise, o procedimento precisa estar claramente descrito.



### Mais dicas para você:

**TRATAMENTO ODONTOLÓGICO\*\*** (Apenas para planos com cobertura odontológica)

É imprescindível fornecer a informação completa do tratamento realizado. Exemplos:

- Restaurações: identificação do elemento (dente) e face restaurada.
- Endodontia / pinos / coroas e implantes: pedido odontológico com identificação do elemento (dente) e descrição do tratamento realizado, contendo valores individuais, imagens iniciais e finais.
- Aparelho Ortodôntico: pedido odontológico com descrição do aparelho, orçamento, plano de tratamento, documentação ortodôntica e, após colocação, foto do aparelho instalado.

- Para reembolso de lente intraocular é indispensável que a a cobrança da lente utilizada.
- Caso não haja tal que a cobrança se

### IMPORTANTE

### **LENTE INTRAOCULAR**

Nota Fiscal especifique

especificação, deverá ser anexada declaração do prestador, indicando refere somente à lente.

### **ÓCULOS DE GRAU\*\* MEDICAMENTOS ADQUIRIDOS EM FARMÁCIA\*\***

(Para planos com essas coberturas)

É necessária apresentação de receita emitida por Oftalmologista (óculos), receita médica (medicamentos), Nota ou Cupom Fiscal.

**\*\* ATENÇÃO:** alguns planos não possuem cobertura para compra de medicamentos, óculos e vacinas.

Tratamentos odontológicos, somente para planos com que contemplam essa cobertura.

Para conhecer as coberturas, consulte o regulamento de seu plano (disponível no site da ELOSAÚDE) ou entre em contato conosco.



### Orientações finais:

- tratamento;
- estabelecidos no Regulamento do plano ao qual o beneficiário está vinculado;
- O prazo para solicitação de reembolso é de um ano (12 meses);
- A equipe de Reembolso poderá solicitar apresentação de documentos ou informações adicionais, sempre que necessários para subsidiar a análise de cobertura;
- Documentação incompleta ou incorreta será devolvida para realização de ajuste;
- ser reaberto pelo beneficiário após a regularização documental;
- manter a conta bancária atualizada é integralmente do beneficiário.

### IMPORTANTE

• O pedido de reembolso só poderá ser realizado após a realização do atendimento e/ou

• O reembolso será realizado em conformidade com os percentuais, coparticipações e tetos

• Caso o ajuste não ocorra dentro do prazo estipulado, o pedido será cancelado e só poderá

• Os pagamentos são realizados por meio de depósito bancário na conta do titular (ou responsável financeiro, quando for o caso) indicada no cadastro. A responsabilidade por







### Equipe de Reembolso

Gerência de Gestão de Plano [V2. atualizado em 1º.06.2024].

www.elosaude.com.br

