



**PASSO A
PASSO
SOLICITAÇÃO
REEMBOLSO**



PLANO PSI

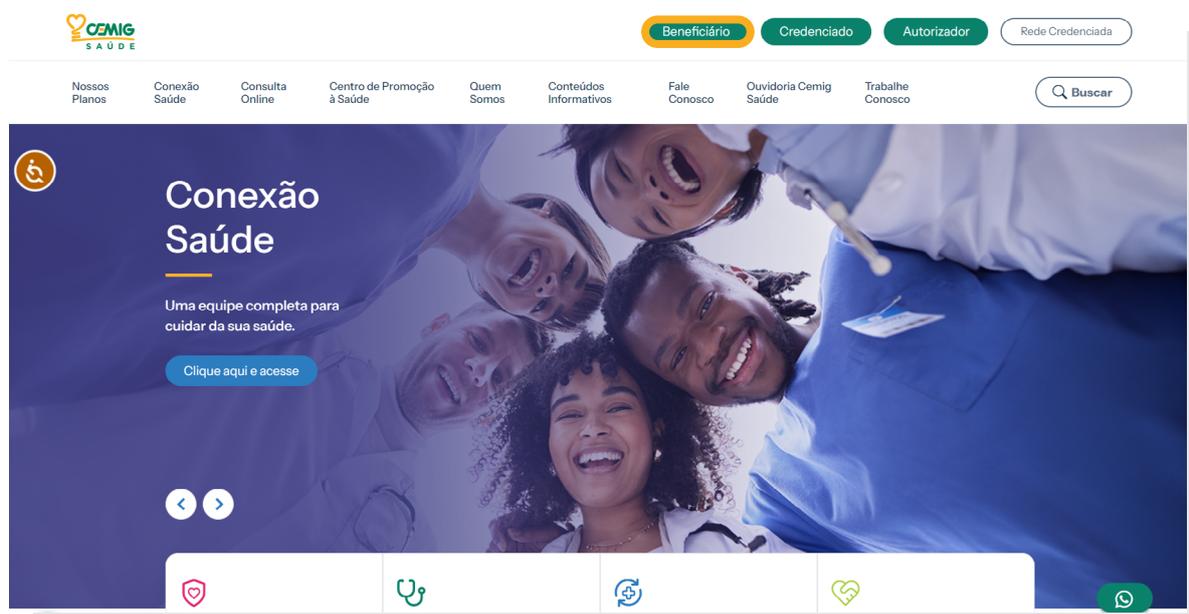
O plano Prosaúde Integrado (PSI) da Cemig Saúde, disponibiliza as modalidades de reembolso conforme os grupos:

- **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 www.cemigsaude.org.br ou baixe o APP na loja de aplicativos do seu celular. Lembrando que os serviços disponíveis no APP e Portal são os mesmos.

2º Pelo Portal: clicar na opção “Área do beneficiário”.



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

Login

Olá usuário. Informe sua Carteira ou CPF para iniciar o acesso.

Informe sua Carteira ou CPF *

Informe a sua senha *

Sua senha é a mesma utilizada no Portal da Web.

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

Renove suas receitas com facilidade!

Selecione o tipo de receita (medicamentos, exames, procedimentos) e informe o número da carteira ou CPF para gerar o boleto e emitir o boleto de copropriedade. Basta clicar em "Renovar" e pronto! Utilizado para renovar a carteira médica.

ANS - Nº 417505

(NOVO) Exames e Consentimentos	Solicitação e Histórico de Reembolso
Chatbot	Agendamento de Consultas
Consultas Online	Notícias e informações
Extratos e Declarações	Guia de Rede Credenciada
2ª Via de Boletos	Atualização Cadastral
Conexão Saúde Virtual	Canais de Relacionamento

Em seguida, clique em “Meus reembolsos”:

Solicitação e Histórico de Reembolso ← VOLTAR

Meus Reembolsos Histórico anterior a 27/05/2024

ANS - Nº 417505

Clique em “Nova solicitação”:

Solicitação de Reembolso - v2 ← Voltar

Nova solicitação Histórico

PROSAUDE INTEGRADO
contrato:

Ocorrência - Reembolso v2 Protocolo: 4175052024 Beneficiário:	Situação Protocolado	Data solicitação 02/12/2024
Ocorrência - Reembolso v2 Protocolo: 417505202 Beneficiário:	Situação Aprovado	Data solicitação 22/11/2024
Ocorrência - Reembolso v2 Protocolo: 4175052024 Beneficiário:	Situação Aprovado	Data solicitação 19/11/2024

[Ver histórico >](#)

CASSI
contrato: 0003001

Chat

ANS - Nº 417505

Clicar no **Termos de Uso** – Declaro que li e aceito para prosseguir:

Termos de Uso > Seleccione o beneficiário > Novo reembolso > Complemento > Reembolso solicitado

Versão 2 - atualizado em 20/11/2023

Declaro:

1. Para os devidos fins que todas as despesas, objeto desta solicitação de reembolso, inclusive materiais, medicamentos, honorários ou procedimentos listados, foram efetivamente despendidas comigo ou com o beneficiário dependente, assumindo a responsabilidade pela veracidade dessa informação.
2. Estar de posse de todos os documentos originais vinculados a essa 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 fiscal por protocolo, reservando à Cemig Saúde o direito de indeferir as despesas incluídas 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.

NÃO ACEITO **DECLARO QUE LI E ACEITO** Chat

ANS - Nº 417505

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 reembolso ← Voltar

Termos de Uso > Seleccione o beneficiário > Novo reembolso > Complemento > Reembolso solicitado

PROSAUDE INTEGRADO
Contrato: 0001001

00010001 MC >

Chat

ANS - Nº 417505

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

Informe se o reembolso a ser solicitado é FCAS ou não.

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

Informe se o reembolso a ser solicitado é FCAS ou não.

Data da compra ou serviço *
dd/mm/aaaa

A data da compra ou serviço deve ser igual a existente no comprovante.

Prestador de serviço

CPF ou CNPJ do prestador
 CPF CNPJ

CPF *

Estado
Selecione uma opção

CEMIG SAÚDE

SERVIÇOS

CARTÃO VIRTUAL

INBOX

MEU PERFIL

ANS - Nº 417505

Cidade

Selecione uma opção

Anexe seu comprovante/ documento fiscal

Anexe aqui seu comprovante de pagamento ou serviços. (nota fiscal, ou cupom fiscal, ou recibo) * Apenas um comprovante por solicitação de reembolso

Anexo *

Selecionar arquivos...

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?

Não

Anexo *

Selecionar arquivos...

Somente é permitido anexar arquivos com extensão jpg, jpeg, png e pdf.

PRÓXIMO

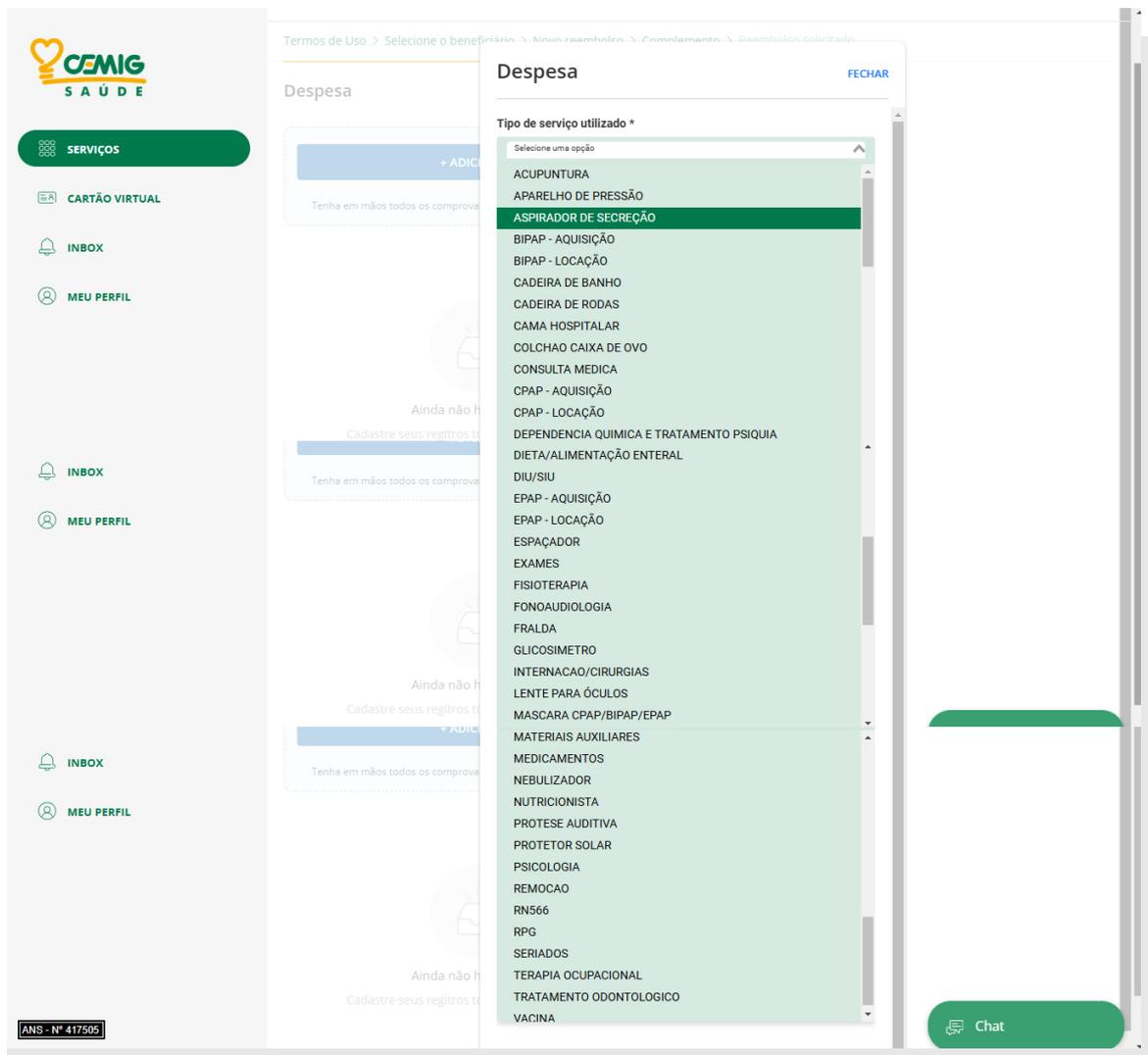
Chat

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:

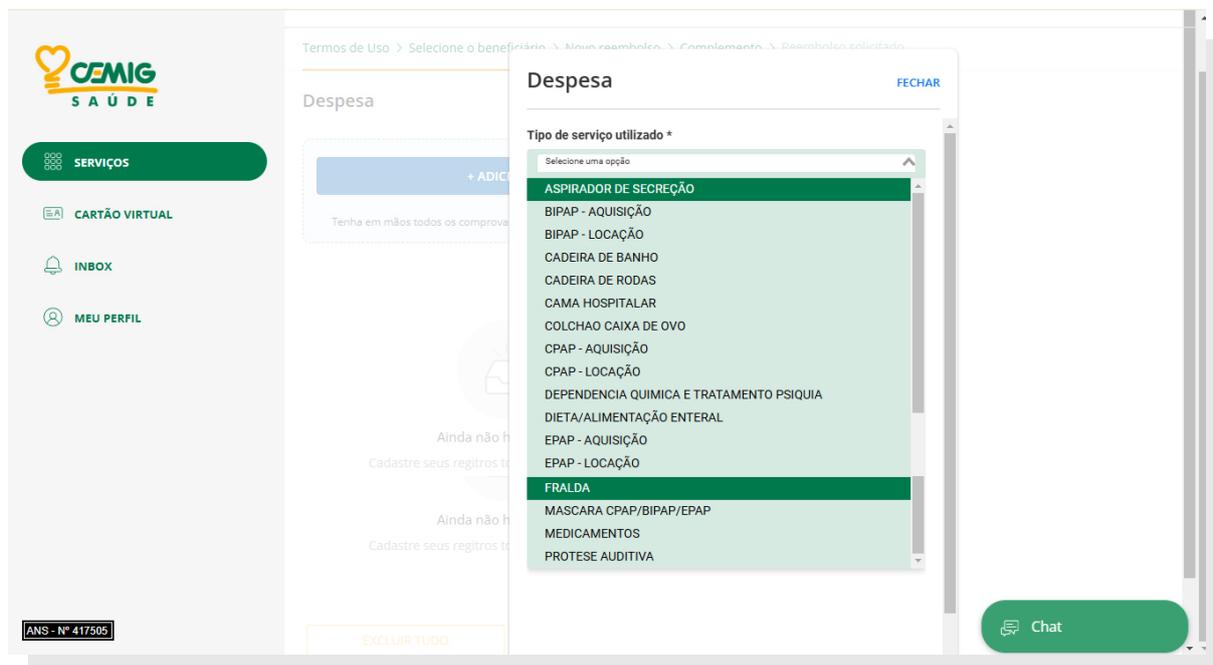
- Seu reembolso é FCAS? Não
- Seu reembolso é de teto adicional? Não
- Possui receita cadastrada? Não

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:

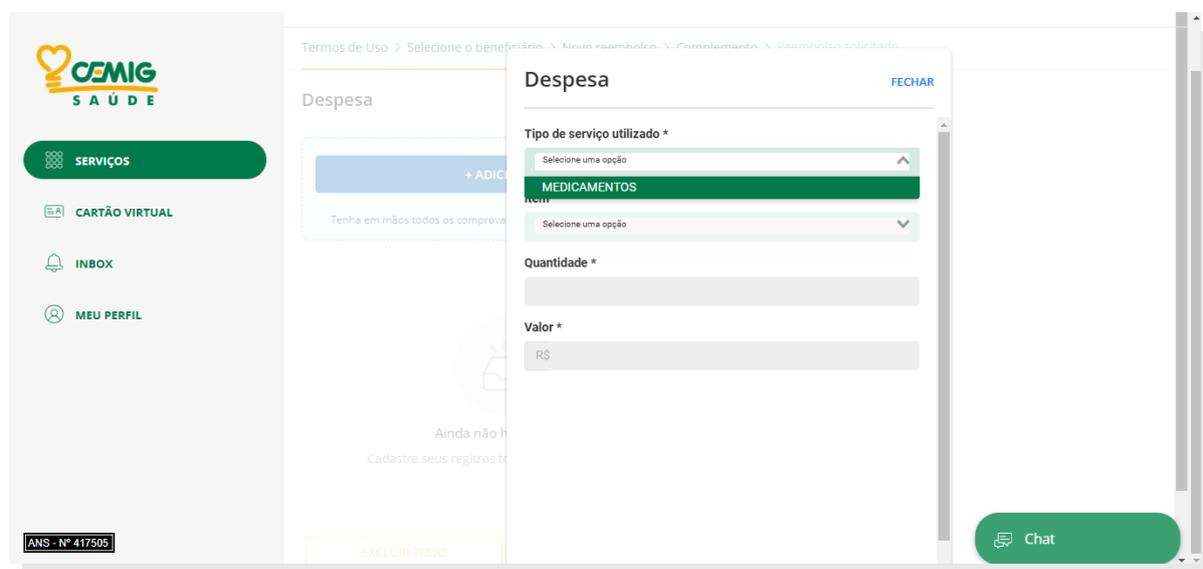
- Seu reembolso é FCAS? **SIM**
- Seu reembolso é de teto adicional? **Não**
- Possui receita cadastrada? **Não**



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”**.



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

Termos de Uso > Seleção do beneficiário > Anexo reembolso > Complementar > Reembolso solicitado

Despesa

FECHAR

Digite somente números no formato Dia, Mês e Ano.

Item *

Nenhum registro encontrado.

Quantidade *

Valor *

R\$

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).

Termos de Uso > Selecione o beneficiário > Selecione o plano > Selecione o tipo de reembolso > Complementamento > Reembolso solicitado

Despesa FECHAR

Tipo de serviço utilizado *
MEDICAMENTOS x v

Receita

Sigla do conselho *
CRM (Conselho Regional de Medicina) x v

Estado do conselho *
x v

Número do conselho *
[Campo em branco]

Nome do Profissional *
[Campo em branco]

Data da receita
dd/mm/aaaa [Ícone de calendário]

ANS - Nº 417505

EXCLUIR TUDO

Chat

Termos de Uso > Selecione o beneficiário > Selecione o plano > Selecione o tipo de reembolso > Complementamento > Reembolso solicitado

Despesa FECHAR

Item *
[Campo de busca]

- PRECISOINSACOLA PLAS PXP ISOLAMENTO
- NALDECON DIA -NALDECON DIA 25X4S
- NALDECON NOITE -NALDECON NOITE 50X4
- NALDECON PACK -NALDECON PACK 25X6
- HEMIFUMARATO DE BISOPROLOL-5 MG COM REV CT BL AL AL X 3
- MELOXICAM 10 MG/ML SOL INJ IM CT 5 AMP VD TRANS X 1,5 ML
- POMADA MINANCORA-20% + 05% + 5% POM DERM PT PLAS OPC
- MICOFENOLATO DE MOFETILA - 500 MG COM REV CT BL AL PLAS
- MEBENDAZOL - 20 MG/ML SUS OR CT FR VD AMB X 30 ML + CP M
- 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 + 50
- PARACETAMOL - 200 MG/ML SOL OR CX 200 FR PLAS OPC GOT X 15 M

ANS - Nº 417505

EXCLUIR TUDO

ENVIAR

Chat

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**

CEMIG SAÚDE

SERVIÇOS

- CARTÃO VIRTUAL
- INBOX
- MEU PERFIL

ANS - Nº 417505

Cidade

Anexe seu comprovante/ documento fiscal

Anexe aqui seu comprovante de pagamento ou serviços. (nota fiscal, ou cupom fiscal, ou recibo) * Apenas um comprovante por solicitação de reembolso

Anexo *

Selecionar arquivos...

Nome do Arquivo	Status	Progresso
.pdf	✓	<div style="width: 100%;"></div>

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

PRÓXIMO

Chat

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.

CEMIG SAÚDE

SERVIÇOS

- CARTÃO VIRTUAL
- INBOX
- MEU PERFIL

ANS - Nº 417505

Termos de Uso > Seleção do beneficiário > Novo reembolso > Complemento > Reembolso solicitado

Despesa

+ ADICIONAR

Tenha em mãos todos os comprovantes

Ainda não há registros cadastrados. Cadastre seus registros para solicitar o reembolso.

Despesa FECHAR

Tipo de serviço utilizado *

Selecione uma opção

- MEDICAMENTOS**
- PROTETOR SOLAR

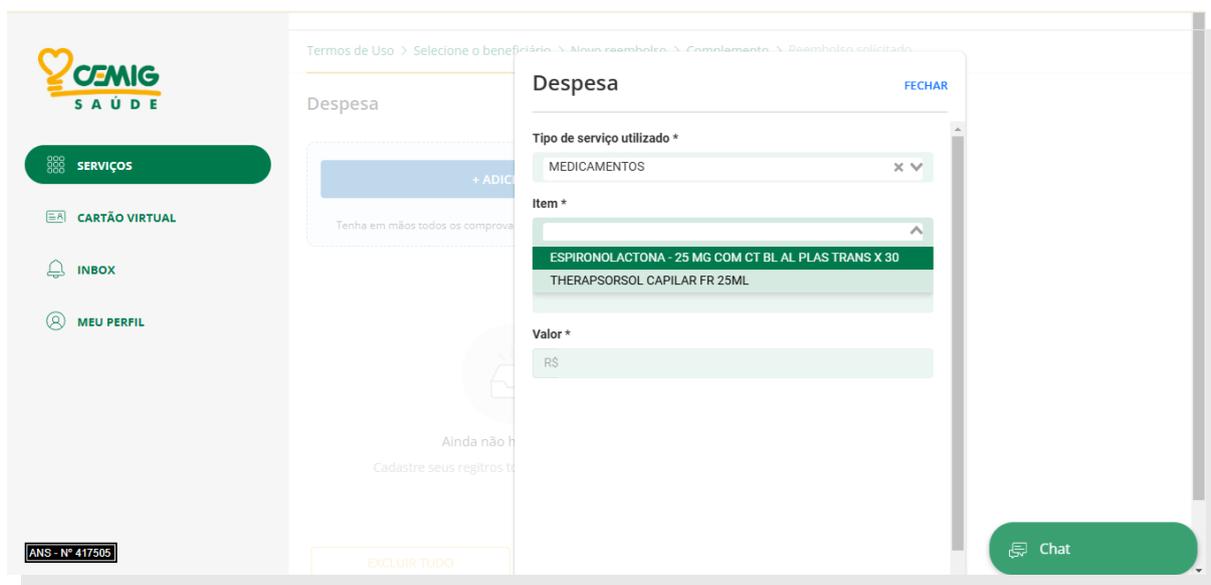
Quantidade *

Valor *

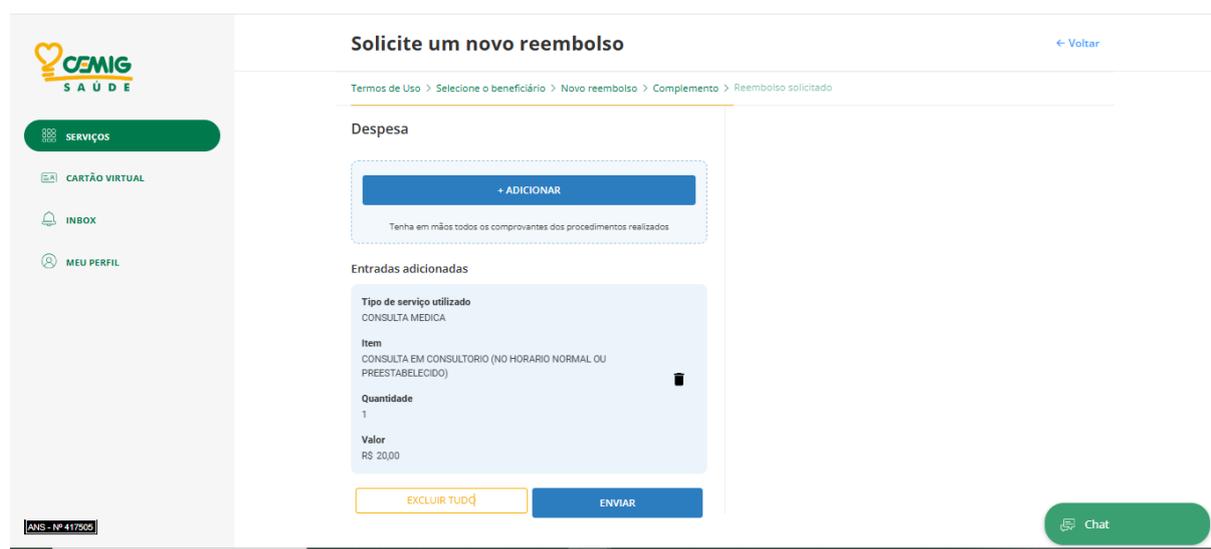
R\$

EXCLUIR TUDO

Chat



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



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

The screenshot displays the 'Solicitação de Reembolso - v2' page on the CEMIG SAÚDE portal. The left sidebar contains navigation options: SERVIÇOS, CARTÃO VIRTUAL, INBOX, and MEU PERFIL. The main content area shows a 'Reembolso solicitado' status for a 'PREMIUM APARTAMENTO' plan (contract: 0940001). The request details include 'Ocorrência - Reembolso v2', 'Protocolo: 4175052024', and 'Beneficiário:'. A 'Ver histórico' button is visible. A central modal window shows a document icon, the title 'Reembolso solicitado', and the protocol number '4175052024' with a 'CONCLUÍDO' button. A 'Chat' button is located in the bottom right corner. The ANS number 'ANS - Nº 417505' is shown in the bottom left.





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