





#### Depois de instalado, abra o aplicativo e escolha "Reembolso".



Clique em "Nova Solicitação". Também é possível consultar os pedidos de reembolso feitos anteriormente.



Preencha com os dados do prestador de serviços e da nota fiscal ou recibo. Depois clique em "Continuar".

	Reembolsos
Ide	entifique o prestador de serviços
CPF ou CN	IPJ
Nome	
Especialid	ade
O Digite	o código ou descrição
Data Recib	po/NF
Nº Recibo,	/NF
Deseja det	talhar os procedimentos?
O Não	
Sim	
Escolha o	tipo de procedimento
Méd	lico

## \* Não é válido para medicamento de uso contínuo (MUC).

# *O pedido de reembolso do PAMHO só poderá ser feito digitalmente, via aplicativo ou portal.*

# Informe o beneficiário atendido e demais dados do atendimento. Depois clique em "Continuar".

Confirme o procedimento clicando em "Sim".







# ACESSO PELO APLICATIVO

Na próxima tela, você poderá incluir o(s) documento(s) necessários para o reembolso tirando uma foto ou selecionando o arquivo salvo no seu celular.



Na próxima tela, verifique se os dados estão corretos e envie sua solicitação de reembolso.



Após a confirmação, aparecerá a mensagem de que sua solicitação de reembolso foi incluída no sistema.





# ACESSO PELA INTRANET



# ACESSO PELA INTRANET (somente para empregados ativos)

### Clique no botão "Aplicações" na coluna direita da primeira página da intranet.



#### Selecione "Portal de Beneficiários do Plano de Saúde" na categoria "Administrativa".



### Faça o login para continuar. Em usuário, preencha com o CPF do titular.

Tipo de acesso:	Beneficiário
Usuário:	
Senha:	
	Esqueci minha senha
	Entrar
	PORTAL DO PLANO DE SAÚDE DA ITAIPU
	Atendimento:
	P C C C C C C C C C C C C C C C C C C C

#### Na próxima tela, escolha "Meus Serviços", "Solicitação de reembolso".











## ACESSO PELA INTRANET (somente para empregados ativos)

Na próxima página, preencha os campos reservados aos dados do prestador do serviço, do beneficiário e do procedimento realizado.

Clique no botão com seta para cima para selecionar os documentos de reembolso e depois no botão "Adicionar Arquivo". *O procedimento pela intranet só permite* anexar documentos previamente digitalizados.

	0							
B Dados do Prestado	or 🕑							
CPF/CNPJ:	Nome:				Especialidad	de:		
					Q Selec			
N. Conselho Profissional:			Conse	elho Profissional:		UF C	onselho Profiss	ional:
			Q			Q		
Nº Recibo/NF:		Data Recib	o/NF					
				<b>61</b>				
A Dados do Benefici	ário 🕕							
-								
Atenção! Favor solicitar aju:								
Beneficiário:						CPF:		
Campo obrigatório. Campo obrigat	mento?							
Campo obrigatório. Campo obrigat	mento?		Valor	RS:				
Campo obrigatório. Campo obrigatório. Deseja informar o procedi Sim  Não Data de Atendimento: Tipo de Atendimento: Q Selecione	mento?		Valor	R\$:				
Campo obrigatório.	mento?		Valor Camp	R\$:				
Campo obrigatório. Campo obrigatório. Campo obrigatório. Deseja informar o procedi Sim  Não Data de Atendimento: Campo de Atendiment	mento?		Valor	R\$:				
Campo obrigatório. Campo obrigatório. Deseja informar o procedi Sim  Não Data de Atendimento: Tipo de Atendimento: Q Selecione Observação:	mento?		Valor Camp	R\$: o obrigatório				
Campo obrigatório.	mento?		Valor Camp	R\$: o obrigatório				
Campo obrigatório. Campo obrigatório. Campo obrigatório. Deseja informar o procedi Sim  Não Data de Atendimento: C.	mento?		Valor Camp	R\$:				
Campo obrigatório. Campo obrigatório. Campo obrigatório. Deseja informar o procedi Sim  Não Data de Atendimento: Tipo de Atendimento: Ca Selecione Observação:	mento?		Valor Camp	R\$: o obrigatório				
Campo obrigatório. Campo obrigatório. Campo obrigatório. Deseja informar o procedi Sim  Não Data de Atendimento: C Tipo de Atendimento: C	mento?		Valor Camp	R\$:				
Campo obrigatório.	mento?		Valor	R\$: o obrigatório				
Campo obrigatório. Campo obrigatório. Campo obrigatório. Deseja informar o procedi Sim  Não Data de Atendimento: Ca Selecione Observação: Arquivo:	mento?		Valor	R\$: o obrigatório				
Campo obrigatório. Campo obrigatório. Campo obrigatório. Deseja informar o procedi Sim  Não Data de Atendimento: C.	mento?		Valor	RS:				Adicionar Arq
Campo obrigatório. Campo obrigatório. Campo obrigatório. Deseja informar o procedi Sim  Não Data de Atendimento: C Tipo de Atendimento: C - Selecione Observação: C Arquivo: C Voçê pode arrestar e cali	mento?		Valor	RS: o obrigatório				Adicionar Arq
Campo obrigatório. Campo obrigatório. Deseja informar o procedi Sim  Não Data de Atendimento: Campo de Atendi	mento?		Valor	R\$: o obrigatório				Adicionar Arq



# ACESSO PELA INTERNET



# ACESSO PELA INTERNET

#### Acesse www.itaipu.gov.br, localize o banner do "PAMHO" no canto inferior esquerdo e clique nele.























## Na próxima tela, escolha "Área do Beneficiário".









# ACESSO PELA INTERNET

#### Faça o login para continuar. Em usuário, preencha com o CPF do titular.

Tipo de acesso:	Beneficiário	~	
Usuário:			
Senha:			
	Esqueci minha senha		
	Entrar		
	PORTAL DO PLANO DE SAÚDE DA	A ITAIPU	
	Atendimento:		

#### Na próxima tela, escolha "Meus Serviços", "Solicitação de reembolso".



Na próxima página, preencha os campos reservados aos dados do prestador do serviço, do beneficiário e do procedimento realizado.

Clique no botão com seta para cima para selecionar os documentos de reembolso e depois no botão "Adicionar Arquivo". O procedimento pela internet só permite anexar documentos previamente digitalizados.

	tor 🕘				
PF/CNPJ:	Nome:		Especialidad	e:	
			Q Seleci	one	
. Conselho Profissional		Conselho Profissional:		UF Conselho Profissional:	
		Q Selecione		Q Selecione	
° Recibo/NF:	Data Recib	o/NF			
Dados do Benefic					
Dados do beneno					
tenção! Favor solicitar aj					
eneficiário:				CPF:	
2 Selecione					
🕽 Procedimento 📧					
	1				
eseja informar o proced					
) Sim 🔘 Não					
ata de Atendimento:					
	m				
ipo de Atendimento:	<u> </u>	Valor R\$:			
ipo de Atendimento:		Valor RS:			
ipo de Atendimento: Q Selecione		Valor R\$:			
ipo de Atendimento: Q Selecione ibservação:		Valor R\$: Campo obrigatório			
ipo de Atendimento: Q Selecione Observação:		Valor R\$: Campo obrigatório			
ipo de Atendimento: Q Selecione ibservação:		Valor R\$: Campo obrigatório			
ipo de Atendimento: Q Selecione Ibservação:		Valor R\$: Campo obrigatório			
ipo de Atendimento: Q Selecione Observação:		Valor R\$: Campo obrigatório			
ipo de Atendimento: Q Selecione ibservação:		Valor RS: Campo obrigatório			
ipo de Atendimento: Q Selecione ibservação:		Valor R\$: Campo obrigatório			
ipo de Atendimento: Q Selecione Ibservação: Anexos Arquivo:		Valor R\$: Campo obrigatório			
ipo de Atendimento: Q Selecione bservação: Anexos Arquivo:		Valor R\$: Campo obrigatório		+ Adicionat Arquivo	
ipo de Atendimento: Q Selecione Observação: Anexos Arquivo: (		Valor R\$: Campo obrigatório		+ Adicionar Arquivo	
ipo de Atendimento: Q Selecione Observação: Anexos Arquivo: Cocé pode arrastar e so Vocé pode arrastar e so	Ditar arquivos aqui.	Valor RS: Campo obrigatório		+ Adicionar Arquivo	
Tipo de Atendimento:         Q       Selecione         >bservação:         Anexos         Arquivo:            Você pode arrastar e so Tamanho máximo permitiration permitira		Valor RS: Campo obrigatório		+ Adicionar Arquivo	



# PRAZOS

- **Solicitação:** Você tem até **90 dias** após a realização do procedimento ou compra para solicitar o reembolso.
  - **Crédito:** As solicitações feitas até o último dia do mês serão processadas e, se aprovadas, o valor será creditado no mês seguinte, seguindo o calendário de pagamentos do salário ou da suplementação.
- **Internações:** Se o procedimento envolver pagamentos particulares e cobertura da rede, precisaremos da fatura detalhada para verificar e processar seu reembolso, o que pode levar até 180 dias.

**Dúvidas/Informações:** Em até cinco dias úteis a contar da data de registro de protocolo pela Central de Atendimento.







# Baixe o aplicativo disponível para Android e iOS





# DÚVIDAS, ENTRE EM CONTATO CONOSCO

e-mail: planodesaude@itaipu.gov.br

> Ramais Itaipu: 5017, 5028 e 6393

Portal e aplicativo: Seção FALE CONOSCO







# **Central de Atendimento:** 0800 642 6776

| DIVISÃO DE BENEFÍCIOS