

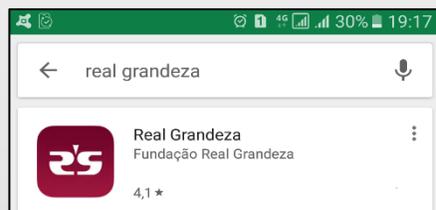
REEMBOLSO ONLINE

Aplicativo simplifica a solicitação do reembolso assistencial e de medicamentos.

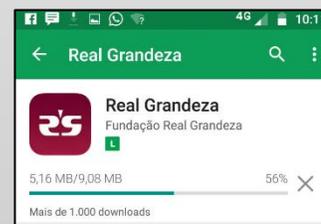
APLICATIVO MOBILE - SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO

COMO BAIXAR O APP

- ▶ Acesse a Play Store ou Apple Store no seu tablet e/ou smartphone
- ▶ Faça a busca digitando "Real Grandeza"
- ▶ Clique no aplicativo "Real Grandeza Fundação Real Grandeza"

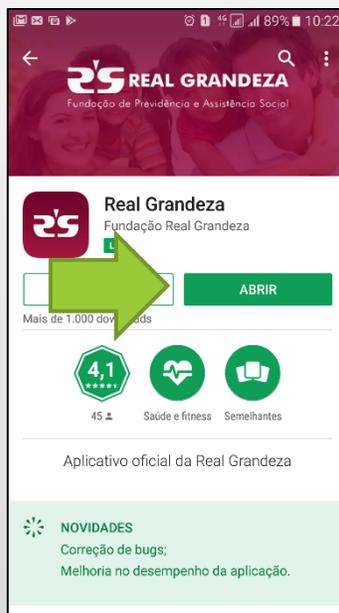


- ▶ Clique em "Instalar"



APLICATIVO MOBILE - SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO

- ▶ Após a conclusão do download, clique em “abrir” ou procure o aplicativo na tela do celular.



ou



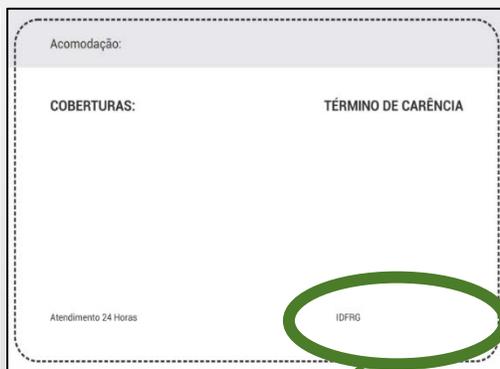
Tela inicial do aplicativo

APLICATIVO MOBILE - SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO

- ▶ **Atenção:** O usuário (IDFRG) e senha são os mesmos que você utiliza para acessar a Área Restrita do beneficiário no site da Real Grandeza e caso ainda não tenha, acesse este mesmo site e crie a sua.



Frente carteirinha

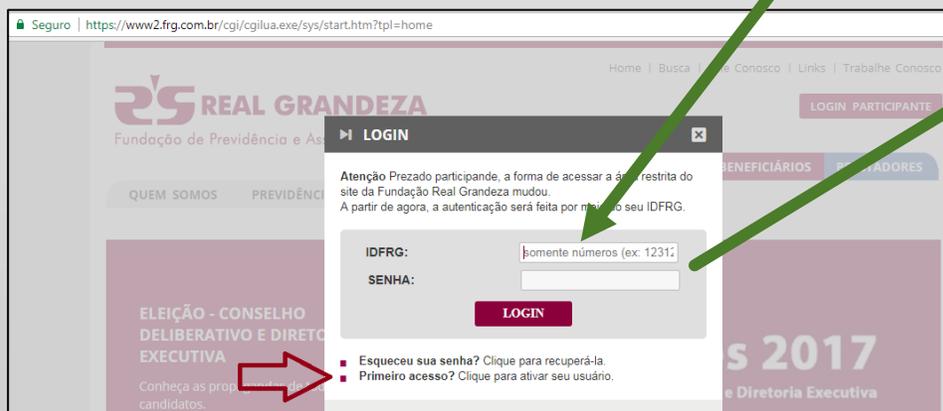


Verso carteirinha

IDFRG



Tela de Login



Mesma senha criada no portal

REEMBOLSO ONLINE ASISTENCIAL

APLICATIVO MOBILE - SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO ASSISTENCIAL

2. Como solicitar o Reembolso

Esta funcionalidade tem como objetivo agilizar o processo de reembolso da FRG para alguns tipos de solicitação de reembolso. Nesta fase serão cobertos os seguintes tipos:

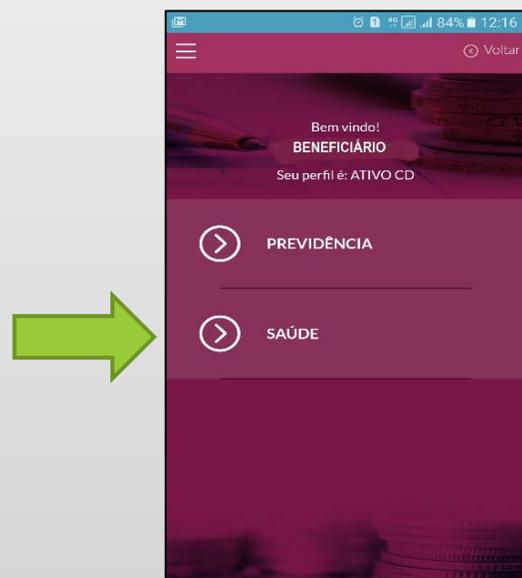
Tipos

| | |
|---------------------------------------|--|
| ▶ Acupuntura | ▶ Manutenção Aparelho Ortodôntico Fixo |
| ▶ Consulta com Nutricionista | ▶ Manutenção Aparelho Ortodôntico Móvel |
| ▶ Consulta Médica | ▶ Pilates (Exceto Furnas) |
| ▶ Consulta Médica + Eletrocardiograma | ▶ Psicomotricidade |
| ▶ Consulta Médica + Preventivo | ▶ Psicoterapia (Realizado por Médico) |
| ▶ Consulta Odontológica | ▶ Psicoterapia (Realizado por Psicólogo) |
| ▶ Fisioterapia Ambulatorial | ▶ RPG |
| ▶ Fonoaudiologia | ▶ Terapia Ocupacional |
| ▶ Hidroterapia | ▶ Vacina de Alergia Respiratória |

É preciso estar atento ao Regulamento pois nem todos os planos possuem cobertura para os tipos disponibilizados.

APLICATIVO MOBILE - SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO ASSISTENCIAL

- ▶ **Passo 1:** Selecionar a opção "SAÚDE".
- ▶ **Passo 2:** Selecionar a opção "SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO". Será apresentado a tela abaixo solicitando informações do reembolso do participante.



Passo 1



Passo 2

APLICATIVO MOBILE - SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO ASSISTENCIAL

- ▶ **Passo 3:** Selecionar o tipo de reembolso desejado. O beneficiário deverá selecionar um dos tipos de reembolso disponíveis.



SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO

Tipo de reembolso

Selecione o tipo de reembolso ▾

Beneficiário do recibo/nota fiscal

Selecione o beneficiário do recibo/nota fiscal ▾

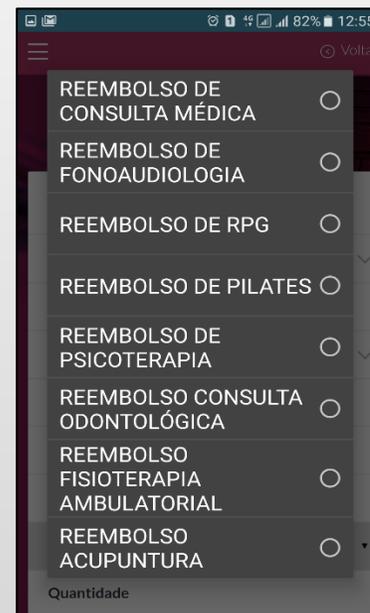
Informe o cpf/cnpj do prestador

Informe o cpf/cnpj do prestador

Data atendimento

Quantidade

Passo 3



REEMBOLSO DE CONSULTA MÉDICA ○

REEMBOLSO DE FONOAUDIOLOGIA ○

REEMBOLSO DE RPG ○

REEMBOLSO DE PILATES ○

REEMBOLSO DE PSICOTERAPIA ○

REEMBOLSO CONSULTA ODONTOLÓGICA ○

REEMBOLSO FISIOTERAPIA AMBULATORIAL ○

REEMBOLSO ACUPUNTURA ○

Quantidade

Passo 3

Tipos de reembolso

APLICATIVO MOBILE - SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO ASSISTENCIAL

- ▶ **Passo 4:** Selecionar o beneficiário.

Importante ressaltar que o beneficiário a ser selecionado deve ser o registrado na Nota Fiscal / Recibo.



SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO

Tipo de reembolso

REEMBOLSO DE CONSULTA MÉDICA

TITULAR

BENEFICIÁRIO

Informe o cpf/cnpj do prestador

Informe o cpf/cnpj do prestador

Data atendimento

Quantidade

Passo 4



SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO

Tipo de reembolso

REEMBOLSO DE CONSULTA MÉDICA

Beneficiário do recibo/nota fiscal

TITULAR

Informe o cpf/cnpj do prestador

Informe o cpf/cnpj do prestador

Data atendimento

Quantidade

APLICATIVO MOBILE - SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO ASSISTENCIAL

- ▶ Passo 5: Informar o CPF/CNPJ do prestador.



SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO

Tipo de reembolso

REEMBOLSO DE CONSULTA MÉDICA

Beneficiário do recibo/nota fiscal

TITULAR

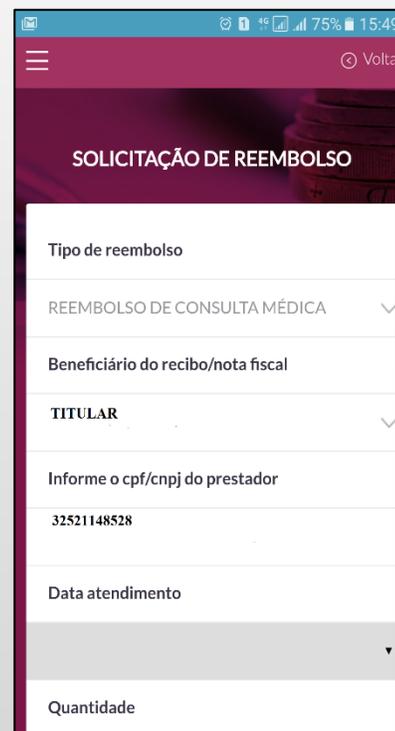
Informe o cpf/cnpj do prestador

Informe o cpf/cnpj do prestador

Data atendimento

Quantidade

Passo 5



SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO

Tipo de reembolso

REEMBOLSO DE CONSULTA MÉDICA

Beneficiário do recibo/nota fiscal

TITULAR

Informe o cpf/cnpj do prestador

32521148528

Data atendimento

Quantidade

Passo 5

APLICATIVO MOBILE - SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO

- ▶ Passo 6: Informar a data de atendimento.

The image displays three sequential screenshots of a mobile application interface for requesting a reimbursement. The first screenshot shows the main form with a green arrow pointing to the 'Data atendimento' field. The second screenshot shows a date picker for October 2017 with the 6th highlighted. The third screenshot shows the form with the date '03/10/2017' selected in the 'Data atendimento' field.

Screenshot 1: Main Form

- Tipo de reembolso: REEMBOLSO DE CONSULTA MÉDICA
- Beneficiário do recibo/nota fiscal: TITULAR
- Informe o cpf/cnpj do prestador: DELPHINO JOSÉ
- Data atendimento: [Empty]
- Quantidade: [Empty]

Screenshot 2: Date Picker

2017
Sex, 6 de out

outubro de 2017

| D | S | T | Q | Q | S | S |
|----|----|----|----|----|----|----|
| 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 | | | | |

LIMPAR CANCELAR DEFINIR

Screenshot 3: Form with Date Selected

- Tipo de reembolso: REEMBOLSO DE CONSULTA MÉDICA
- Beneficiário do recibo/nota fiscal: TITULAR
- Informe o cpf/cnpj do prestador: DELPHINO JOSÉ
- Data atendimento: 03/10/2017
- Quantidade: Informe a quantidade
- Valor apresentado: [Empty]

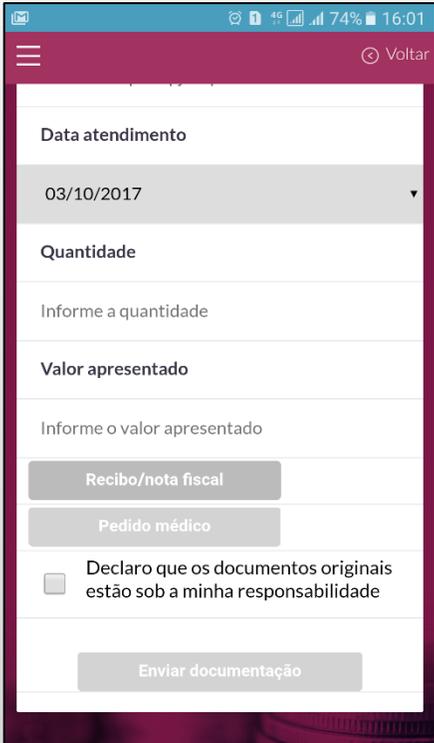
Passo 6

Atenção:

Informar sempre a data da última sessão de RPG, Pilates, Fonoaudiologia, Psicoterapia ou Acupuntura caso tenha mais de uma sessão no recibo/nota fiscal.

APLICATIVO MOBILE - SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO ASSISTENCIAL

- ▶ Passo 7: Informar a quantidade e valor apresentado.



03/10/2017

Quantidade

Informe a quantidade

Valor apresentado

Informe o valor apresentado

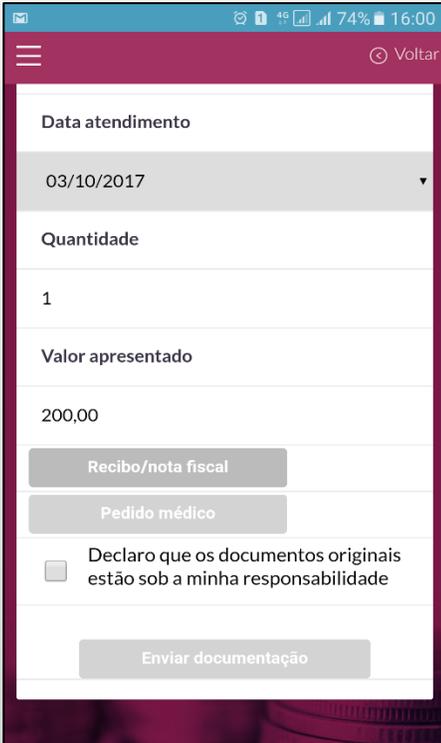
Recibo/nota fiscal

Pedido médico

Declaro que os documentos originais estão sob a minha responsabilidade

Enviar documentação

Passo 7



03/10/2017

Quantidade

1

Valor apresentado

200,00

Recibo/nota fiscal

Pedido médico

Declaro que os documentos originais estão sob a minha responsabilidade

Enviar documentação

Atenção ao informar a quantidade de sessões dos tratamentos seriados.

APLICATIVO MOBILE - SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO ASSISTENCIAL

▶ Passo 8: Informar Recibo/Nota Fiscal.

Ao clicar no botão Recibo/Nota fiscal, o beneficiário poderá optar por fotografar o recibo/nota fiscal ou anexar a imagem já digitalizada.

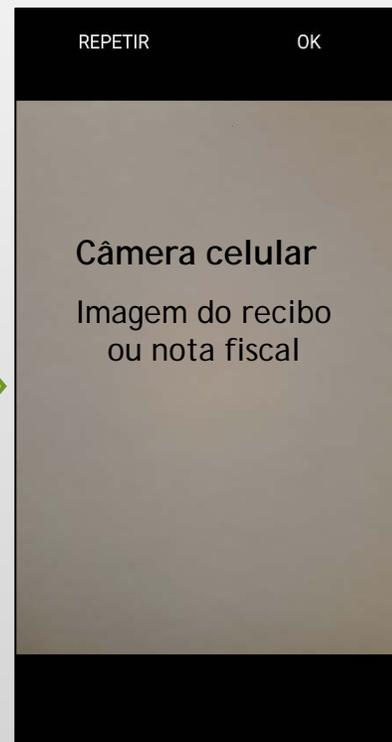
Form fields and buttons:

- Data atendimento: 03/10/2017
- Quantidade: 1
- Valor apresentado: 200,00
- Buttons: Recibo/nota fiscal, Pedido médico, Enviar documentação
- Checkbox: Declaro que os documentos originais estão sob a minha responsabilidade

Passo 8

Selection screen details:

- Date: 03/10/2017
- Quantity: 1
- Option selection: Seleccione uma opção (Camera, Gallery icons)
- Button: Fechar
- Declaration: Declaro que os documentos originais estão sob a minha responsabilidade



Form after camera step:

- Date: 03/10/2017
- Quantity: 1
- Valor apresentado: 200,00
- Buttons: Recibo/nota fiscal, Pedido médico, Enviar documentação
- Thumbnail: Small image of the receipt
- Button: Excluir
- Declaration: Declaro que os documentos originais estão sob a minha responsabilidade

Após fotografar/anexar a imagem da Nota Fiscal/Recibo, uma pequena imagem ficará abaixo do botão Recibo/Nota Fiscal. A imagem precisa estar nítida para posterior conferência no processamento do reembolso. Caso a imagem fotografada não fique de acordo com o desejado o processo pode ser refeito bastando clicar no botão excluir e depois clicando no botão Recibo/Nota Fiscal.

APLICATIVO MOBILE - SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO ASSISTENCIAL

Para os reembolsos de Pilates, Fisioterapia ambulatorial e RPG há a necessidade do envio do **pedido médico***. O processo do envio do pedido médico segue o mesmo roteiro do envio do Recibo/ Nota Fiscal bastando clicar no botão "Pedido Médico".

Antes de clicar no botão "Enviar documentação", é necessário que o participante declare que os documentos originais estão sob sua responsabilidade. Para isso deve marcar o checkbox disponibilizado pelo aplicativo. Neste novo processo, o documento digitalizado será utilizado para agilizar o processamento. No entanto os documentos originais podem ser solicitados a qualquer momento pela operadora para efeito de auditoria.

The image displays three sequential screenshots of a mobile application interface, illustrating the process of submitting a medical request for reimbursement. Each screenshot shows a form with the following fields and options:

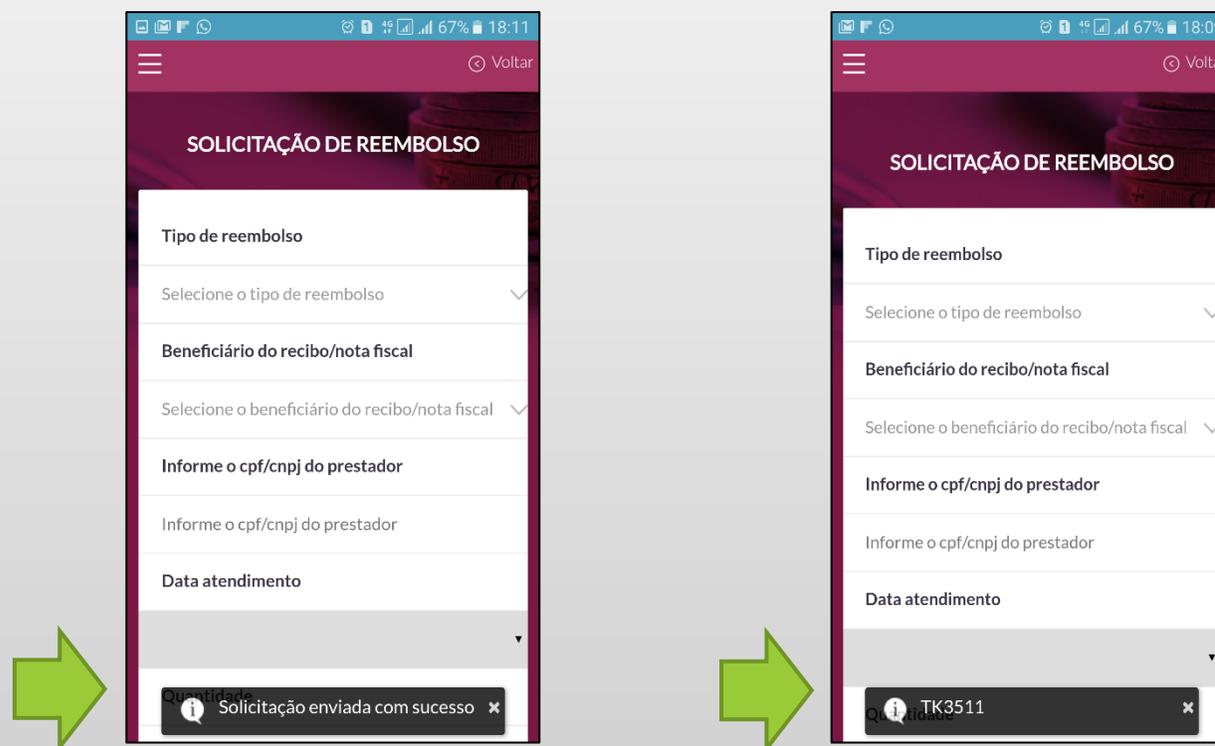
- Date:** 03/10/2017
- Quantity:** 1
- Value presented:** 200,00
- Recibo/nota fiscal:** Includes a thumbnail and an "Excluir" button.
- Pedido médico:** Includes a thumbnail and an "Excluir" button.
- Declaration:** "Declaro que os documentos originais estão sob a minha responsabilidade" with a checkbox.
- Action:** "Enviar documentação" button.

The sequence of screenshots shows the progression from the initial form state to the state where the checkbox is checked, indicating that the user has accepted responsibility for the original documents.

APLICATIVO MOBILE - SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO ASSISTENCIAL

- ▶ **Passo 9:** Clicar no botão Enviar Documentação (solicitação enviada com sucesso)

Ao clicar no botão Enviar documentação, o participante estará enviando a solicitação de reembolso para o sistema de Saúde da FRG. Os dados informados pelo participante serão primeiramente criticados pelo sistema e caso não haja inconsistência, a mensagem “Solicitação enviada com sucesso” será disponibilizada no rodapé do aplicativo juntamente com o número do protocolo gerado pelo sistema.



Atenção:

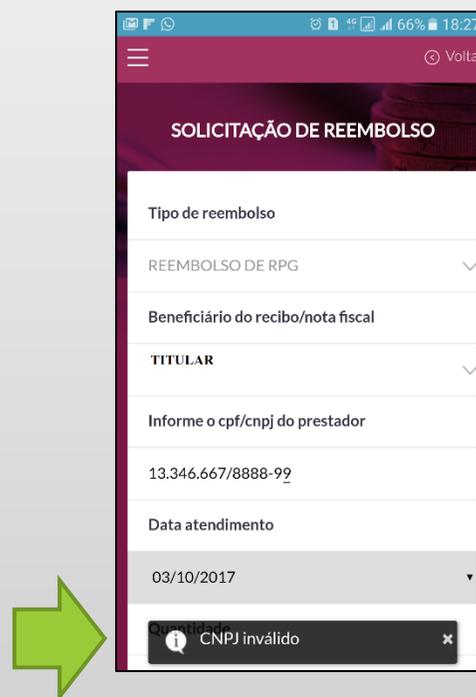
A situação do protocolo gerado poderá ser consultada através da opção “**Consulta de Reembolso**”**** no menu de serviços de saúde e você também receberá no seu e-mail em até 24 horas o comprovante de envio com o número do protocolo de reembolso.

APLICATIVO MOBILE - SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO ASSISTENCIAL

- ▶ **Passo 10:** Clicar no botão Enviar Documentação (solicitação criticada)

Caso haja alguma inconsistência, uma mensagem será disponibilizada no rodapé do aplicativo.

Algumas Críticas: CNPJ ou CPF inválidos, prazo de 180 para solicitação do reembolso, data de atendimento superior a data da solicitação entre outros.



APLICATIVO MOBILE - SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO ASSISTENCIAL

- ▶ Passo 11: ***Como consultar o seu reembolso.

Clicar na opção "Consulta de Reembolso" e depois no botão "detalhe".

The image illustrates the steps to consult a reimbursement request in a mobile application. It consists of three sequential screenshots:

- First Screenshot:** The 'Saúde' (Health) menu is displayed. The option 'CONSULTA DE REEMBOLSO' (Reimbursement Consultation) is highlighted with a green arrow.
- Second Screenshot:** The 'REEMBOLSO' (Reimbursement) screen is shown. It displays the total amount presented for the month of October 2017 as R\$ 0,00. Below this, a list of requests is shown for 'Outubro / 2017'. The first item, 'TK3509 EM ANÁLISE', is highlighted with a green box and a green arrow pointing to its detail button.
- Third Screenshot:** The detailed view for the selected request 'TK3509' is shown. The status is 'EM ANÁLISE'. The screen displays the following information:
 - Valor Total do Reembolso: R\$ 0,00
 - Data Recebimento: 06/10/2017
 - Data Pagamento: (blank)
 - Nome: TITULAR
 - Data Atendimento: 04/10/2017
 - Prestador: DELPHINO JOSÉ
 - Valor Apresentado: R\$ 500,00
 - Valor Reembolsado: R\$ 0,00

REEMBOLSO ONLINE MEDICAMENTO

APLICATIVO MOBILE - SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO DE MEDICAMENTO

- ▶ Passo 1: Selecionar a opção "SAÚDE".
- ▶ Passo 2: Selecionar a opção "MEDICAMENTOS".
- ▶ Passo 3: Selecionar a opção "SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO DE MEDICAMENTOS".



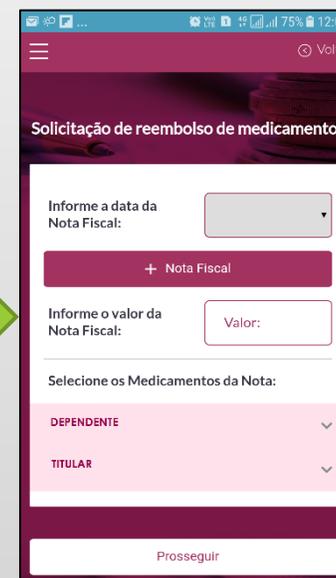
Passo 1



Passo 2



Passo 3



Tela inicial
"Solicitação de Reembolso
de Medicamentos"

- ▶ Atenção: Somente estão disponíveis os beneficiários com ARM (Autorização de Reembolso de Medicamento) cadastrada.

APLICATIVO MOBILE - SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO DE MEDICAMENTO

- ▶ Passo 4: Inserir a data da compra dos medicamentos (data da emissão do Cupom Fiscal).

The image displays three sequential screenshots of a mobile application interface for requesting medication reimbursement. The app is titled "Solicitação de reembolso de medicamentos".

First Screenshot (12:07): The "Informe a data da Nota Fiscal:" field is highlighted with a green box. Below it is a "+ Nota Fiscal" button, followed by the "Informe o valor da Nota Fiscal:" field with a "Valor:" input box. Underneath are two dropdown menus for "Selecione os Medicamentos da Nota:" with options "DEPENDENTE" and "TITULAR". A "Prosseguir" button is at the bottom.

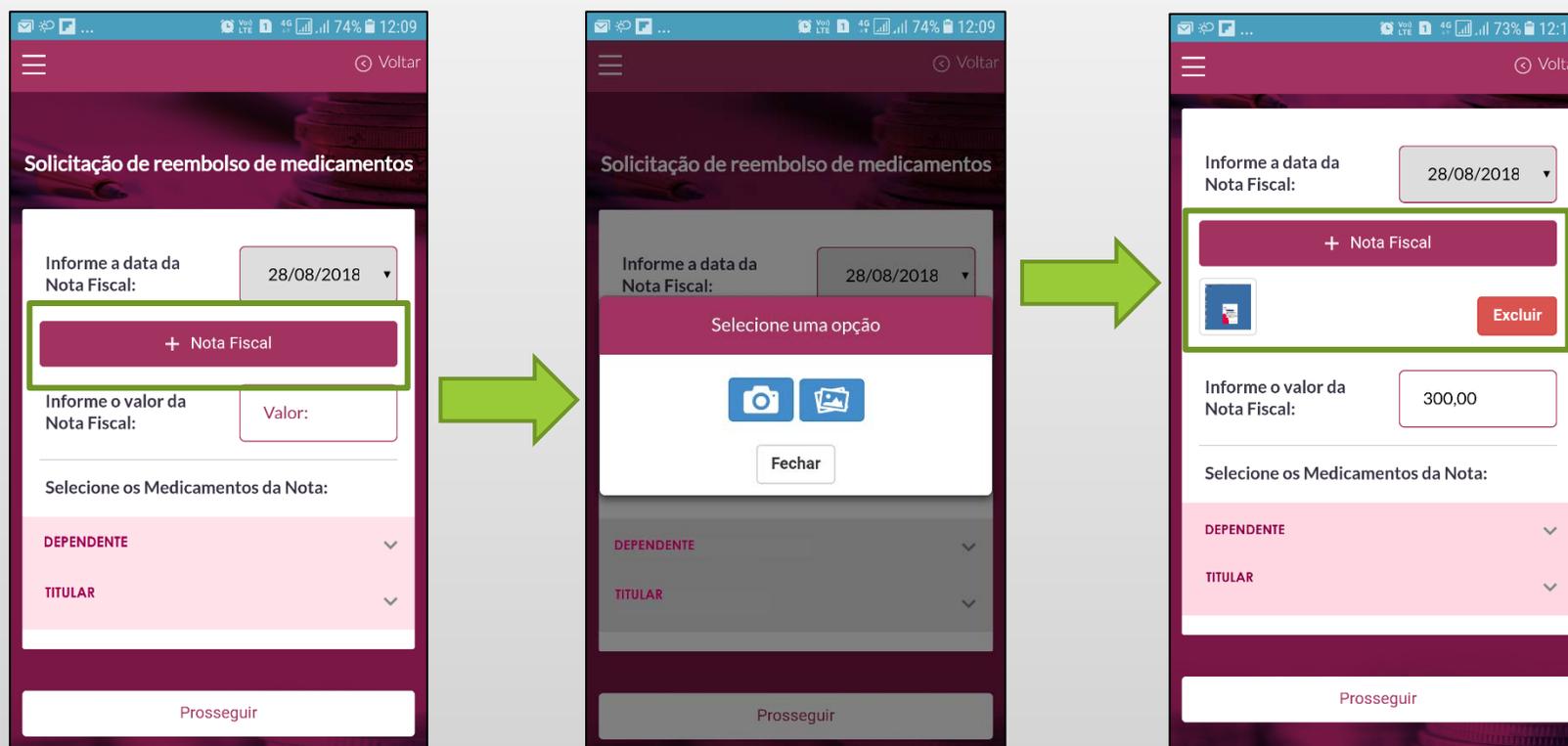
Second Screenshot (12:08): A date picker calendar is shown, displaying "2018" and "Ter, 28 de ago". The date "28" is selected. The calendar includes navigation arrows, a header "agosto de 2018", and buttons "LIMPAR", "CANCELAR", and "DEFINIR" at the bottom.

Third Screenshot (12:09): The date "28/08/2018" is now entered into the "Informe a data da Nota Fiscal:" field. The rest of the form remains the same as in the first screenshot.

APLICATIVO MOBILE - SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO DE MEDICAMENTO

- ▶ Passo 5: Clicar no botão “+ Nota Fiscal” para anexar a imagem do Cupom Fiscal .

O beneficiário poderá optar por fotografar ou anexar a imagem já digitalizada do Cupom Fiscal .



- ▶ Caso o usuário queira excluir a imagem anexada, basta clicar no botão “Excluir” ou clicar no botão “+ Nota Fiscal” e anexar uma nova imagem.
- ▶ Atenção: É permitido apenas o envio de um Cupom Fiscal por solicitação.

APLICATIVO MOBILE - SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO DE MEDICAMENTO

- ▶ Passo 6: Digitar o valor total do Cupom Fiscal independente dos itens cobertos e/ou autorizados ou não.

Informe a data da Nota Fiscal: 28/08/2018

+ Nota Fiscal

Excluir

Informe o valor da Nota Fiscal:

Selecione os Medicamentos da Nota:

DEPENDENTE

TITULAR

Prosseguir



Informe a data da Nota Fiscal: 28/08/2018

+ Nota Fiscal

Excluir

Informe o valor da Nota Fiscal: 300,00

Selecione os Medicamentos da Nota:

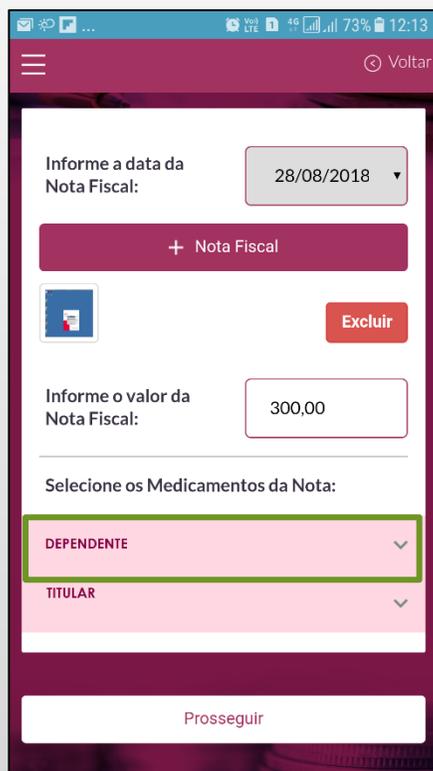
DEPENDENTE

TITULAR

Prosseguir

APLICATIVO MOBILE - SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO DE MEDICAMENTO

- ▶ Passo 7: Selecionar o beneficiário e medicamentos constantes no cupom.



Informe a data da Nota Fiscal: 28/08/2018

+ Nota Fiscal

Excluir

Informe o valor da Nota Fiscal: 300,00

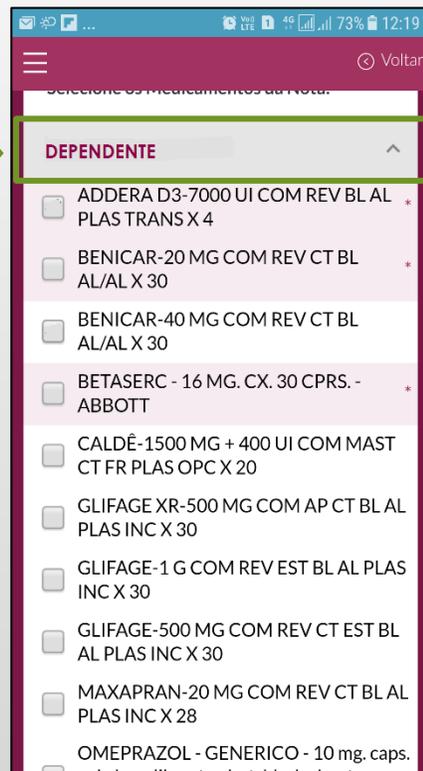
Selecione os Medicamentos da Nota:

DEPENDENTE

TITULAR

Prosseguir

Selecionar beneficiário

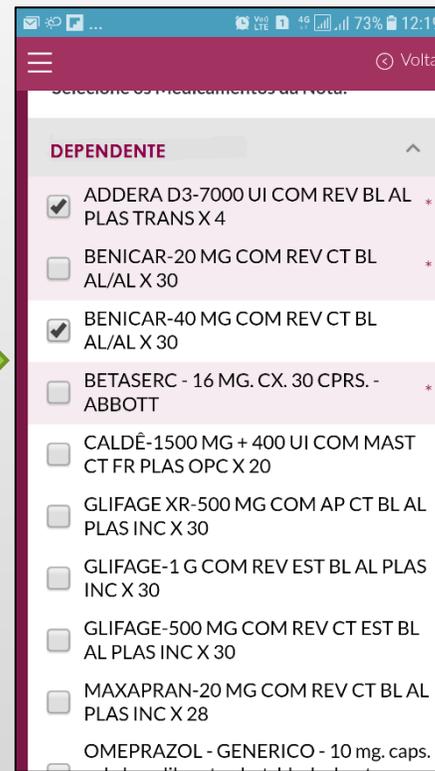


Selecione os Medicamentos da Nota:

DEPENDENTE

- ADDERA D3-7000 UI COM REV BL AL PLAS TRANS X 4
- BENICAR-20 MG COM REV CT BL AL/AL X 30
- BENICAR-40 MG COM REV CT BL AL/AL X 30
- BETASERC - 16 MG. CX. 30 CPRS. - ABBOTT
- CALDÊ-1500 MG + 400 UI COM MAST CT FR PLAS OPC X 20
- GLIFAGE XR-500 MG COM AP CT BL AL PLAS INC X 30
- GLIFAGE-1 G COM REV EST BL AL PLAS INC X 30
- GLIFAGE-500 MG COM REV CT EST BL AL PLAS INC X 30
- MAXAPRAN-20 MG COM REV CT BL AL PLAS INC X 28
- OMEPRAZOL - GENERICO - 10 mg. caps.

Selecionar os medicamentos constantes no Cupom Fiscal e ao finalizar, clicar no botão "Prosseguir".



Selecione os Medicamentos da Nota:

DEPENDENTE

- ADDERA D3-7000 UI COM REV BL AL PLAS TRANS X 4
- BENICAR-20 MG COM REV CT BL AL/AL X 30
- BENICAR-40 MG COM REV CT BL AL/AL X 30
- BETASERC - 16 MG. CX. 30 CPRS. - ABBOTT
- CALDÊ-1500 MG + 400 UI COM MAST CT FR PLAS OPC X 20
- GLIFAGE XR-500 MG COM AP CT BL AL PLAS INC X 30
- GLIFAGE-1 G COM REV EST BL AL PLAS INC X 30
- GLIFAGE-500 MG COM REV CT EST BL AL PLAS INC X 30
- MAXAPRAN-20 MG COM REV CT BL AL PLAS INC X 28
- OMEPRAZOL - GENERICO - 10 mg. caps.



Informe a data da Nota Fiscal: 28/08/2018

+ Nota Fiscal

Excluir

Informe o valor da Nota Fiscal: 300,00

Selecione os Medicamentos da Nota:

DEPENDENTE

TITULAR

Prosseguir

- ▶ **Atenção:** Somente estão disponíveis para seleção os beneficiários com ARM (Autorização de Reembolso de Medicamento) e os medicamentos já autorizados.

APLICATIVO MOBILE - SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO DE MEDICAMENTO

- ▶ Passo 7.1: Caso o Cupom Fiscal contenha medicamentos de um outro beneficiário do grupo familiar, o usuário poderá selecionar este beneficiário e respectivos medicamentos constantes no cupom.

Informe a data da Nota Fiscal: 28/08/2018

+ Nota Fiscal

Informe o valor da Nota Fiscal: 300,00

Selecione os Medicamentos da Nota:

DEPENDENTE

TITULAR

Proseguir

Selecionar o 2º beneficiário



Informe o valor da Nota Fiscal: 300,00

Selecione os Medicamentos da Nota:

DEPENDENTE

TITULAR

ADDERA D3-7000 UI COM REV BLAL PLAS TRANS X 4

TRISORB

ZADITEN

Proseguir

Selecionar os medicamentos constantes no Cupom Fiscal e ao finalizar, clicar no botão "Proseguir".



Informe o valor da Nota Fiscal: 300,00

Selecione os Medicamentos da Nota:

DEPENDENTE

TITULAR

ADDERA D3-7000 UI COM REV BLAL PLAS TRANS X 4

TRISORB

ZADITEN

Proseguir

APLICATIVO MOBILE - SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO DE MEDICAMENTO

- ▶ Passo 8: Após clicar em "Prosseguir" o usuário deverá digitar a quantidade e valor de cada medicamento selecionado na tela inicial conforme Cupom Fiscal e anexar a imagem da Receita Médica.

DEPENDENTE

ADDERA D3-7000 UI COM REV BL AL PLAS TRANS X 4*

Qtde: Valor:

BENICAR-40 MG COM REV CT BL AL/AL X 30*

Qtde: Valor:

Receita(s)
*Obrigatório

+ Adicionar

TITULAR

Digitar a quantidade e valor de cada medicamento selecionado

DEPENDENTE

ADDERA D3-7000 UI COM REV BL AL PLAS TRANS X 4*

1 100,00

BENICAR-40 MG COM REV CT BL AL/AL X 30*

1 100,00

Receita(s)
*Obrigatório

+ Adicionar

TITULAR

Ao finalizar a digitação, o usuário deverá clicar no botão "+ Adicionar"

Selecione uma opção

Fechar

Receita(s)
*Obrigatório

+ Adicionar

TITULAR

Selecionar a opção de fotografar ou anexar a imagem a Receita Médica já digitalizada

DEPENDENTE

ADDERA D3-7000 UI COM REV BL AL PLAS TRANS X 4*

1 100,00

BENICAR-40 MG COM REV CT BL AL/AL X 30*

1 100,00

Receita(s)
*Obrigatório

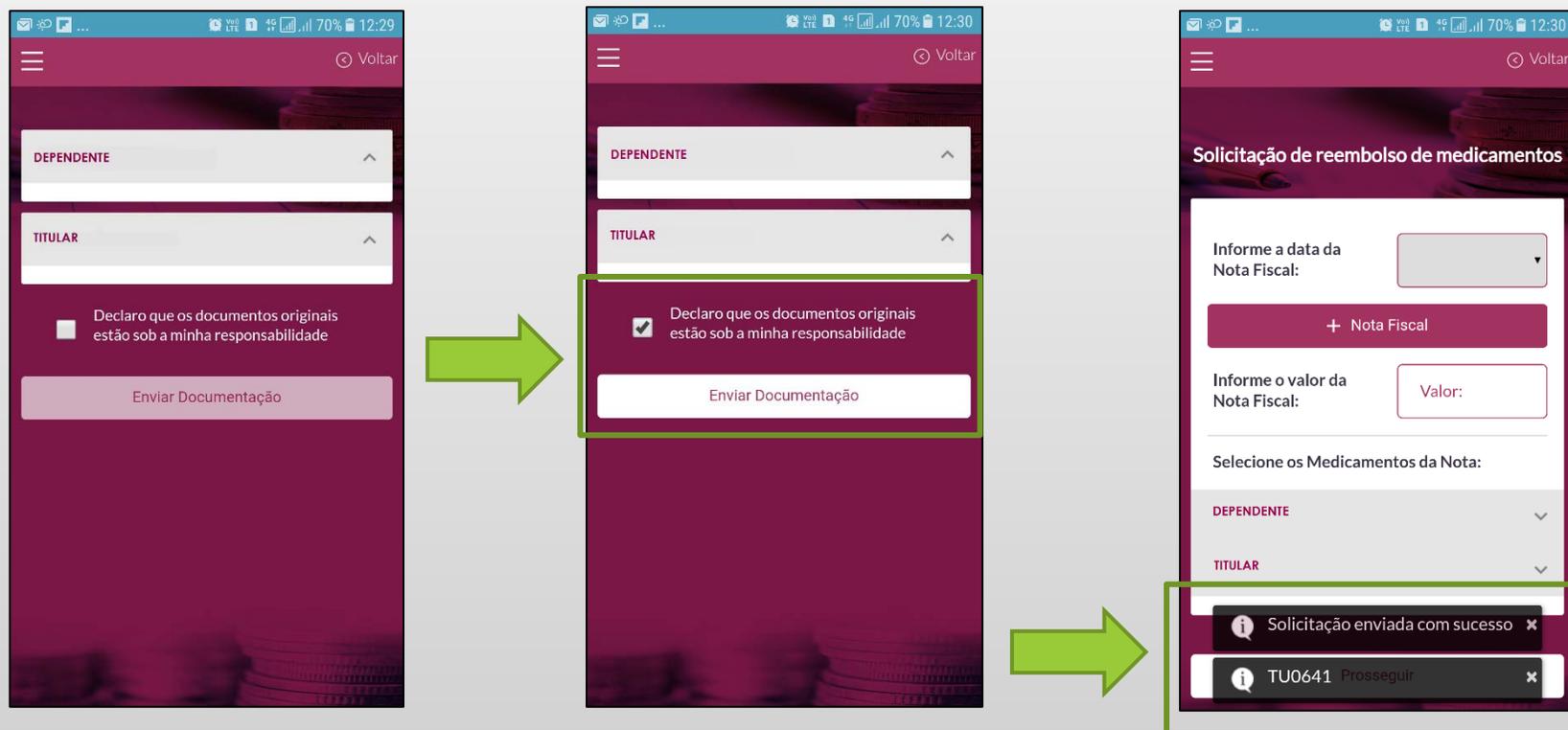
+ Adicionar

TITULAR

- ▶ Atenção: Caso existam medicamentos em Receitas diferentes, o usuário poderá anexar mais de uma Receita Médica na sua solicitação de reembolso.

APLICATIVO MOBILE - SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO DE MEDICAMENTO

- ▶ **Passo 9:** Ao finalizar, o usuário deverá declarar que está em posse do Cupom Fiscal e Receita Médica originais e em seguida clicar no botão “Enviar Documentação”.



- ▶ Após o envio da solicitação, o Mobile irá informar se o envio foi feito com sucesso e o número do protocolo de reembolso.

APLICATIVO MOBILE - SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO DE MEDICAMENTO

- ▶ Consulta de reembolso poderá ser feita por mês ou por protocolo.

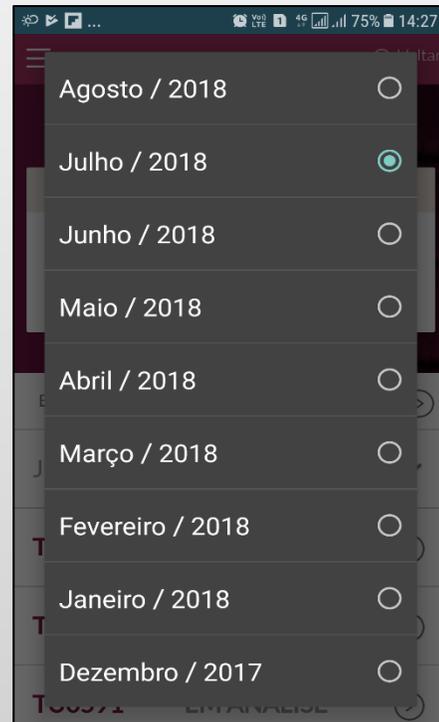


APLICATIVO MOBILE - SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO DE MEDICAMENTO

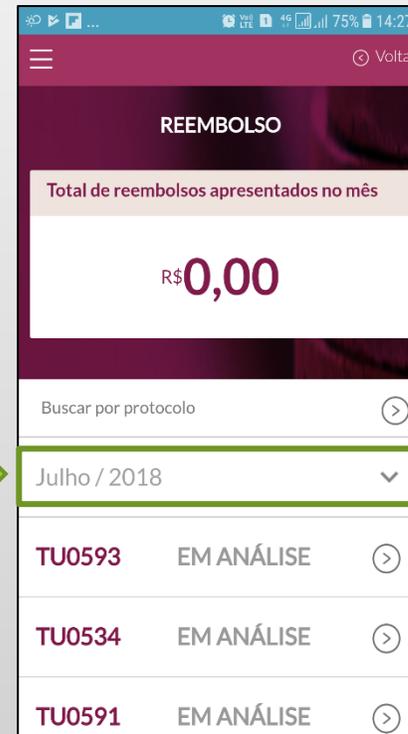
► Consulta de reembolso por mês



Clicar no mês



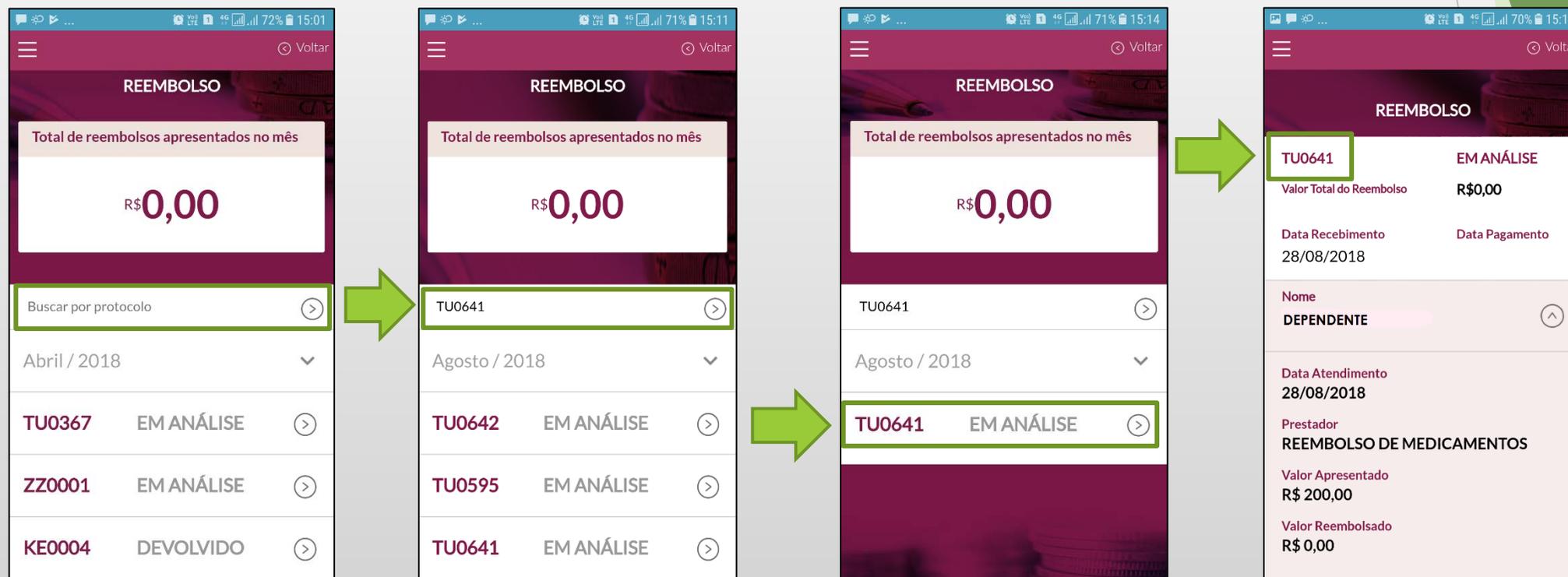
Escolher o mês a ser pesquisado



O Mobile lista todos os reembolsos recebidos pela Real Grandeza no mês selecionado

APLICATIVO MOBILE - SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO DE MEDICAMENTO

► Consulta de reembolso por protocolo



Digitar no campo "Busca de protocolo" o número da solicitação de reembolso e clicar no botão >

Clicar no botão > para detalhar o reembolso

APLICATIVO MOBILE - SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO

Importante

- ▶ Não será necessário o envio da documentação física (recibos, cupons fiscais, notas fiscais, pedidos médico e receita médica) para Real Grandeza.
- ▶ ARM - Solicitação de inclusão de novos medicamentos, somente pelo físico.
- ▶ O reembolso pode ser acompanhado através do mobile ou site da Real Grandeza.
- ▶ Caso a imagem não esteja nítida o seu processo será indeferido para realização de novo envio.
- ▶ Os documentos deverão ser guardados por 5 (cinco) anos, conforme legislação vigente.
- ▶ A solicitação via mobile não exime o seu reembolso de novas conferências da área de processamento de reembolso.
- ▶ As críticas iniciais não garantem o reembolso, pois ainda ocorrerão novas checagens administrativas, regulamentares e de auditoria.
- ▶ Os documentos originais podem ser solicitados a qualquer momento pela operadora e ou Furnas/Eletronuclear/Real Grandeza para auditoria, devendo os mesmos serem guardados com proteção contra danos.
- ▶ Caso a documentação original solicitada não seja apresentada, o beneficiário estará sujeito a devolução dos valores reembolsados e sanções.
- ▶ Mantenha seu e-mail atualizado para garantir o recebimento do seu comprovante de envio (prazo de 24 horas para o recebimento).

APLICATIVO MOBILE - SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO

Check-List Reembolso

- ▶ **Pessoa Jurídica** - Nota fiscal original contendo: Razão Social, endereço, telefone, CNPJ, nome do profissional, nº do conselho profissional, nome do beneficiário atendido, data do atendimento.
- ▶ **Pessoa Física** - Recibo original contendo nome, assinatura, CPF e carimbo do profissional, nome do beneficiário atendido, data do atendimento e emissão, endereço e telefone do local de atendimento.
- ▶ A Nota Fiscal ou Recibo deve conter também: a descrição do atendimento prestado, quantidade, data da realização das sessões e valor cobrado.
- ▶ Os **Pedidos Médicos*** deverão conter nome do beneficiário atendido, a indicação clínica, CID-10, as consequências que o problema acarreta na saúde do beneficiário, a identificação do médico, com assinatura e carimbo com o número de registro no Conselho Regional de Medicina e data.
- ▶ **Receita Médica*** validade de um ano.
- ▶ Somente será reembolsado o medicamento de uso contínuo e autorizado previamente. Medicamentos autorizados e não utilizados no prazo de um ano serão cancelados automaticamente por desuso.
- ▶ Toda documentação deve estar sem rasuras e legível.