

PASSO A PASSO SOLICITAÇÃO REEMBOLSO



# **PLANO PSI**

O plano Prosaúde Integrado (PSI) da Cemig Saúde, disponibiliza as modalidades de reembolso conforme os grupos:

- PRAS (Programa de Referência de Assistência à Saúde): destina-se a cobrir despesas com assistência à saúde fora da rede credenciada, como consultas, terapias, procedimentos e cirurgias, conforme valores de tabela e critérios do ROL ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar. Sua aplicação segue as disposições do Regulamento e dos Atos Normativos complementares.
- PGE (Programa de garantia especiais): cobertura para reembolso parcialmente de despesas com saúde como medicamentos, tratamentos odontológicos, lentes para óculos e vacinas, seguindo as regras regulamentares.
- FCAS (Fundo Complementar de Assistência à Saúde): Destinado a cobrir gastos complementares do PSI, considerando análise de renda, como dieta enteral, fraldas, equipamentos (cadeiras de banho/rodas, BIPAP/CPAP, prótese auditiva) e dependência química.

Para realizar suas solicitações, segue passo a passo abaixo:

1º Acessar o portal da Cemig Saúde no <u>www.cemigsaude.org.br</u> ou baixe o APP na loja de apliciativos do seu celular. Lembrando que os serviços disponíveis no APP e Portal são os mesmos.

CEMIG Rede Credenciada Nossos Conexão Saúde Consulta Centro de Promoção à Saúde Quem Conteúdos Ouvidoria Cemig Saúde Trabalhe Q Buscar (ئ Conexão Saúde Uma equipe completa pa idar da sua saúde < > ଚ Q G

2° Pelo Portal: clicar na opção "Área do beneficiário".

3° Informar **usuário** (número da carteira ou CPF), **senha,** flegar o termo de uso do serviço e clicar em "Enviar".

	Login
	Olá usuário. Informe sua Carteirinha ou CPF para iniciar o acesso.
~	Informe sua Carteirinha ou CPF *
SAÚDE	Informe a sua senha *
Seia bem vindo à Área do	·······
Bonoficiório	Sua senha é a mesma utilizada no Portal da Web.
Benenciano	Declaro que li e aceito os termos de uso do serviço,
	ENVIAR
	ESQUECI MINHA SENHA
	MEU PRIMEIRO ACESSO

Clique em "Solicitação e Histórico de Reembolso":

SERVIÇOS CARTÃO VIRTUAL MINBOX	Serviços	The second as a concern the second as concern the second as a concern the second as a concern the seco
(2) MEU PERFIL	(NOVO) Exames e Consentimentos	Solicitação e Histórico de Reembolso
	(5) Chatbot	Agendamento de Consultas
	Consultas Online	<ul> <li>Noticias e Informações</li> </ul>
		දල Guia de Rede Credenciada
	2* Via de Boletos	රලා Atualização Cadastral
	លី Conexão Saúde Virtual	Canais de Relacionamento

### Em seguida, clique em **"Meus reembolsos":**

	Solicitação e Histórico de Reembolso	< Y013M
🛞 SERVIÇOS	Keus Reembolsos	2024
CARTÃO VIRTUAL		
ANS - Nº 417505		

## Clique em **"Nova solicitação":**

	Solicitação de Reembo	olso - v2		← Voltar
SAÚDE	(+)     (+)       Nova solicitação     Histórico			
CARTÃO VIRTUAL	PROSAUDE INTEGRADO			
	Ocorrencia - Reembolso v2 Protocolo: 4175052024 Beneficiário:	Situação Protocolado	Data solicitação 02/12/2024	
0	Ocorrencia - Reembolso v2 Protocolo: 417505202 Beneficiário:	Situação Aprovado	Data solicitação 22/11/2024	
	Ocorrencia - Reembolso v2 Protocolo: 4175052024 Beneficiário:	Situação Aprovado	Data solicitação 19/11/2024	
ANS - Nº 417505	contrato: 0003001		Gr Chat	

#### Clicar no Termos de Uso - Declaro que li e aceito para prosseguir:

Declaro:	
I. Para os devidos fins que todas as despesas, objeto desta solicitação         de reembolso, inclusive materiais, medicamentos, honorários ou         procedimentos listados, foram efettivamente despendidas comigo ou com         o beneficiário dependente, assumindo a responsabilidade pela veracidade	
INBOX       dessa informação.         2. Estar de posse de todos os documentos originais vinculados a essa	
Image: Solicitação de reembolso, comprometendo me a fornecê-los nos casos em solicitação de reembolso, comprometendo me a fornecê-los nos casos em que for formalmente solicitado pela Cemig Saúde.         3. Estar ciente de que é permitido cadastrar apenas um documento físcal por protocolo, reservando à Cemig Saúde o direito de indeferir as despesas incluidas indevidamente por mim.         4. Caso haja algum débito na Cemig Saúde, o valor a ser reembolsado será utilizado para compensar o que está em aberto junto à Operadora, de acordo com o art.67, § 3º do regulamento do plano de saúde.         5. Estar ciente que devo manter meus dados bancários atualizados junto a Cemig Saúde.         6. Estar ciente que todas as despesas descritas como 'exclusivo PSI' não são passíveis de reembolso pelo plano de saúde Premium, conforme critérios regulamentares.	
NNS - Nº 417565 DECLARO QUE LI E ACEITO 🛱 Chat	J

Selecione o Beneficiário: Para quem será o reembolso.

**Atenção:** Se houver mais de um membro no grupo familiar, eles serão listados abaixo do nome do titular.

	Solicite um novo re	embolso	← Voltar
S A Ú D E	Termos de Uso > Selecione o beneficiário	> Novo reembolso > Complemento > Reembolso solicitado	
SERVIÇOS	PROSAUDE INTEGRADO		
	00010001	<b>MC</b> >	
🔔 ілвох			
ANS - Nº 417505			💂 Chat

Preencha os dados do documento fiscal (NF, cupom ou Recibo) – Dados do prestador de serviços (CPF ou CNPJ) e na mesma página, após o preenchimento dos dados, anexar os documentos obrigatórios – Clicar em próximo.

Solicite um novo reembolso	← Voltar
Termos de Uso > Selecione o beneficiário > Novo reembolso > Complemento > Reembolso solicitado	
Informações do reembolso	
Tenha em mãos todos os comprovante dos procedimentos realizados	
Informações gerais	
Tipo do documento * Selecione uma opção	
Número do documento	
Seu reembolso é FCAS?	
Não × V Informe se o reembolso a ser solicitado é FCAS ou não.	
	Solicite um novo reembolso Termos de Uso > Selecione o beneficiário > Novo reembolso > Complemento > Reembolso solicitado  Informações do reembolso Informações gerais Informações gerais Tipo do documento * Selecione uma opsio Número do documento Informações fECAS7 Não X or neembolso a ser solicitado é FEAS ou não.

CEMIG	Não	× v
SAÚDE	Data da compra ou serviço *	
	dd/mm/aaaa	
8 SERVIÇOS	A data da compra ou serviço deve ser igual a existente no comprovante.	
CARTÃO VIRTUAL	Prestador de serviço	
INBOX	CPF ou CNPJ do prestador	
	● CPF ◯ CNPJ	
MEU PERFIL	CPF *	
	Fetado	
	Selecione uma opção	$\sim$

	Cidade	
	Selecione uma opção	×
CEMIG		
SAÚDE	Anexe seu comprovante/ documento fiscal	
	Anexe aqui seu comprovante de pagamento ou serviços. (nota fiscal, ou cupo ou recibo) * Apenas um comprovante por solicitação de reembolso	ım fiscal,
SERVIÇOS	Anexo *	
<b>ΓΑΡΤÃΟ VIRTUAI</b>	Selecionar arquivos	
	Somente é permitido anexar arquivos com extensão jpg, jpeg, png e pdf.	
INBOX		
	Anexe suas receitas e/ou pedidos médicos	
MEU PERFIL	Para reembolso de medicamentos anexe suas receitas ou pedidos/relatórios para materiais, exames, sessões, procedimentos, etc.	médicos
	Possui receita cadastrada?	
	Não	× ∽
	Anexo *	
	Selecionar arquivos	
	Somente é permitido anexar arquivos com extensão jpg, jpeg, png e pdf.	

**OBS:** no caso de reembolso de consulta médica – em que não há necessidade de pedido ou relatório médico – o comprovante fiscal deve ser inserido nos dois campos.

Para visualizar as despesas do PGE e PRAS, o beneficiário deverá selecionar as seguintes opções no formulário inicial:

- Seu reembolso é FCAS? Não
- Seu reembolso é de teto adicional? Não
- Possui receita cadastrada? Não

**Atenção:** Quando todos os itens acima estão com resposta **"Não"** o reembolso é para despesas cobertas pelo **"PGE"** (Teto familiar) ou **"PRAS"** (Consultas, sessões, exames, cirurgias):



Para visualizar as despesas reembolsáveis exclusivamente pelo FCAS, o beneficiário deverá selecionar as seguintes opções no formulário inicial:

- Seu reembolso é FCAS? SIM
- Seu reembolso é de teto adicional? Não
- Possui receita cadastrada? Não

$\sim$		iciário > Novo reemboleo > Complemento > Reemboleo e	
	Despesa	Despesa	FECHAR
		Tipo de serviço utilizado *	A
SERVIÇOS		Selecione uma opção	^
	+ ADICI	ASPIRADOR DE SECREÇÃO	A
CARTÃO VIRTUAL		BIPAP - AQUISIÇÃO	
		BIPAP - LOCAÇÃO	
		CADEIRA DE BANHO	
		CADEIRA DE RODAS	
		CAMA HOSPITALAR	
S MED PERFIL		COLCHAO CAIXA DE OVO	
		CPAP - AQUISIÇÃO	
		CPAP - LOCAÇÃO	
		DEPENDENCIA QUIMICA E TRATAMENTO PSIQUIA	
		EPAP - AQUISIÇÃO	
	Ainda não h	MEDICAMENTOS	
		MEDIO/IMENTOO	

Para solicitar o reembolso de medicamentos cadastrados no TETO ADICIONAL, o beneficiário deverá selecionar as seguintes opções no formulário inicial:

- Seu reembolso é FCAS? Não
- Seu reembolso é de teto adicional? SIM
- Possui receita cadastrada? Não

Será apresentado na tela de despesa, apenas a opção "MEDICAMENTOS".

	Despesa	Despesa	FECHAR	
		Tipo de serviço utilizado *		
SERVIÇOS	+ ADICI	Selecione uma opção MEDICAMENTOS	^	
CARTÃO VIRTUAL	Tenha em mãos todos os comprova	Selecione uma opção	¥.	
		Quantidade *		
		Valer *		
		RŜ		
	Ainda não h			
s - Nº 417505			🗕 🖉 🖶 Ch	at

No campo "Item" só serão exibidos os medicamentos cadastros e válidos. Caso não haja nenhum medicamento cadastrado, não será exibido nenhuma informação.

	Termos de Uso > Selecione o benef	riária - Nova reembalca - Complementa - Reembalca sal	icitado
S A Ú D E	Despesa	Despesa	FECHAR
		Digite somente números no formato Dia, Mês e Ano.	•
800 SERVIÇOS	+ ADICI	Item *	
	Tenha em mãos todos os comprova	Nenhum registro encontrado.	^
<u></u>		Quantidade *	
LU INBOX		Volas +	
		R\$	
	Ainda não h		
ANS - Nº 417505			戻 Chat

- Se não houver medicamentos cadastrados na validade compatível com a data da despesa, a solicitação de reembolso deverá ser realizada por meio do TETO FAMILIAR disponível.
- Sendo assim, o beneficiário deverá clicar em "Voltar" para alterar o campo de teto adicional para "NÃO", e preencher novamente as informações, anexar o comprovante fiscal e a receita, selecionar no tipo de despesa a opção "Medicamentos", preencher os dados da receita (Sigla do profissional, estado, número do conselho, nome do profissional e data).



Contra	Termos de Uso > Selecione o benet	
	Despesa	Item *
		PRECISONSACOLA PLAS PXP ISOLAMENTO
SERVIÇOS		NALDECON DIA -NALDECON DIA 25X4S
	+ ADIC	NALDECON NOITE -NALDECON NOITE 50X4 NALDECON PACK -NALDECON PACK 25X6
	Tenha em mãos todos os comprova	HEMIFUMARATO DE BISOPROLOL-5 MG COM REV CT BL AL AL X S
~		MELOXICAM 10 MG/ML SOL INJ IM CT 5 AMP VD TRANS X 1,5 ML
L. INBOX		POMADA MINANCORA-20% + 05% + 5% POM DERM PT PLAS OPC MICOFENDI ATO DE MOFETILA - 500 MG COM REV CT BLAL PLAS
		MEBENDAZOL - 20 MG/ML SUS OR CT FR VD AMB X 30 ML + CP M
C		PARACETAMOL - 200 MG/ML SOL OR CT FR PLAS OPC GOT X 15 M
		DIPIRONA SODICA - 500 MG COM CT BL AL PLAS TRANS X 500 MEBENDAZOL - 20 MG/ML SUS OR CX 50 FR VD AMB X 30 ML + 5(
		PARACETAMOL - 200 MG/ML SOL OR CX 200 FR PLAS OPC GOT X -
	Ainda não h	
ANS - Nº 417505		

Para solicitar o reembolso de medicamentos cadastrados como USO CONTÍNUO, o beneficiário deverá selecionar as seguintes opções no formulário inicial:

- Seu reembolso é FCAS? Não
- Seu reembolso é de teto adicional? Não
- Possui receita cadastrada? SIM

Cidade     Conservention       <					
COS		Cidade			
Arexe açui seu comprovante/ documento fiscal Arexe açui seu comprovante/ documento fiscal, ou cuporn				×v	
Anexo *  Anexo *  Selecionar arquivos.  x  perFil  Commento Arquivo Status Progresso  i.pdf  Somente é permitido anexar arquivos com extensão jpg, jpeg, png e pdf.  Anexe suas receitas e/ou pedidos médicos Para reembolso de medicamentos anexe suas receitas ou pedidos/relatórios médicos para materiais, exames, sessões, procedimentos, etc.  Possui receita cadastrada?  Sim  X	Ú D E	Anexe seu comprovante/ docu Anexe aqui seu comprovante de pagame ou recibo) * Apenas um comprovante po	Imento fiscal Into ou serviços. (nota fisca r solicitação de reembolso	al, ou cupom fiscal,	
ÃO VIRTUAL Selecionar arquivos   X Nome do Arquivo   1 .pdf   Somerte é permitido anexar arquivos com extensão jpg, jpeg, png e pdf.   Anexe suas receitas e/ou pedidos médicos   Para reembolso de medicamentos anexe suas receitas ou pedidos/relatórios médicos   Para reembolso de medicamentos anexe suas receitas ou pedidos/relatórios médicos   Possui receita cadastrada?   Sim	/iços				
Nome do Arquivo     Status     Progresso       :pdf     :pdf     :pdf       Somente é permitido anexar arquivos com extensão jpg, jpeg, png e pdf.       Anexe suas receitas e/ou pedidos médicos       Para reembolso de medicamentos anexe suas receitas ou pedidos/relatórios médicos para materiais, esesões, procedimentos, etc.       Possui receita cadastrada?       Sim	TÃO VIRTUAL	Selecionar arquivos			
ERFIL Commente é permitido anexar arquivos com extensão jog, joeg, png e pdf. Commente é permitido anexar arquivos com extensão jog, joeg, png e pdf. Commente é permitido anexar arquivos com extensão jog, joeg, png e pdf. Commente é permitido anexar arquivos com extensão jog, joeg, png e pdf. Commente é permitido anexar arquivos com extensão jog, joeg, png e pdf. Commente é permitido anexar arquivos com extensão jog, joeg, png e pdf. Commente é permitido anexar arquivos com extensão jog, joeg, png e pdf. Commente é permitido anexar arquivos com extensão jog, joeg, png e pdf. Commente é permitido anexar arquivos com extensão jog, joeg, png e pdf. Commente é permitido anexar arquivos com extensão jog, joeg, png e pdf. Commente é permitido anexar arquivos com extensão jog, joeg, png e pdf. Commente é permitido anexar arquivos com extensão jog, joeg, png e pdf. Commente é permitido anexar arquivos com extensão jog, joeg, png e pdf. Commente é permitido anexar arquivos com extensão jog, joeg, png e pdf. Commente é permitido anexar arquivos com extensão jog, joeg, png e pdf. Commente é permitido anexar arquivos com extensão jog, joeg, png e pdf. Commente é permitido anexar arquivos com extensão jog, joeg, png e pdf. Commente é permitido anexar arquivos com extensão jog, joeg, png e pdf. Commente é permitido anexar arquivos com extensão jog, joeg, png e pdf. Commente é permitido anexar arquivos com extensão jog, joeg, png e pdf. Commente é permitido anexar arquivos com extensão jog, joeg, png e pdf. Commente é permitido anexar arquivos com extensão jog, joeg, png e pdf. Commente é permitido anexar arquivos com extensão jog, provide anexar arquivos com extensão jog, provide anexar arquivos com extensão anexe e		Nome do Arquivo	Status Progre	esso	
Somente é permitido anexar arquivos com extensão jpag, pag e pdf. Anexe suas receitas e/ou pedidos médicos Para reembolso de medicamentos anexe suas receitas ou pedidos/relatórios médicos para materiais, exames, sessões, procedimentos, etc. Possui receita cadastrada? Sim		pdf	√	<b>a</b>	
Anexe suas receitas e/ou pedidos médicos Para reembolso de medicamentos anexe suas receitas ou pedidos/relatórios médicos para materiais, exames, sessões, procedimentos, etc.  Possui receita cadastrada? Sim	ERFIL	Somente é permitido anexar arquivos (	com extensão jpg, jpeg, png	g e pdf.	
Para reembolso de medicamentos anexe suas receitas ou pedidos/relatórios médicos para materiais, exames, sessões, procedimentos, etc.  Possui receita cadastrada? Sim X V		Anexe suas receitas e/ou pedi	dos médicos		
Possui receita cadastrada? Sim × V		Para reembolso de medicamentos anexe para materiais, exames, sessões, proced	e suas receitas ou pedidos/ imentos, etc.	relatórios médicos	
Sim × V		Possui receita cadastrada?			
		Sim		×v	
	]	PF	RÓXIMO		( 📮 c

Ao clicar em **"Próximo",** será exibido a tela para seleção da despesa. Nela serão exibidos os medicamentos ou produtos cadastrados, como no caso do protetor solar.

m	Termos de Uso > Selecione o benefi	jelária – Mava reembalea – Camalementa – De		•
	Despesa	Despesa	FECHAR	h
		Tipo de serviço utilizado *	*	
SERVIÇOS	+ ADICI	Selecione uma opção	^	
	Tenha em mãos todos os comprova	PROTETOR SOLAR		
			× Y	
<u> </u>		Quantidade *		
		Valor *		
		R\$		
	Ainda nao h Cadastre seus regitros tr			
ANS - Nº 417505			📮 Chat	),

CEMIC		ficiário -> Novo reembolco -> Complemento -> Pi		
S A Ú D E	Despesa	Despesa	FECHAR	
	_	Tipo de serviço utilizado *		
SERVIÇOS	+ ADIC	MEDICAMENTOS	×v	
CARTÃO VIRTUAL	Techa en eño en de en entre	Item *		
		ESPIRONOLACTONA - 25 MG COM CT BLAL	PLAS TRANS X 30	
INBOX		THERAPSORSOL CAPILAR FR 25ML		
MEU PERFIL		Valor *		
		R\$		

Após o preenchimento da despesa será apresentado a tela abaixo **"Entradas adicionadas"** e para finalizar e gerar o protocolo de reembolso, será necessário clicar em **"Enviar":** 

	Solicite um novo reembolso	← Voltar
S A Ú D E	Termos de Uso > Selecione o beneficiário > Novo reembolso > Complemento > Reembolso solicitado	
888 SERVIÇOS	Despesa	
EA CARTÃO VIRTUAL	+ ADICIONAR	
🔔 ілвох	Tenha em mãos todos os comprovantes dos procedimentos realizados	
	Entradas adicionadas	
	Típo de serviço utilizado CONSULTA MEDICA	
	Nem CONSULTA EM CONSULTORIO (NO HORARIO NORMAL OU PREESTABELECIDO)	
	Quantidade	
	Valor RS 2000	
	EXCLUIR TUDO	
ANS - Nº 417505		💭 Chat

Reembolso solicitado – Será informado o protocolo e o beneficiário deverá clicar em concluído para sair desta página.

CEMIG	Solicitação de Reembo	lso - v2	← Voltar
SAÚDE	$ \oplus                                    $		
SERVIÇOS	Nova solicitação Histórico		
CARTÃO VIRTUAL	PREMIUM APARTAMENTO constrato: 0040001	Reembolso solicitado	
INBOX	Ocorrencia - Reembolso v2 Protocolo: 4175052024 Beneficiário:	Reembolso solicitado solicitação 12/2024	
) MEU PERFIL	(Ver histórico )	PROTOCOLO 4175052024	
		CONCLUÍDO	
		CONCLUIDO	





# Av. Barbacena, 472 | 12° andar | Barro Preto CEP: 30190-130 | Belo Horizonte | MG Central de Relacionamento Telefônico: 0800 030 9009 Autoatendimento via WhatsApp: 31 99791-6464 www.cemigsaude.org.br