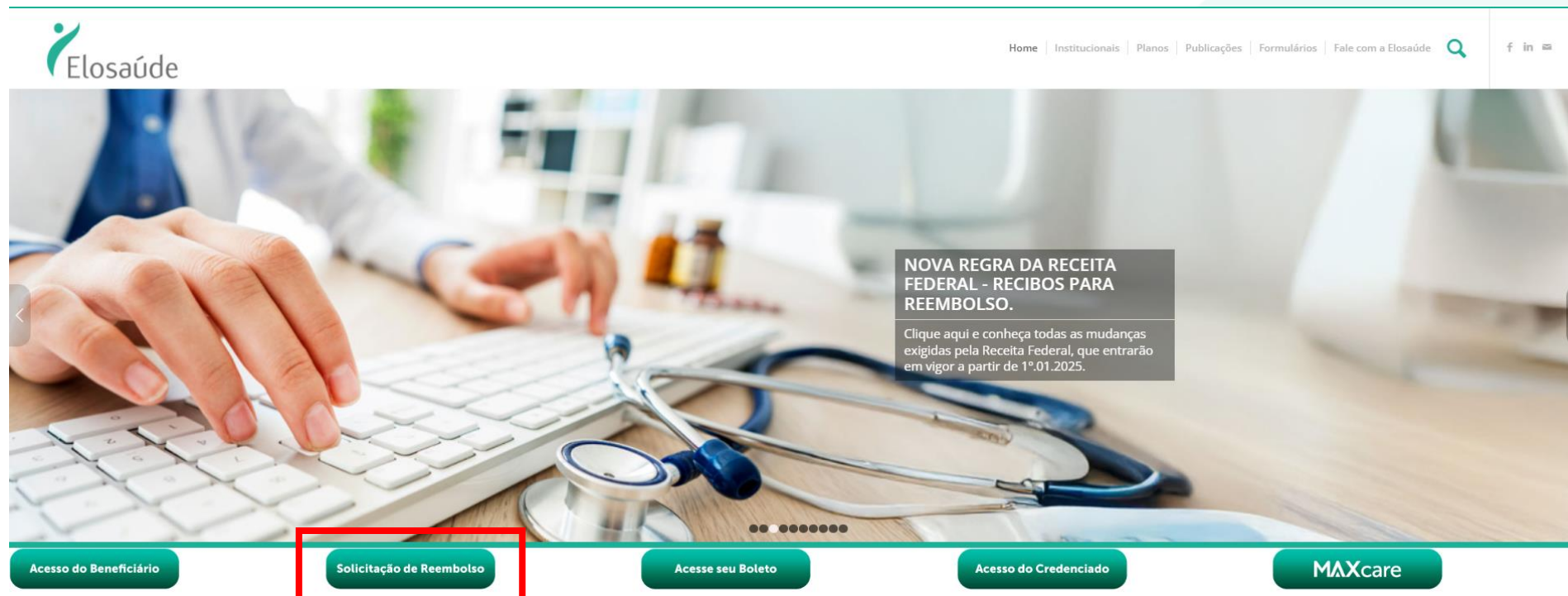




Solicitação de reembolso por meio eletrônico

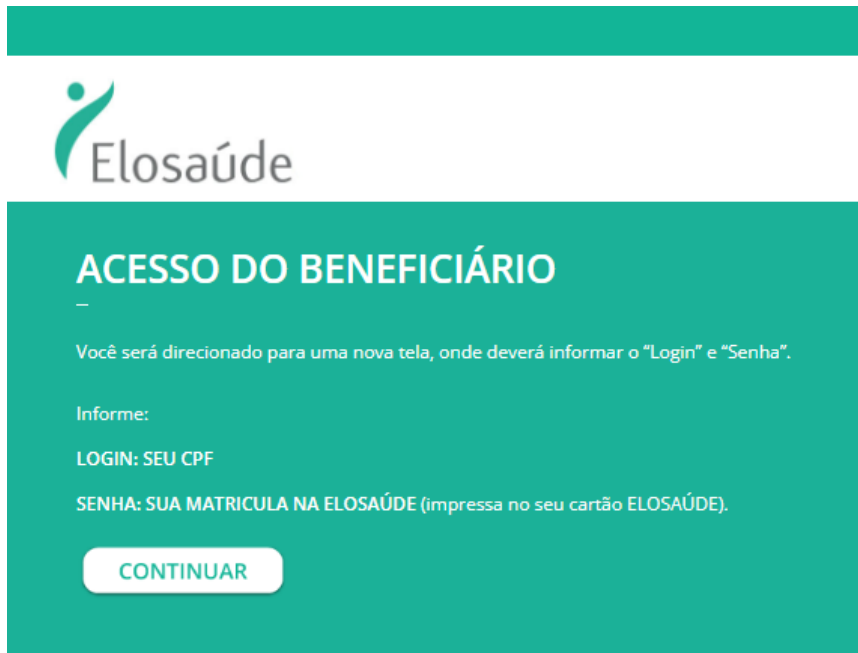
NO SITE DA ELOSAÚDE

1. Acesse o site: www.elosaude.com.br;
 - Clique em "SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO", conforme destacado na imagem abaixo:

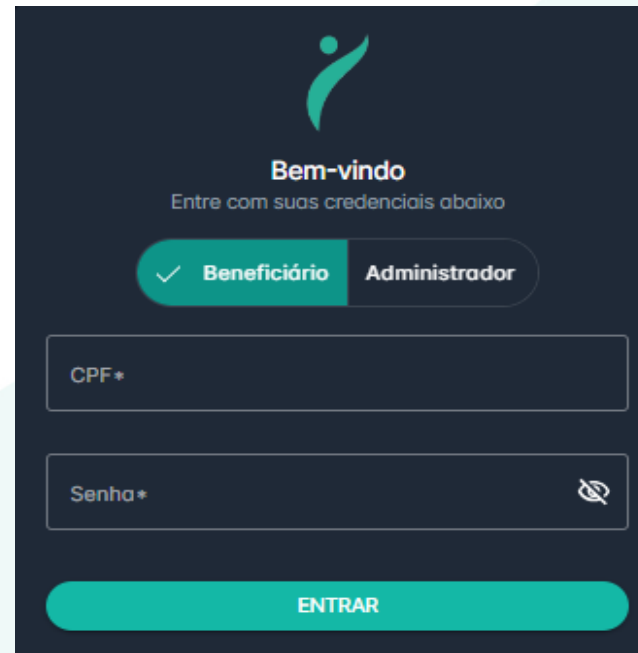


PARA ENTRAR NO PORTAL (LOGIN)

2. Leia as instruções e, no fim, clique em "Continuar".



The screenshot shows the Elosaúde login interface for beneficiaries. At the top left is the Elosaúde logo. Below it, the text "ACESSO DO BENEFICIÁRIO" is displayed in large, bold letters. Underneath, a message states: "Você será direcionado para uma nova tela, onde deverá informar o 'Login' e 'Senha'." Below this, the user is instructed to provide their login and password: "Informe: LOGIN: SEU CPF" and "SENHA: SUA MATRICULA NA ELOSAÚDE (impressa no seu cartão ELOSAÚDE)." At the bottom, there is a prominent white button with the text "CONTINUAR" on a teal background.



The screenshot shows the Elosaúde login interface for administrators. At the top center is the Elosaúde logo. Below it, the text "Bem-vindo" is displayed, followed by "Entre com suas credenciais abaixo". There are two selection buttons: "Beneficiário" (which is selected with a checkmark) and "Administrador". Below these are two input fields: "CPF*" and "Senha*" (with an eye icon for toggling visibility). At the bottom, there is a prominent teal button with the text "ENTRAR".

Selecione "Beneficiário" e Informe:

- CPF;
- Senha (a senha é o número da matrícula do seu cartão ELOSAÚDE).



MENU DE ACESSO

COMPUTADOR

Elosaúde

BENEFICIÁRIO

- Meu cadastro
- Carências
- Reembolso**
- Solicitar
- Histórico
- Tabela
- Boletos
- Extrato de Coparticipação
- Extrato de Utilização
- Imposto de Renda

ANS - Nº 41729-7

Meu cadastro

Dados gerais

CELULAR

Elosaúde

BENEFICIÁRIO

- Meu cadastro
- Carências
- Reembolso**
- Solicitar
- Histórico
- Tabela
- Boletos
- Extrato de Coparticipação
- Extrato de Utilização
- Imposto de Renda

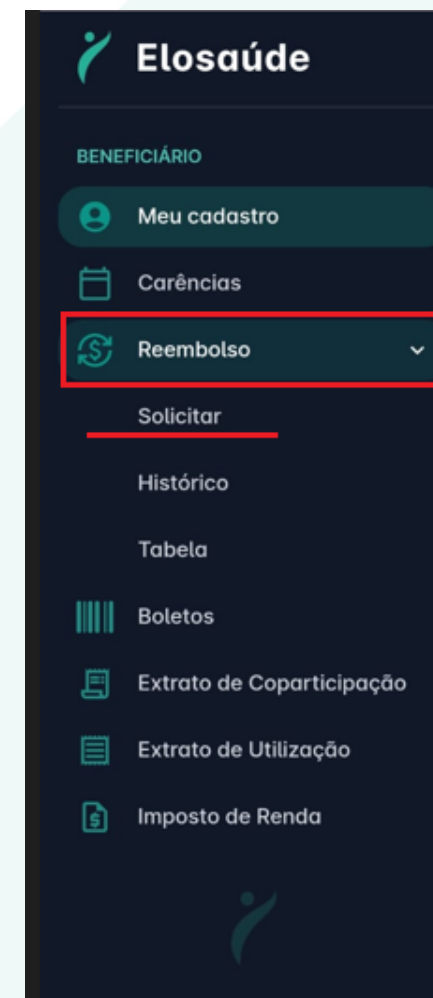
Meu cadastro

Dados gerais

SOLICITAÇÃO

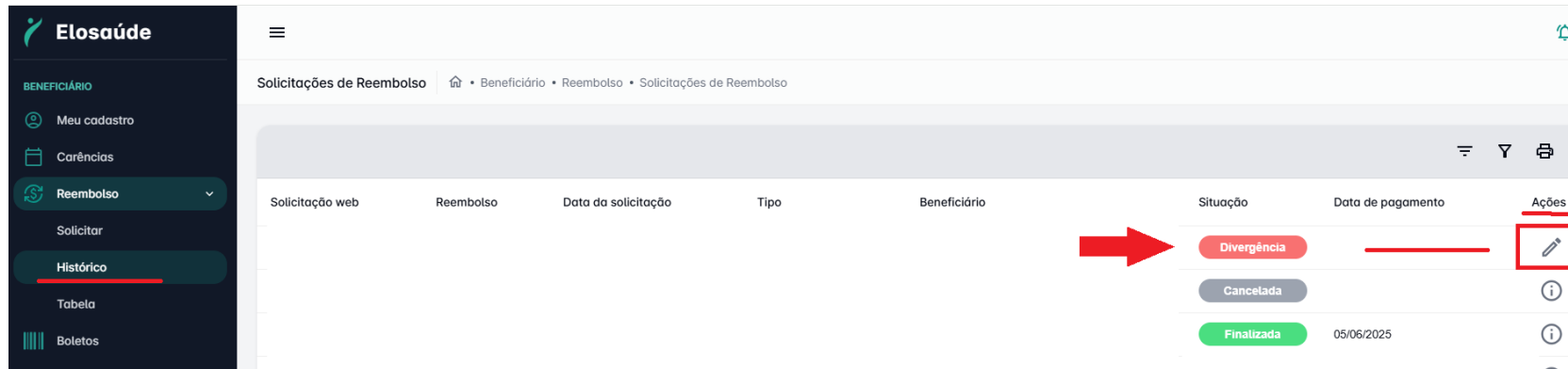
3. Como Solicitar o Reembolso:

- Antes de começar, tenha à mão (fotos ou arquivo eletrônico) os documentos exigidos para a solicitação de reembolso;
- No menu lateral, clique em “Reembolso”, depois em “Solicitar”;
- Escolha o beneficiário que utilizou o serviço (titular ou dependente);
- Informe o tipo de serviço: **médico** ou **odontológico**;
- Descreva o atendimento: tipo de procedimento, data(s), valores;
- Anexe os documentos obrigatórios;
- Preencha os dados do prestador (Pessoa Física ou Jurídica);
- Clique em “Concluir”.



4. Acompanhamento da Solicitação;

- No Menu, clique em “Reembolso” > “Histórico” para acompanhar o andamento;



- Se houver algum erro de preenchimento ou necessidade de documentos adicionais, será aberta uma **divergência**, que aparecerá destacada na cor **vermelha**;
- Em caso de divergência, clique no **ícone do lápis** para verificar o motivo, realizar os ajustes ou enviar os documentos solicitados;
- Ao término do processo, a solicitação será marcada como:
 - **Finalizada** (análise concluída);
 - **Cancelada** (quando não regularizada).



DOCUMENTAÇÃO OBRIGATÓRIA

TIPO DE SERVIÇO	DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA
Prestados por Pessoa Jurídica	Nota/cupom fiscal com descrição detalhada.
Prestados por Pessoa Física	Pessoa Física: Nota fiscal ou recibo com dados completos do profissional (nome, CPF, registro no conselho, assinatura e endereço), conforme novo padrão da Receita Federal (Receita Saúde), de acordo com a especialidade.
Consultas	Documento informando que se trata de “consulta”.
Terapias	Datas e valores das sessões realizadas (algumas exigem pedido médico).
Exames e Imunoterapia	Pedido médico + valores individuais por item.
Cirurgias	Honorários, conta Hospitalar/Paciente, laudos, pedido médico, descrição cirúrgica.
Óculos, Vacinas e Medicamentos	Receita e Nota Fiscal/Cupom Fiscal (cobertura apenas para plano de benefícios)
Odontologia	Pedido com detalhamentos dos serviços realizados com menção de número de dentes, faces, valores individuais, imagens (radiografias ou fotos, conforme tipo do procedimento), etc.
Lente Intraocular	Nota fiscal especificando a lente ou declaração do prestador informando que a NF trata-se do produto em questão.

*Coberturas dos serviços conforme plano contratado pelo(a) beneficiário (a). Em caso de dúvidas, consulte o regulamento.



PRAZOS E ORIENTAÇÕES

Solicitações:	Pagamento:
Do dia 21 até o dia 05	Dia 15 (ou próximo dia útil) de cada mês
Do dia 06 até o dia 20	Último dia útil do mês.

- Prazo de solicitação: até **12 meses** após o atendimento;
- Reembolso conforme os percentuais e limites do regulamento do plano;
- Pagamento por **depósito bancário** (na conta do titular ou responsável financeiro);
- Documentação incompleta será devolvida para correção, se não regularizada, será **cancelada**.
- Mantenha seus **dados bancários atualizados!**





ATENDIMENTO

- ✉ reembolso@elosaude.com.br
- ✉ adm@elosaude.com.br
- ☎ (48) 3298-5555 | 0800 739 5555

ANS – N.º 41729-7