



AUSTA CLÍNICAS
PLANO DE SAÚDE

Perguntas Frequentes

Beneficiários



Sumário

Saúde Suplementar	3
O que é ANS?	3
Quais são os prazos de atendimento estabelecidos pela Agência nacional de saúde (ANS)?.....	3
O que significa cobertura parcial temporária (CPT)?.....	4
O que são doenças ou lesões preexistentes (DLP)?.....	4
O que são procedimentos de alta complexibilidade (PAC)?.....	4
Vou fazer uma cirurgia, tenho direito a um acompanhante?.....	4
Autorizações	4
Onde solicito autorização para exames, procedimentos ou internações?.....	4
O que preciso para solicitar autorização de exames/terapias?.....	5
Como consultar o status da minha solicitação de autorização?.....	5
Como faço para marcar uma consulta ou solicitar um atendimento?	5
Qual o processo para realização de gastroplastia?	5
Quero fazer laqueadura/vasectomia o que é necessário?	5
Quero fazer um implante de DIU como devo prosseguir?	6
Como faço para retirar o meu DIU?.....	6
Fiz a retirada do meu DIU, porém não realizei o implante, como devo prosseguir?	6
Odontologia	7
Meu plano possui cobertura em odontologia? Como posso ter acesso a esse atendimento?	7
Gostaria de realizar uma cirurgia ou procedimento odontológico onde busco por rede credenciada? .	7
Comercial	7
Como eu solicito a regulamentação do meu plano?	7
Como solicito a inclusão do meu filho RN ou filho adotivo no meu plano de saúde?.....	7
O titular do meu plano faleceu, eu posso continuar com o plano?.....	7
O plano de saúde pode exigir perícia para ingresso?	7
Perícia	8
O que é uma perícia médica de plano de saúde?.....	8
Qual o objetivo da perícia médica?	8
Como funciona a perícia de plano de saúde?	8
O que acontece se o beneficiário omitir uma informação na Declaração de Saúde?	8
Há também perícia médica para planos de saúde empresariais?	9
Eu tenho uma doença ou lesão preexistente, posso aderir ao plano de saúde?	9
O que é agravo?.....	9
Dúvidas Contratuais	9
Como faço para manter meu plano mesmo após o desligamento/exoneração da empresa?.....	9
Como ocorre o reajuste das mensalidades do plano?.....	9
Como e onde solicito o cancelamento do meu plano?	10
O que é carência?	10
Como realizar o pagamento da minha coparticipação?	10

Como verificar valores de coparticipação?.....	Erro! Indicador não definido.
Como consultar o extrato de coparticipação?.....	10
Como faço para alterar o meu endereço no cadastro da Austa clínicas?	10
Se houver falecimento do titular, os dependentes podem continuar usando o plano?	11
Financeiro	11
Não estou conseguindo realizar o pagamento do meu boleto, como devo proceder?	11
Como eu solicito a emissão da 2ª via do meu boleto?	11
Como eu faço para alterar a data de vencimento do meu boleto?	11
Como faço para solicitar o serviço de débito automático da minha fatura?.....	11
Tenho mensalidades em atraso, o que fazer?	11
Meu atendimento está bloqueado por inadimplência, efetuei o pagamento. Quanto tempo para liberação?	12
Como faço para obter o meu demonstrativo de valores pagos para imposto de renda?	12
Guia Médico	12
Onde encontro locais que atendem meu plano?	12
Não encontrei rede credenciada na minha cidade, o que eu faço?	12
Reembolso	12
Em quais situações posso solicitar o reembolso?.....	12
Quais os canais digitais para a solicitação de reembolso?	12
O carimbo médico é obrigatório na apresentação de reembolso?	13
O plano aceita Nota Fiscal ou Recibo para reembolso?	13
Como faço para consultar o andamento do meu pedido de reembolso?	13
Qual valor vou receber caso meu reembolso seja autorizado?.....	13
Nosso Aplicativo	13
Como baixar o Aplicativo:	13
Como acessar o aplicativo?	13
Central de Atendimento	14
Caso ainda tenha dúvidas entre em contato com nossa central de atendimento nos canais:	14
Outros canais de atendimento:	14

Saúde Suplementar

O que é ANS?

A ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) é o órgão regulamentador vinculado ao Ministério de Saúde do Brasil, que regula o mercado de planos de saúde privados em território nacional.

Quais são os prazos de atendimento estabelecidos pela Agência nacional de saúde (ANS)?

Após cumprir o prazo de carência, o beneficiário deve ser atendido nos seguintes prazos:

Serviços	Prazo máximo de atendimento (em dias úteis)
Consulta básica - pediatria, clínica médica, cirurgia geral, ginecologia e obstetrícia	07 (sete)
Consulta nas demais especialidades	14 (catorze)
Consulta/ sessão com fonoaudiólogo	10 (dez)
Consulta/ sessão com nutricionista	10 (dez)
Consulta/ sessão com psicólogo	10 (dez)
Consulta/ sessão com terapeuta ocupacional	10 (dez)
Consulta/ sessão com fisioterapeuta	10 (dez)
Consulta e procedimento realizados em consultório/ clínica com cirurgião-dentista	07 (sete)
Serviços de diagnóstico por laboratório de análises clínicas em regime ambulatorial	03 (três)
Demais serviços de diagnóstico e terapia em regime ambulatorial	10 (dez)
Procedimentos de alta complexidade (PAC)	21 (vinte e um)
Atendimento em regime hospital-dia	10 (dez)
Atendimento em regime de internação eletiva	21 (vinte e um)
Urgência e emergência	imediate

O que significa cobertura parcial temporária (CPT)?

Cobertura Parcial Temporária (CPT) é aquela que admite por um período ininterrupto de até 24 meses a partir da data da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes (DLP) declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal.

O que são doenças ou lesões preexistentes (DLP)?

São as doenças ou lesões que o beneficiário ou representante legal sabia ser portador ou sofredor na época da contratação do plano de saúde.

O que são procedimentos de alta complexibilidade (PAC)?

A ANS determina que os Procedimentos de Alta Complexidade (PAC) são aqueles procedimentos que não são tão usuais quanto os exames simples, às vezes podem até exigir equipamentos específicos para realiza-los.

Alguns exemplos de procedimentos de alta complexidade são:

- Tomografia computadorizada
- Ressonância magnética
- Hemodiálise
- Quimioterapia
- Cateterismo cardíaco

Vou fazer uma cirurgia, tenho direito a um acompanhante?

O direito a acompanhantes é para os seguintes casos:

- Gestantes;
- Idosos acima de 60 anos;
- Portadores de deficiência;
- Crianças e adolescentes até 18 anos;
- Em situações específicas justificadas em relatório médico.

Autorizações

Onde solicito autorização para exames, procedimentos ou internações?

É possível solicitar pelos seguintes canais:

- Prestador autorizado (clínicas, laboratórios, consultórios médicos etc.);
- Atendimento Presencial nas cidades: São José do Rio Preto (SP), Barretos (SP), Iturama (SP) e Frutal (SP);
- WhatsApp: 0800 900 1001
- E-mail: atendimentocentral@omnisaude.life
- Chat disponível no site <https://www.austaclinicas.com.br/>
- Telefone: 0800 900 1001

O que preciso para solicitar autorização de exames/terapias?

Exames simples: para solicitação é necessário o pedido médico assinado, carimbado, datado e com indicação clínica.

Terapias: será necessária consulta com o profissional médico e o mesmo encaminhará para o tratamento seriado. O encaminhamento deverá conter assinatura e carimbo do profissional solicitante, data e indicação clínica. O próximo passo será a avaliação do profissional indicado para o tratamento, que prosseguirá com o plano terapêutico informando o objetivo e quantidade de sessões necessárias. Todo esse processo será analisado pela auditoria médica da operadora.

Obs: Para qualquer tipo de atendimento é necessário a apresentação da carteirinha física/digital, para obter a carteirinha digital basta baixar o aplicativo "Austa Clínicas Beneficiário".

Como consultar o status da minha solicitação de autorização?

Através de nossos canais digitais:

- Aplicativo "Austa Clínicas Beneficiário" (disponível na Play Store para Android e a App Store para iOS)
- WhatsApp 0800 900 1001
- E-mail: atendimentocentral@omnisaude.life
- Chat no site <https://www.austaclinicas.com.br/>

Como faço para marcar uma consulta ou solicitar um atendimento?

Acesse o guia médico disponível no Aplicativo Austaclinicas ou site <https://www.austaclinicas.com.br/> para verificar a rede credenciada de acordo com seu contrato.

Qual o processo para realização de gastroplastia?

O processo para realização da gastroplastia se inicia com a solicitação de autorização para o procedimento. Documentações necessárias:

- ✓ Laudo realizado pelo médico que comprove a tentativa de perda de peso por outros métodos por pelo menos 2 anos;
- ✓ Laudo do médico cirurgião da indicação da cirurgia;
- ✓ Laudo psicológico ou psiquiátrico informando condições psíquicas para realização da cirurgia;
- ✓ Laudo do nutricionista ou nutrólogo que informe os aspectos nutricionais do paciente;
- ✓ Laudo/relatório que informe comorbidades associadas a obesidade emitido pelo profissional médico que comprove o quadro clínico.

Quero fazer laqueadura/vasectomia o que é necessário?

Quais são os requisitos para fazer Laqueadura/Vasectomia?

A partir de agora, a idade mínima para realizar os procedimentos - que era de 25 anos - passa a ser de 21 anos para esterilização voluntária em pessoas com capacidade civil

plena. Também não é mais necessária a autorização do(a) cônjuge, consentimento que era obrigatório até então.

Quais os demais requisitos para autorização:

Laqueadura tubária

- a. Mulheres com capacidade civil plena;
- b. Maiores de vinte e um anos de idade ou com, pelo menos, dois filhos vivos;
- c. Seja observado o prazo mínimo de 60 dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico para os devidos aconselhamentos e informações;
- d. Seja apresentado documento escrito e firmado em cartório, com a expressa manifestação da vontade da pessoa, após receber informações a respeito dos riscos da cirurgia, possíveis efeitos colaterais, dificuldades de sua reversão e opções de contracepção reversíveis existentes.

Vasectomia

- a. Homens com capacidade civil plena;
- b. Maiores de vinte e um anos de idade ou com, pelo menos, dois filhos vivos;
- c. Seja observado o prazo mínimo de sessenta dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico para os devidos aconselhamentos e informações;
- d. Seja apresentado documento escrito e firmado em cartório, com a expressa manifestação da vontade da pessoa, após receber informações a respeito dos riscos da cirurgia, possíveis efeitos colaterais, dificuldades de sua reversão e opções de contracepção reversíveis existentes.

Quero fazer um implante de DIU, como devo prosseguir?

Para a análise do dispositivo intrauterino (DIU), é necessário pedido médico com indicação clínica e descrição de qual dispositivo será utilizado.

Obs: São disponibilizados pelo plano o DIU Mirena e Kyleena.

Minha requisição foi liberada, onde faço a retirada do material (DIU)?

Após a autorização, somente a beneficiária poderá fazer a retirada do material (DIU) na recepção da operadora com documento pessoal e carteirinha. Após a realização do procedimento a beneficiária possui 3 dias úteis para entregar um relatório informando que o procedimento foi realizado.

Horário de atendimento: 10h e 14h, de segunda a sexta.

Obs: Orientamos que a retirada do material (DIU) seja feita somente no dia de realização do procedimento. Horário de atendimento 10h e 14h, de segunda a sexta.

Fiz a retirada do material (DIU), porém não realizei o implante. Como devo proceder neste caso?

Deverá fazer a devolução no mesmo local de retirada com o prazo máximo de 30 dias corridos.

Obs: Se não houver a devolução, a cobrança ainda assim será realizada.

Odontologia

Meu plano possui cobertura em odontologia? Como posso ter acesso a esse atendimento?

Para informações sobre o plano odontológico, entre em contato através do número (11) 3211-8400.

Gostaria de realizar uma cirurgia ou procedimento odontológico onde busco por rede credenciada?

Para informações sobre rede credenciada de odontologia entre em contato através do número (11) 3211-8400.

Comercial

Como eu solicito a regulamentação do meu plano?

Caso queira migrar para o contrato regulamentado entre em contato com o nosso setor comercial através do número (17) 3221-3000.

Como solicito a inclusão do meu filho RN ou filho adotivo no meu plano de saúde?

A ANS estipulou que recém-nascidos que tenham nascido em partos cobertos por uma operadora, devem ter cobertura automática por aquele mesmo plano durante 30 dias após o nascimento. Depois desse período, se o RN ou filho adotivo (até 12 anos) inscritos no plano como dependente até 30 dias após o nascimento ou adoção, aproveitam as carências já cumpridas pelo seu titular (a diferença é que o menor de 12 anos tem esse direito garantido em qualquer segmentação de plano, diferente do recém-nascido que só tem esse direito em plano com segmentação obstétrica). Se o RN ou o filho adotivo for inscrito no plano como dependente até 30 dias do nascimento ou da adoção, não será aplicada a CPT.

O titular do meu plano faleceu, eu posso continuar com o plano?

A titularidade será transferida para o cônjuge e na ausência deste, ficará para o filho mais velho.

O plano de saúde pode exigir perícia para ingresso?

O plano poderá exigir perícia médica, pois é uma opção que as operadoras possuem antes de admitir novos beneficiários com o objetivo de confirmar a existência de doenças e/ou lesões preexistentes que podem resultar em uma cobertura parcial temporária.

Obs: A perícia médica não tem nenhum custo adicional para o cliente, a operadora disponibilizará o profissional médico.

Perícia

O que é uma perícia médica de plano de saúde?

O guia “Carência, Doenças e Lesões Preexistentes, Urgência e Emergência” da ANS, define uma perícia como “qualquer procedimento investigatório realizado por profissional das áreas médica ou odontológica, com o intuito de constatar o estado físico e mental do consumidor”.

Conforme estipulado pela ANS, a operadora pode solicitar exames ou perícia para confirmar se uma pessoa possui doenças e/ou lesões preexistentes à contratação do plano.

Ao ser constatada uma doença ou lesão preexistente por meio da perícia ou por autodeclaração da própria pessoa contratante, a operadora poderá ofertar a Cobertura Parcial Temporária, conhecida como CPT. Nesse caso, as doenças ou lesões preexistentes que terão alguma limitação devem constar nominalmente na documentação que acompanha seu contrato de plano de saúde. Uma vez que a operadora tenha solicitado a perícia ou um exame, esta não poderá alegar posteriormente a existência de uma doença ou lesão preexistente.

Qual o objetivo da perícia médica?

A perícia médica tem como objetivo identificar ou confirmar a existência de alguma doença e/ou lesão preexistente que a pessoa contratante ou seus dependentes tenham no momento de ingresso no plano, para que seja possível a aplicação da CPT. Se uma perícia indica que você tem desvio de septo, por exemplo, este desvio poderá resultar em uma CPT (essa informação deve vir descrita no contrato ou na documentação que o acompanha). Isso significa que você vai precisar aguardar 24 meses para conseguir realizar uma cirurgia corretiva.

Como funciona a perícia de plano de saúde?

Quando alguém pretende contratar um plano de saúde, a operadora pode solicitar o preenchimento de uma Declaração de Saúde, que é o documento no qual você elenca as condições de saúde que você possui. A operadora também pode solicitar uma perícia médica para confirmar se há uma doença ou lesão preexistente.

A ANS não entra em detalhes sobre como uma perícia deve ser feita – em quantas fases, quantos exames etc. Mas o tema é abordado na Resolução Normativa 162, na qual fica determinado que a perícia precisa respeitar o prazo de contratação do plano de saúde (que é de 25 dias, nos casos de contratação eletrônica) e não pode virar um mecanismo para discriminar as pessoas ou dificultar o acesso ao plano. Desde que esteja seguindo essas diretrizes básicas, cada operadora pode criar seu próprio processo.

O que acontece se o beneficiário omitir uma informação na Declaração de Saúde?

Segundo a ANS, a omissão de informação sobre uma doença e/ou uma lesão preexistente, que já era de seu conhecimento, na Declaração de Saúde é considerada fraude e a operadora pode abrir um processo administrativo junto à ANS e rescindir o contrato unilateralmente, encerrando assim a cobertura do plano.

Há também perícia médica para planos de saúde empresariais?

Se o plano coletivo tiver 30 beneficiários ou mais, não possui cláusula de carência, agravo ou CPT se o beneficiário for incluído em até 30 dias após a celebração do contrato ou em até 30 dias após sua admissão na empresa contratante. Ou seja, não haverá período de suspensão na cobertura do plano e, também não haverá pedido de perícia médica.

Eu tenho uma doença ou lesão preexistente, posso aderir ao plano de saúde?

As operadoras não podem negar o ingresso em razão de condição de saúde. Caso tenha doença ou lesão preexistente, as operadoras podem oferecer ao menos uma das opções no momento da contratação: agravo ou CPT (Cobertura Parcial Temporária).

O que é agravo?

É um valor adicional na mensalidade do plano para garantir a possibilidade de realização de cirurgias, utilização de leito de alta tecnologia ou procedimentos de alta complexidade relacionados às doenças e/ou lesões preexistentes. As condições específicas referente ao acréscimo na mensalidade e o período de vigência desse agravo deverá ser regido por aditivo contratual entre o beneficiário e a operadora. A partir daí, a cobertura será integral.

Dúvidas Contratuais

Como faço para manter meu plano mesmo após o desligamento/exoneração da empresa?

As empresas (contratantes) devem orientar o beneficiário sobre a elegibilidade de continuidade ou não no plano de saúde. Se houver a opção de permanência no plano, o beneficiário deve solicitar ao RH de sua empresa, dentro do prazo de 30 dias, assumindo o pagamento integral do plano. Em resumo, esta resolução atende beneficiários demitidos ou exonerados sem justa causa e aposentados.

Como ocorre o reajuste das mensalidades do plano?

Planos Individuais ou Familiares: ocorre anualmente, na data de aniversário do contrato, mediante aplicação do percentual autorizado pela ANS.

Planos Coletivos: Empresariais ou por Adesão: ocorre anualmente, na data de aniversário do contrato; neste caso, o índice de reajuste será de acordo com a sinistralidade do seu plano, previamente acordado com a empresa contratante.

Obs: as mensalidades também podem sofrer um reajuste, caso o titular ou um dos seus dependentes mude de faixa etária, de acordo com a tabela constante das condições gerais do contrato.

Como e onde solicito o cancelamento do meu plano?

Entre em contato com a central de atendimento Austa através de nossos canais digitais:

- WhatsApp: 0800 900 1001
- E-mail atendimentocentral@omnisaude.life
- Chat no portal do beneficiário <https://www.austaclinicas.com.br/>
- Central 24h: 0800 900 1001

O que é carência?

A carência é o período de espera necessário para a realização de alguns tipos de serviço referentes a cobertura do seu plano de saúde. Ela tem tetos máximos determinados por lei (nº 9.656/98). O tempo começa a correr a partir do início da vigência do contrato, uma vez que tenha sido cumprido, o beneficiário passa a ter acesso à cobertura integral contratada.

Como realizar o pagamento da minha coparticipação?

O pagamento poderá ser realizado por boleto bancário ou ativação de débito em conta bancária.

O valor da coparticipação virá discriminado na fatura do beneficiário, sendo assim quando a mensalidade for paga, automaticamente a coparticipação será debitada.

Em caso de dúvidas, entre em contato através de nossos canais digitais:

- WhatsApp: 0800 900 1001
- Chat no site Austa Clínicas <https://www.austaclinicas.com.br/>
- E-mail atendimentocentral@omnisaude.life
- Central 24h: 0800 900 1001

Como consultar o extrato de coparticipação?

Através de nossos canais digitais:

- Aplicativo “Austa Clínicas Beneficiário” (disponível na Play Store para Android e a App Store para iOS)
- WhatsApp: 0800 900 1001
- E-mail: atendimentocentral@omnisaude.life
- Chat no portal do beneficiário <https://www.austaclinicas.com.br/>

Como faço para alterar o meu endereço no cadastro da Austa clínicas?

Alterações de endereço, telefone e e-mail, poderão ser solicitadas através de nossos canais digitais:

- WhatsApp: 0800 900 1001
- E-mail atendimentocentral@omnisaude.life
- Chat no site Austa Clínicas <https://www.austaclinicas.com.br/>
- Central 24h: 0800 900 1001

Se houver falecimento do titular, os dependentes podem continuar usando o plano?

Em caso de óbito do titular o contrato será transferido para o cônjuge e na ausência deste, a transferência será para o filho mais velho.

Financeiro

Não estou conseguindo realizar o pagamento do meu boleto, como devo proceder?

Entre em contato através dos nossos canais digitais:

- WhatsApp: 0800 900 1001
- Chat no site Austa Clínicas <https://www.austaclinicas.com.br/>
- E-mail atendimentocentral@omnisaude.life
- Central 24h: 0800 900 1001

Como eu solicito a emissão da 2ª via do meu boleto?

Através de nossos canais digitais:

- Aplicativo “Austa Clínicas Beneficiário” (disponível na Play Store para Android e a App Store para iOS)
- WhatsApp: 0800 900 1001
- Chat: no portal do beneficiário
- E-mail: atendimentocentral@omnisaude.life
- Central 24h: 0800 900 1001

Como eu faço para alterar a data de vencimento do meu boleto?

Entre em contato através dos nossos canais digitais:

- WhatsApp: 0800 900 1001
- Chat no site Austa Clínicas <https://www.austaclinicas.com.br/>
- E-mail atendimentocentral@omnisaude.life
- Central 24h: 0800 900 1001

Como faço para solicitar o serviço de débito automático da minha fatura?

Através de nossos canais digitais:

- Aplicativo “Austa Clínicas Beneficiário” (disponível na Play Store para Android e a App Store para iOS)
- WhatsApp: 0800 900 1001
- E-mail: atendimentocentral@omnisaude.life
- Chat no portal do beneficiário <https://www.austaclinicas.com.br/>

Tenho mensalidades em atraso, o que fazer?

Os beneficiários que estiverem com mensalidade atrasada há mais de 40 dias receberão contato da Austa Clínicas e da Norton Nunes por meios digitais para regularizarem os

débitos com o plano de saúde. Em caso de dúvidas, entre em contato com o número 0800 775 7879.

Meu atendimento está bloqueado por inadimplência, efetuei o pagamento. Quanto tempo para liberação?

A compensação do boleto pode levar até 72 horas úteis, após esse período se ainda estiver bloqueado entre em contato com o nosso departamento financeiro através do número (17) 3203-1400.

Como faço para obter o meu demonstrativo de valores pagos para imposto de renda?

Através de nossos canais digitais:

- Aplicativo “Austa Clínicas Beneficiário” (disponível na Play Store para Android e a App Store para iOS)
- Chat disponível no site <https://www.austaclinicas.com.br/>
- WhatsApp: 0800 900 1001
- E-mail: atendimentocentral@omnisaude.life
- Central 24h: 0800 900 1001

Guia Médico

Onde encontro locais que atendem meu plano?

Você pode encontrar a rede credenciada através de todos os nossos canais digitais, na opção “Guia médico” para consultar a especialidade desejada e o local de preferência.

Obs: A busca deverá ser realizada conforme sua cobertura contratual.

Não encontrei rede credenciada na minha cidade, o que eu faço?

Contate nossa central de atendimento Austa através de nossos canais digitais:

- WhatsApp: 0800 900 1001
- E-mail: atendimentocentral@omnisaude.life
- Chat no portal do beneficiário <https://www.austaclinicas.com.br/>
- Central 24h: 0800 900 1001

Reembolso

Em quais situações posso solicitar o reembolso?

O reembolso poderá ser solicitado em casos de inexistência ou indisponibilidade de rede fora da área de abrangência contratual e Urgência/Emergência, se previsto em contrato e somente após contato prévio com a operadora.

Quais os canais digitais para a solicitação de reembolso?

A solicitação de reembolso poderá ser feita através dos nossos canais digitais:

- Site Austa <https://www.austaclinicas.com.br/>
- WhatsApp: 0800 900 1001
- E-mail: atendimentocentral@omnisaude.life
- Central 24h: 0800 900 1001

O carimbo médico é obrigatório na apresentação de reembolso?

Para a apresentação de reembolso é necessário o envio de relatório médico carimbado e assinado pelo profissional solicitante.

O plano aceita Nota Fiscal ou Recibo para reembolso?

Para a realização do reembolso é necessário o envio da nota fiscal ou espelho da nota, com descrição detalhada dos serviços prestados.

Através do app “Austa Clínicas Beneficiário”, você pode solicitar uma prévia acessando a opção "Solicitação de Reembolso".

Como faço para consultar o andamento do meu pedido de reembolso?

O acompanhamento pode ser feito através do aplicativo “Austa Clínicas Beneficiário” (disponível na Play Store para Android e a App Store para iOS), na opção "Reembolso".

Qual valor vou receber caso meu reembolso seja autorizado?

O valor pago em casos de reembolso é calculado com base em tabela negociada com a rede credenciada.

Obs: O formulário para reembolso será encaminhado após o envio da documentação junto ao setor responsável.

Nosso Aplicativo

Como baixar o Aplicativo:

O aplicativo “Austa Clínicas Beneficiário” está disponível no Play Store para Android e a App Store para iOS.

Como acessar o aplicativo?

Após baixar o aplicativo “Austa Clínicas Beneficiário”, você deverá abri-lo e clicar em “registrar”. Preencha os campos solicitados, lembrando que “matrícula” é o número da sua carteirinha.

Central de Atendimento

Caso ainda tenha dúvidas entre em contato com nossa central de atendimento nos canais:

- WhatsApp: 0800 900 1001
- E-mail: atendimentocentral@omnisaude.life
- Formulário Web: <https://encr.pw/LQaiP>
- Chat: através no nosso Site <https://www.austaclinicas.com.br/>
- Central 24h: 0800 900 1001

Outros canais de atendimento:

- Odontologia: Ligue: (11) 3211-8400
- Comercial: (17) 3221-3000
- Financeiro: (17) 3203-1400.