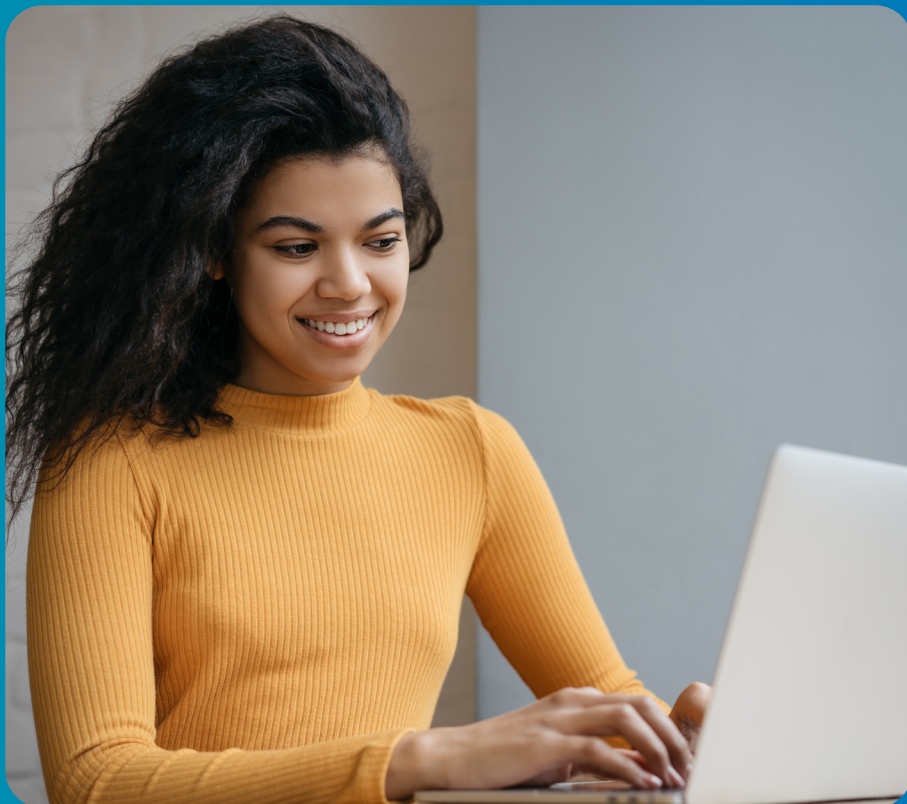




# FAQ

## Reembolso



## Dúvidas frequentes:

### 1) Posso solicitar o meu reembolso durante todo o mês?

Não, há um prazo definido para a abertura do protocolo de reembolso. O portal é aberto no 1º dia de cada mês e é fechado na noite do dia 25 de cada mês.

### 2) Qual a validade dos comprovantes de pagamento?

Os documentos fiscais apresentados possuem validade de 90 dias contados a partir de sua emissão.

### 3) Qual é o prazo de finalização da minha solicitação de reembolso?

O tempo de resposta do protocolo de reembolso é de 7 dias úteis, e o pagamento ocorre em até 30 dias após a data de abertura da solicitação.

### 4) Posso anexar quantos comprovantes fiscais por protocolo?

Para cada solicitação de reembolso, só é permitido anexar um único documento fiscal (recibo eletrônico receita saúde, nota ou cupom fiscal) por protocolo.

### 5) Como acesso os regulamentos vigentes de cada plano?

Os regulamentos vigentes de cada plano devem ser acessados através do site da Cemig Saúde ([cemigsaude.org.br](http://cemigsaude.org.br)), seguindo o passo: clique em “Nossos Planos” > selecione o seu plano: Premium, Clássico, Atenção Família ou Prosaúde integrado > Cobertura (clique aqui) > e após esse procedimento, é possível ter acesso ao regulamento do plano vigente.

## 6) Quais são os tipos de reembolso para o plano PSI (Pro-Saúde Integrado), conforme normas regulamentares?

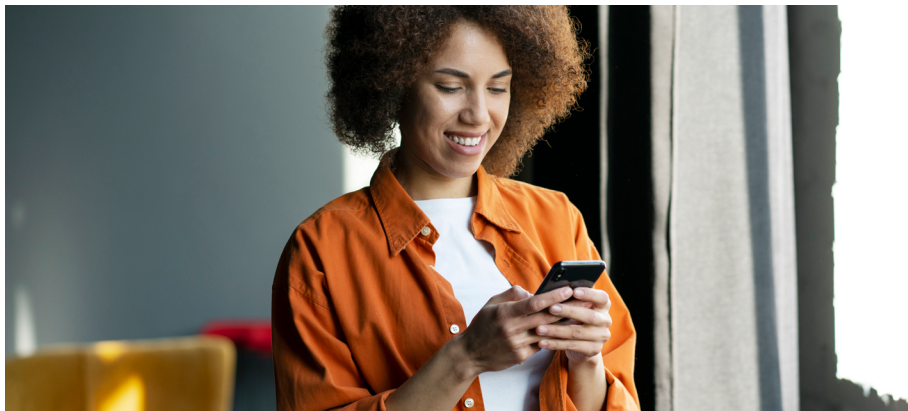
**PGE - Programa de Garantias Especiais:** medicamentos, tratamentos odontológicos, vacinas, fitas para glicemia, lentes para óculos, materiais para curativos, prótese auditiva, equipamentos auxiliares de cuidados terapêuticos, entre outros.

**PRAS** - Programa Referência de Assistência à Saúde: consultas, exames, terapias, procedimentos, atendimentos de urgência e emergência e internações fora da rede credenciada, remoção.

**FCAS:** fraldas, dietas enterais, BIPAP/CPAP, cadeira de banho, cadeira de rodas, cama hospitalar, prótese auditiva, entre outros.

## 7) Quais são os tipos de reembolso para o plano Premium, conforme normas regulamentares?

**PRAS** - Programa Referência de Assistência à Saúde (consultas, exames, terapias, procedimentos, atendimentos de urgência e emergência e internações fora da rede credenciada, remoção.)



### **8) Quais são os tipos de reembolso para os planos Clássico e Atenção Família, conforme normas regulamentares?**

Não há previsão de reembolso de despesas, com exceção de atendimentos de urgência e emergência fora da rede credenciada.

### **9) Qual é o processo para solicitação de reembolso via portal/app?**

Para acompanhar o passo a passo para abertura da solicitação, deve-se acessar o portal da Cemig Saúde ([cemigsaude.org.br/](http://cemigsaude.org.br/)) > clique em “Nossos Planos” > selecione o seu plano: Premium ou Prosaúde integrado > no final da tela em “outros serviços” > identifique a opção “solicitações de reembolso” > Sselecione “Clique aqui para acessar o passo a passo de como solicitar o reembolso” > e após esse já será possível consultar o documento.

## **PRAS PEQUENO RISCO:**

### **10) O que é o PRAS?**

O Programa Referência de Assistência à Saúde (PRAS), destina-se a cobrir despesas com assistência à saúde de seus beneficiários e dependentes regularmente inscritos, conforme disposições no regulamento do plano, que pode ser consultado pelos beneficiários, conforme o item 5.

### **11) Quais despesas são reembolsadas pelo grupo PRAS ?**

Este grupo cobre despesas com assistência à saúde fora da rede credenciada, como consultas, terapias, procedimentos e cirurgias, conforme valores de tabela e critérios do ROL ANS.

## **12) Onde localizo as tabelas vigentes de reembolso para pacotes (LPPP), procedimentos e exames (LPP), terapias (LPPT) e demais formulários?**

Para visualizar os documentos, acesse o site da Cemig Saúde ([cemigsaude.org.br](http://cemigsaude.org.br)) > “Nossos Planos” > selecione o plano ProSaúde Integrado ou Premium > Formulários de Adesão, Manuais, Regulamentos, Tabela de Valores, Listas de Procedimentos e Medicamentos.

Após esse processo, as tabelas estarão disponíveis para consulta.

## **13) Quais documentos são necessários para o reembolso de consultas?**

Para o reembolso de consultas é necessário o envio da nota fiscal, recibo eletrônico receita saúde.

Caso opte pelo envio de nota fiscal, o documento precisa conter CNPJ, dados do profissional com número do conselho e nome, dados do beneficiário e detalhamento da despesa.

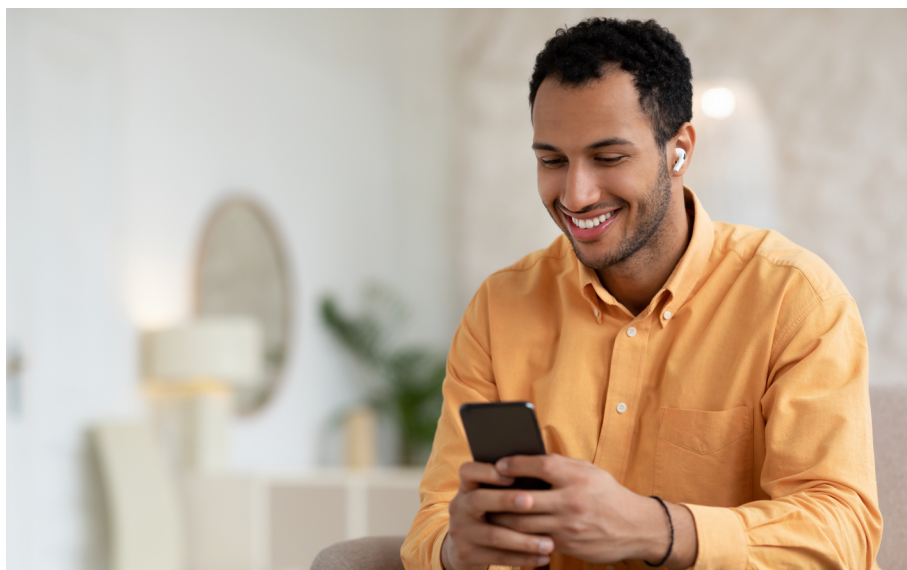
Para o envio do recibo eletrônico receita saúde, o documento precisa apresentar nome do beneficiário, data, dados do profissional com CPF, número do conselho e o nome, detalhamento da despesa, carimbo e assinatura, cidade e estado.

Caso opte pelo envio através da receita saúde, o documento precisa apresentar o nome do beneficiário, data, dados do profissional com número do conselho e o nome, além do detalhamento da despesa.

#### **14) Quais são os documentos necessários para o reembolso de terapias com Fonoaudiologia, Nutrição, Psicologia, Terapia Ocupacional e Fisioterapia?**

Para solicitar esse tipo de reembolso, o beneficiário deverá apresentar:

- Relatório médico assinado, contendo indicação clínica e número de consultas/sessões a serem realizadas para a terapia prescrita (o documento médico, pedido e/ou relatório, tem validade máxima de 180 dias).
- Nota Fiscal de Serviço Eletrônica (NFS-e), Nota Fiscal Eletrônica (NF-e) ou Cupom Fiscal Eletrônico (NFC-e), com chave de acesso (QR Code ou código de barras/código de verificação), ou recibo eletrônico receita saúde que incluam: nome do beneficiário, código do procedimento, se refere a sessão ou consulta, número de atendimentos/sessões realizadas com datas e valores detalhados, número de inscrição no Conselho Profissional válido e ativo, CNPJ ou CPF e data e assinatura.



### **15) Quais documentos são necessários para o reembolso de Terapias ABA (TEA)?**

Tratando-se da terapia ABA, que é o tratamento destinado a pacientes do Transtorno do Espectro Autista, é necessário o envio dos seguintes documentos:

- Relatório ou pedido médico assinado, contendo indicação clínica específica para o tipo de terapia aplicada e encaminhamento para sessões e tratamento.
- Notas fiscais (NFS-e, NF-e ou NFC-e) contendo chave de acesso (QR Code ou código de barras/código de verificação) ou recibo eletrônico receita saúde emitido pelo profissional com valores detalhados e discriminados. É necessário que o documento emitido apresente os dados do profissional que prestou o serviço (nome e número de inscrição no Conselho Profissional válido e ativo).

### **16) Quais documentos são necessários para o reembolso de exames?**

- Pedido ou relatório médico detalhado, com indicação clínica, nome do beneficiário, data, CRM ativo e assinatura do médico responsável;
- Notas fiscais (NFS-e, NF-e ou NFC-e), contendo chave de acesso (QR Code, código de barras ou código de verificação), com valores detalhados e discriminados.

### **17) Quais documentos devem ser enviados para reembolso de tomografias e ressonâncias odontológicas?**

Para o reembolso de tomografias dentais e ressonâncias vinculadas a tratamentos odontológicos, como por exemplo Ressonância Temporomandibular e Ressonância de Face, é

necessário:

- O pedido detalhado do dentista, com indicação clínica, nome do beneficiário, data, CRO ativo e assinatura do profissional responsável;
- Notas fiscais (NFS-e, NF-e ou NFC-e), contendo chave de acesso (QR Code, código de barras ou código de verificação), com valores detalhados e discriminados.

Esse tipo de exame é reembolsado conforme valores da Tabela LPP (Lista de Procedimentos e Preços), que pode ser consultada no portal, como descrito na pergunta 12.

### **18) Posso realizar um atendimento dentro da rede pagando particular e pedir reembolso?**

Não é passível de reembolso despesas realizadas na rede credenciada e contratada pelo plano, tampouco despesas negadas ou não autorizadas por não atenderem aos critérios do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS.

### **19) Quando o pagamento particular é plausível para reembolso?**

Quando o atendimento ou despesa não estiver previsto no contrato com o prestador e/ou não fizer parte da rede credenciada, ou seja, não for passível de autorização pelo plano, é devido o reembolso, observados os critérios estabelecidos no regulamento, nas tabelas internas e no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS.

## **20) Quais documentos necessários para o reembolso de adaptação de lentes?**

- Pedido médico detalhado, com indicação clínica, nome do beneficiário, data, CRM ativo e assinatura do médico responsável;
- Notas fiscais (NFS-e, NF-e ou NFC-e), contendo chave de acesso (QR Code, código de barras ou código de verificação), com valores detalhados e discriminados.

## **21) Posso solicitar reembolso de adaptação de lentes mais de uma vez?**

As despesas com teste e adaptação de lentes de contato são autorizadas pela Cemig Saúde com cobertura para realização uma única vez por beneficiário, em ambos os olhos.

## **22) O que é necessário para reembolso de DIU hormonal ou não hormonal?**

- Pedido médico indicando a necessidade de implantação e modelo do DIU, com nome do beneficiário, data, CRM ativo e assinatura do médico responsável;
- Relatório médico comprovando o procedimento de inserção do DIU, contendo dados do beneficiário, data, CRM ativo e assinatura do médico responsável.
- Nota(s) Fiscal(is) Eletrônica (NF-e) ou Cupom(ns) Fiscal(is) do Consumidor Eletrônica (NFC-e), que contenham chave de acesso com QRcode ou chave de acesso com código de barra ou o código de verificação com valores detalhados e discriminados.

## PRAS GRANDE RISCO:

### 23) Quais documentos são necessários para reembolso de procedimentos, cirurgias e Internações?

Os documentos obrigatórios para reembolso são:

- Pedido médico detalhado do procedimento contendo nome do beneficiário, data, CRM ativo e assinatura do médico responsável;
- Exames diagnósticos relacionados;
- Folha de sala cirúrgica e prontuário hospitalar, detalha do o procedimento, profissionais envolvidos, materiais, medicamentos e prontuário completo da internação;
- Orçamento ou conta hospitalar discriminando custos e quantidades e tipos de despesa. Exemplos: taxas hospitalares, medicamentos, honorários, com seus respectivos valores.
- Notas fiscais (NFS-e, NF-e ou NFC-e) com valores discriminados, assinatura, CRM/CPF ativo dos profissionais ou do estabelecimento responsável.

Nos casos de atendimento em prestador credenciado onde a despesa foi parcialmente paga de forma particular, é de responsabilidade do beneficiário providenciar toda a documentação necessária para análise de sua solicitação.

A Cemig Saúde poderá, a seu critério e a qualquer tempo, solicitar documentos adicionais que contribuam para a análise da auditoria técnica, sendo de obrigação dos beneficiários a colaborar com o esclarecimento de eventuais dúvidas.

## 24) Quais os critérios para reembolso de ambulância?

Para reembolso de Ambulância é necessário envio de:

- Pedido médico detalhado com justificativa do transporte, o tipo de ambulância, contendo nome do beneficiário, data, CRM ativo e assinatura do médico responsável;
- Notas fiscais (NFS-e, NF-e ou NFC-e) com valores discriminados, assinatura, CRM/CPF ativo dos profissionais ou do estabelecimento responsável;
- Documentação completar do prestador informando a data, dados beneficiários, quilometragem, distância percorrida, tipo de ambulância e quadro clínico do paciente para transporte.



## 25) Quais os documentos necessários para reembolso de tratamento de Dependência química pelo PRAS?

- Pedido médico detalhado com justificativa do tratamento, contendo nome do beneficiário, data, CRM ativo e assinatura do médico responsável;
- Notas fiscais (NFS-e, NF-e ou NFC-e) com valores discriminados, assinatura, CRM/CPF ativo dos profissionais ou do estabelecimento responsável;
- Documentação comprobatória para funcionamento do estabelecimento (alvarás, registro, vigilância sanitária etc.) com registro do responsável técnico.



## **26) Quais os critérios para reembolso de procedimento de Infiltração?**

Para a adequada avaliação do procedimento, solicitamos o envio dos seguintes documentos:

- Pedido médico com justificativa clínica contendo tempo de evolução da doença, ineficácia dos tratamentos anteriormente realizados e descrição da terapêutica instituída para o caso;
- Relatório médico detalhado do procedimento de infiltração incluindo descrição completa do ato cirúrgico/procedimento, resposta clínica do paciente ao tratamento, listagem das taxas hospitalares, medicamentos e honorários médicos, com seus respectivos valores, dados do beneficiário, data do procedimento, CRM ativo e assinatura do médico responsável.
- Exames complementares como Ressonância magnética, tomografia;
- Notas fiscais (NFS-e, NF-e ou NFC-e) com valores discriminados, assinatura, CRM/CPF ativo dos profissionais ou do estabelecimento responsável.

## **27) Quando é passível o reembolso para tratamento de inseminação artificial e fertilização in vitro?**

Os reembolsos serão contemplados apenas para titular e cônjuge inscritos no Prosaúde Integrado da Cemig (PSI), sendo procedimentos decorrentes de uma única tentativa de inseminação artificial (estimulação ovariana, preparo seminal e inseminação) ou fertilização in vitro (estimulação ovariana e indução da ovulação, punção folicular e coleta de

sêmen, fecundação, cultivo embrionário e transferência dos embriões) ou reversão contraceptiva (reversão da vasectomia ou reversão de laqueadura).

O reembolso do procedimento é pautado pela LPPP (Lista de Procedimentos e Preços por Pacotes) e os medicamentos para as fases prévias da inseminação artificial ou fertilização in vitro será coberto através do PRAS, conforme lista interna de medicamentos utilizados no tratamento de infertilidade.

O reembolso dos medicamentos utilizados durante o tratamento de FIV será processado mediante a apresentação dos documentos que comprovem a realização do procedimento.

A listagem dos medicamentos e procedimentos cobertos estão disponíveis no portal da Cemig saúde e podem ser consultados, como descrito na pergunta 12.

## **28) Quais documentos são necessários para reembolso de inseminação e fertilização in vitro para inscritos no PSI?**

Para o reembolso de inseminação e fertilização in vitro, serão necessários os seguintes documentos:

- Pedido médico com justificativa clínica, contendo patologias relacionadas, ineficácia dos tratamentos anteriormente realizados e descrição da terapêutica instituída para o caso;
- Relatório médico detalhado do procedimento, contendo as etapas e datas programadas da inseminação artificial (estimulação ovariana, preparo seminal e inseminação) ou da fertilização in vitro (estimulação ovariana e indução da ovulação, punção folicular e coleta de sêmen, fecundação, cultivo embrionário e transferência dos embriões);

- Em caso de medicamentos para uso domiciliar, deve ser enviada a prescrição médica contendo a indicação vinculada ao tratamento de inseminação ou fertilização, tipo do medicamento, dosagem a ser administrada, tempo de uso, nome do beneficiário, data, assinatura e CRM ativo do médico;
- Orçamento ou conta hospitalar, discriminando custos, quantidades e tipos de despesa. Exemplos: taxas hospitalares, medicamentos, honorários, com seus respectivos valores;
- Notas fiscais (NFS-e, NF-e ou NFC-e), com valores discriminados, assinatura, e CRM ou CPF ativo dos profissionais ou do estabelecimento responsável.

## **FCAS:**

### **29) O que é o FCAS?**

O Fundo Complementar de Assistência à Saúde (FCAS) foi criado para complementar o Prosaúde Integrado da Cemig (PSI) e conta com recursos financeiros próprios, sendo pautado exclusivamente pelas regras específicas dispostas em seu regulamento, que podem ser consultadas pelo beneficiário conforme descrito na pergunta 5.

### **30) Quais despesas são reembolsadas pelo programa FCAS?**

O grupo FCAS é destinado a cobrir gastos complementares do PSI, considerando análise de renda do titular, para despesas como dieta enteral, fraldas, os equipamentos: cadeiras de banho/rodas, BIPAP/CPAP, prótese auditiva e dependência química.

### **31) Quais critérios e documentos são necessários para reembolso de fralda?**

Para o reembolso de fraldas é necessário o relatório médico detalhado, justificando a necessidade de uso, com validade de 180 dias. Além disso, é exigido o envio de notas ou cupons fiscais (NFS-e, NF-e ou NFC-e) com valores discriminados.

É necessário reunir os comprovantes das compras realizadas dentro do mesmo mês e apresentar apenas um protocolo de reembolso, respeitando o prazo de 180 dias a contar da data de emissão do comprovante fiscal.

O beneficiário será elegível ao reembolso quando o total da despesa com consumo mensal comprometer mais de 7% (sete por cento) da renda mensal do titular do plano. O reembolso das fraldas está limitado ao valor mensal de R\$419,03.

O benefício será concedido uma única vez por mês. Absorventes geriátricos não são cobertos.



### **32) Quais critérios e documentos são necessários para reembolso de dieta enteral para uso em sondas?**

Para o reembolso de dieta enteral para uso em sondas é necessário:

- O envio de relatório médico detalhado, justificando a necessidade de uso e a via de administração da dieta, com validade de 90 dias.
- Notas ou cupons fiscais (NFS-e, NF-e ou NFC-e), com valores discriminados.
- Necessário reunir os comprovantes das compras realizadas dentro do mesmo mês e apresentar apenas um protocolo de reembolso. Respeitando o prazo de 180 dias a contar da data de emissão do comprovante fiscal.

O beneficiário será elegível ao reembolso quando o total da despesa com consumo mensal comprometer mais de 7% (sete por cento) da renda mensal do titular do plano.

O reembolso está condicionado a 60% do valor somado das dietas adquiridas no mês, não podendo exceder 50% do teto anual do PGE.

Serão reembolsadas dietas enterais. Dietas orais e suplementos não são passíveis de reembolso, sendo limitado o reembolso a 30 frascos e 30 equipos por mês.

### **33) Posso juntar os comprovantes fiscais da dieta enteral e fralda para fazer uma única solicitação?**

Sim, você pode reunir os comprovantes das compras realizadas no mesmo mês e enviá-los em um único protocolo de reembolso, desde que seja respeitado o prazo de 180 dias a

partir da data de emissão de cada comprovante fiscal. Vale destacar que o beneficiário só estará elegível ao reembolso quando o total das despesas mensais com esses itens ultrapassar 7% (sete por cento) da renda mensal do titular do plano.

### **34) Quais critérios e documentos são necessários para reembolso de aquisição de CPAP/BIPAP?**

Para o reembolso referente a aquisição de CPAP e BIPAP são necessários o envio dos seguintes documentos:

- Relatório médico detalhado com indicação de uso do aparelho, relatório de adaptação, resultado da polissonografia e titulação (realizada sob o uso do aparelho e comprova a efetividade de utilização) e comprovante de compra.
- Notas ou cupons fiscais (NFS-e, NF-e ou NFC-e) com valores discriminados da aquisição do aparelho e seus itens.
- Período de troca: 18 meses para máscaras, 3 anos para umidificador e base aquecida.

O reembolso do CPAP está limitado à 60% do valor da tabela, não ultrapassando 1 (um) teto.

BIPAP está limitado à 90% do valor da tabela, não ultrapassando 3 vezes o valor teto.

O beneficiário será elegível ao reembolso se um doze avos do valor total da despesa (aparelho e máscara) pela tabela vigente for superior a 5% (cinco por cento) da renda mensal do titular.

### **35) Quais critérios e documentos são necessários para reembolso de locação de CPAP/BIPAP?**

Para o reembolso referente a locação de CPAP e BIPAP são necessários o envio dos seguintes documentos:

- Relatório médico detalhado com indicação de uso do aparelho e resultado da polissonografia;
- Notas ou cupons fiscais (NFS-e, NF-e ou NFC-e) com valores discriminados da locação.

O reembolso de locação está limitado a 1 vez ao ano.

### **36) Quais os critérios e documentos necessários para o reembolso de Prótese auditiva?**

Para o reembolso da prótese auditiva são necessários os seguintes documentos:

- Relatório médico com indicação de uso
- Resultado da audiometria
- Notas ou cupons fiscais (NFS-e, NF-e ou NFC-e) com valores discriminados da compra;

O beneficiário será elegível ao reembolso se 1/12 (um doze avos) do valor total da despesa, conforme a tabela vigente, comprometer 7% (sete por cento) ou mais da renda mensal do titular.

O reembolso estará limitado ao valor de dois tetos, e o item poderá ser reembolsado a cada 3 anos.

### 37) Quais critérios e documentos são necessários para o reembolso de cadeira de banho ou cadeira de rodas?

Para o reembolso dos equipamentos de cadeira de banho e cadeira de rodas é necessário o envio dos seguintes documentos:

- Relatório médico detalhado com indicação de uso;
- 3 (três) orçamentos com discriminação dos equipamentos e valores;
- Notas ou cupons fiscais (NFS-e, NF-e ou NFC-e) com valores discriminados da compra;

O beneficiário será elegível ao reembolso se 1/12 (um doze avos) do valor total da despesa, conforme a tabela vigente, comprometer 7% (sete por cento) ou mais da renda mensal do titular, e o valor reembolsado não pode exceder 50% (cinquenta por cento) do valor do teto.



### **38) Quais critérios e documentos são necessários para o reembolso de cama hospitalar?**

Para o reembolso da cama hospitalar é necessário o envio dos seguintes documentos:

- Relatório médico detalhado com indicação de uso;
- Três orçamentos com discriminação dos equipamentos e valores;
- Notas ou cupons fiscais (NFS-e, NF-e ou NFC-e) com valores discriminados da compra;

O FCAS reembolsará 90% (noventa por cento) do valor gasto com aquisição ou aluguel de cama hospitalar com acionamento manual do tipo manivela, com ou sem escada;

O valor reembolsado com aquisição ou aluguel não poderá exceder a 01 (um) teto anual do PGE para cama hospitalar; Não haverá cobertura de gastos com manutenção ou ajuste de equipamento.

Um novo pedido de reembolso pelo mesmo beneficiário deverá respeitar um intervalo mínimo de 05 (cinco) anos.

### **39) Quais os critérios e documentos são necessários para o reembolso de aspirador de secreções e nebulizador a jato?**

Para o reembolso do aspirador de secreções e nebulizador a jato, é necessário o envio dos seguintes documentos:

- Relatório médico detalhado com indicação de uso;
- 3 (três) orçamentos com discriminação dos equipamentos e valores;

- Notas ou cupons fiscais (NFS-e, NF-e ou NFC-e) com valores discriminados da compra;

O valor reembolsado com aquisição ou aluguel não poderá exceder 25% (vinte e cinco por cento) do teto anual do PGE;

Um novo pedido de reembolso pelo mesmo beneficiário deverá respeitar um intervalo mínimo de 03 (três) anos.

## **PGE:**

### **40) O que é o PGE?**

Programa de Garantias Especiais (PGE), destina-se a cobrir parcialmente despesas relacionadas à assistência à saúde de seus beneficiários e dependentes do plano PSI.

O seu regulamento pode ser consultado conforme passo a passo citado no item 5.

### **41) Quais despesas são reembolsadas pelo PGE?**

São reembolsadas despesas com medicamentos, tratamentos odontológicos, lentes para óculos, vacinas e materiais auxiliares para cuidados terapêuticos, seguindo as regras regulamentares que podem ser consultadas conforme passo a passo citado no item 5.

### **42) Como saber se o medicamento que adquiri é reembolsado pela Cemig Saúde?**

Somente serão reembolsados os medicamentos que estejam na LRM (Lista referencial de medicamentos vigente).

O reembolso dos medicamentos será de acordo com a clas-

sificação prioritária disponível, com preferência para medicamentos genéricos e similares, consecutivamente. Somente para casos de inexistência/indisponibilidade comprovada das versões genérica e/ou similar, os medicamentos de referência serão incluídos na LRM e reembolsados via PGE.

#### **43) Como consultar a LRM vigente e a lista de medicamentos excluídos?**

Para visualizar a listagem, acesse o site da Cemig Saúde ([cemigsaude.org.br](http://cemigsaude.org.br)) > Nossos planos > selecione o plano ProSaúde Integrado > Formulários de adesão, manuais, regulamentos, tabela de valores, listas de procedimentos e medicamentos.

Após esse processo, selecione a opção:  
“Lista Referencial de Medicamentos - Vigente” ou “Lista Referencial de Medicamentos - Excluídos.”

#### **44) Quando a Lista Referencial de Medicamentos da Cemig Saúde é atualizada?**

A Lista Referencial de Medicamentos (LRM) é atualizada semestralmente, nos meses de janeiro e julho de cada ano.

#### **45) Quais são os documentos necessários para a solicitação de reembolso de medicamentos?**

Para a solicitação de reembolso para os medicamentos, são necessários os seguintes documentos:

- Nota e/ou cupom fiscal
- Receita médica contendo a medicação com denominação, dosagem, nome do beneficiário, data, CRM ativo e

assinatura do médico responsável.

Importante destacar que, em alguns casos, pode ser solicitado o relatório médico que justifique o uso do medicamento, com a indicação da patologia e do tratamento.

#### **46) Quais tipos de comprovantes fiscais serão aceitos para reembolso de medicamentos?**

Nota(s) Fiscal(is) Eletrônica (NF-e) ou Cupom(ns) Fiscal(is) do Consumidor Eletrônica (NFC-e), que contenham chave de acesso com QRcode ou chave de acesso com código de barra ou o código de verificação, devidamente discriminado(s) e com valores detalhados e individualizados;

Nos comprovantes deve discriminar de forma clara a forma de pagamento, não sendo aceitas discriminações como: convênio, outros, bônus, crédito de troca ou crediário.



#### **47) Quais drogarias são conveniadas a Cemig Saúde?**

Para verificar a relação de drogarias conveniadas, acesse o portal da Cemig Saúde ([cemigsaude.org.br](http://cemigsaude.org.br)) > clique no ícone Rede Credenciada > no fim da página, em Farmácias Conveniadas, é possível consultar a relação atualizada.

#### **48) Posso pedir reembolso de medicamentos adquiridos em drogarias conveniadas?**

Sim, os medicamentos adquiridos nas farmácias conveniadas serão reembolsados desde que não sejam adquiridos via benefício convênio. São válidas as solicitações de reembolso apenas para as notas ou cupons fiscais que contenham a descrição da forma de pagamento: PIX, dinheiro, cartão de crédito ou débito.

#### **49) Qual o cálculo utilizado para o reembolso de medicamentos?**

Serão pagos 80% (oitenta por cento) do valor da compra do medicamento, desde que o valor da compra esteja dentro do limite estabelecido pela Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED). Para as compras acima do valor de referência da CMED, o reembolso será de 80% (oitenta por cento) do valor desta tabela.

Para consultar a tabela CMED vigente, deve acessar o portal da Cemig Saúde, através do link [cemigsaude.org.br/medicamentos](http://cemigsaude.org.br/medicamentos) > Consulta de preços pela CMED.

### **50) Quais os critérios para análise da validade das receitas médicas?**

Serão cobertos pela Cemig Saúde apenas os medicamentos adquiridos em conformidade com as normas vigentes da ANVISA e demais legislações sanitárias que regulamentam a validade das receitas e a compra e venda de medicamentos. A seguir, apresentamos um informativo que poderá auxiliá-lo(a) no controle de validade das suas receitas:

- Receitas Antimicrobianos: validade de 10 (dez) dias;
- Receita Simples: 30 (trinta) dias;
- Medicamento de controle especial: 30 (trinta) dias, com dispensação na quantidade suficiente para até 60 (sessenta) dias de tratamento;
- Receita de uso contínuo: 180 (cento e oitenta) dias, com dispensação na quantidade suficiente para até 90 (noventa) dias de tratamento;

### **51) Há cobertura para medicamentos manipulados?**

Não, não existe cobertura para medicamentos manipulados pela Cemig Saúde.

### **52) Há possibilidade de reembolso de medicamentos referência em casos de reações adversas pelo genérico?**

Para a solicitação de troca para medicamento de referência devido a reações adversas ou ineficiência terapêutica das formulações genéricas/similares disponíveis, o médico prescriptor deverá realizar uma notificação junto à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e anexar uma cópia desta notificação juntamente ao formulário de Solicitação de

Troca Para Medicamento de Referência, disponível no Portal da Cemig Saúde conforme passo a passo citado no item 12. O formulário deve estar devidamente preenchido, assinado e carimbado. Em seguida, os documentos devem ser encaminhados para análise técnica da Operadora através dos canais de relacionamento. Caso a Cemig Saúde aprove a solicitação de troca, em todas as novas solicitações de reembolso deste medicamento, devem ser enviados os documentos relacionados a sua aprovação.

### **53) Medicamentos prescritos para emagrecimento e obesidade possuem cobertura?**

Não, não reembolsamos medicamentos para emagrecimento e obesidade, apenas para tratamento de Diabetes Mellitus.

A relação de todos os medicamentos reembolsados fica disponível no portal da Cemig Saúde e podem ser consultados na LRM (Lista Referencial de Medicamentos) conforme passo a passo citado no item 43.

O beneficiário deve solicitar ao médico especialista (endocrinologista) a emissão de um relatório incluindo o histórico da patologia, justificando o difícil controle da Diabetes Mellitus com outros medicamentos, além de anexar exames laboratoriais que comprovem a condição, bem como os medicamentos já utilizados sem a eficácia esperada. Importante destacar que em alguns casos pode ser solicitado o relatório médico que justifique o uso medicamento, com a indicação da patologia e tratamento.

#### **54) Minha prescrição indica o uso de medicamento composto por duas substâncias, posso adquiri-las de forma separada?**

Não, não aceitamos aquisições de medicamentos que divergem da denominação, dosagem e apresentação da prescrição médica. Exemplo: Prescrito o RUNNER EZE que é composto pelas substâncias EZETIMIBA + ROSUVASTATINA. A compra das substâncias em versões separadas, ou seja, uma caixa de comprimidos de ezetimiba e uma caixa de comprimidos de rosuvastatina, não será passível de reembolso. O medicamento deve corresponder exatamente à formulação prescrita pelo médico. Não serão reembolsadas compras de substâncias isoladas (caixa de cada componente) quando a prescrição indicar fórmula composta (dois componentes na mesma apresentação).

#### **55) Quais são os critérios para uso do Teto adicional?**

O beneficiário do plano PSI, portador de uma ou mais doenças entre as relacionadas no regulamento, terá direito a um teto anual adicional, para cobertura das despesas com medicamentos destinados ao tratamento dessa doença, nos mesmos percentuais e condições estabelecidos no PGE.

As doenças crônicas estão descritas no artigo 75 do regulamento do Prosaúde Integrado, disponível para consulta conforme passo a passo citado no item 5.

#### **56) Caso os medicamentos cadastrados no teto adicional sejam excluídos da Lista Referencial de Medicamentos, eles continuam passíveis de reembolso?**

Não. Conforme exposto no regulamento, os medicamentos cobertos deverão constar na Lista Referencial de Medica-

mentos (LRM) da Cemig Saúde, no momento do cadastro do teto adicional, na data de cada compra e solicitação de reembolso.

Ainda que o medicamento esteja cadastrado no teto adicional, sua exclusão da LRM impede o reembolso.

### **57) Quais informações são relevantes para o reembolso dos tratamentos odontológicos?**

Os tratamentos odontológicos podem ser reembolsados em 50% (cinquenta por cento) do valor gasto pelo beneficiário, desde que ele não esteja ativo no POD (Plano odontológico) e tenha limite disponível no teto do PGE.

### **58) Quais documentos são necessários para reembolso de tratamento odontológico?**

O reembolso de despesas odontológicas está sujeito à entrega da cópia dos seguintes documentos:

- Relatório do profissional assinado, devidamente discriminado, contendo indicação clínica do procedimento e/ou exames odontológicos, orçamento das despesas, nome do beneficiário, data, assinatura, número do conselho profissional, descrição e código TUSS da ANS correspondente as despesas realizadas;
- Nota(s) Fiscal(is) de Serviço Eletrônica (NFS-e), Nota(s) Fiscal(is) Eletrônica (NF-e) ou Cupom(ns) Fiscal(is) do Consumidor Eletrônico (NFC-e), contendo chave de acesso com QR Code, código de barras ou código de verificação, ou ainda, recibo eletrônico receita saúde. Ambos os documentos devem apresentar a data do atendimento e da emissão, nome do beneficiário, descrição e/ou código

TUSS da ANS com a discriminação detalhada dos serviços prestados e valores pagos, além do nome, CPF e número de inscrição no conselho profissional válido e ativo, e/ou CNPJ do estabelecimento onde o procedimento foi realizado, com a discriminação dos valores detalhados.

- Guia e/ou Pedido do profissional assinado contendo o código e discriminação do procedimento e/ou exames odontológicos, nome do beneficiário, data, assinatura, número do conselho profissional;
- Exames complementares de diagnóstico, bem como serviços auxiliares, destinados a complementar o pedido do profissional.

Os valores discriminados no orçamento e documentos enviados devem ser idênticos ao comprovante fiscal apresentado, caso contrário, é necessário enviar documentação complementar que detalhe os custos de cada item, incluindo parcelamento e eventuais descontos.

### **59) Beneficiários inscritos no Plano Odontológico (POD) podem pedir reembolso?**

Para os beneficiários do plano PSI, inscritos no POD, o reembolso deve ser solicitado à OdontoPrev.

Caso ocorra negativa por parte do plano odontológico, a Cemig Saúde reembolsará 50% do valor efetivamente gasto com consultas, tratamentos e radiografias odontológicas (apenas RX), conforme previsto no regulamento do Prosaúde Integrado disponível para consulta de acordo com o item 5.

## 60) Consigo receber o reembolso de vacinas?

Serão reembolsadas em 50% (cinquenta por cento) do valor gasto pelo beneficiário, apenas as vacinas que não estejam disponíveis no calendário de vacinação do Sus.

O calendário de vacinação do SUS pode ser consultado através do link: <https://www.gov.br/saude-de-a-a-z-1/pt-br/vacinacao/calendario>

## 61) Quais são os documentos necessários para reembolso de vacinas?

Para o reembolso de vacinas são necessários os seguintes documentos:

- Receita e relatório médico detalhado, com indicação clínica, nome do beneficiário, data, CRM ativo e assinatura do médico responsável;
- Notas fiscais (NFS-e, NF-e ou NFC-e) contendo chave de acesso (QR Code ou código de barras/código de verificação), com valores detalhados e discriminados;

Caso seja aplicada uma vacina constante no calendário do SUS, mas fora da faixa etária ou indicação padrão, encaminhe um relatório médico detalhado justificando a necessidade da aplicação, para análise pela auditoria médica da Cemig Saúde.



### **62) Quais os critérios para o reembolso de imunoterapias?**

As sessões de imunoterapia serão reembolsadas pelo PRAS conforme a Lista de Procedimentos e preços (LPP). O beneficiário deve anexar na solicitação de reembolso:

- A receita ou pedido médico
- Nota fiscal ou recibo eletrônico receita saúde
- Relatório médico indicando aplicação da dose fracionada no ambulatório com discriminação da sessão.
- Nos casos de compra do frasco, o reembolso é pelo PGE em 50% do valor gasto, mediante a apresentação da nota fiscal e pedido médico que indique compra do frasco do antígeno para ser administrado em domicílio.

### **63) O que devo saber sobre o reembolso das lentes para óculos?**

As lentes de grau para óculos serão reembolsadas em 50% (cinquenta por cento) do valor gasto pelo beneficiário. O reembolso está limitado a 1 (um) par por beneficiário a cada 12 (doze) meses, contados da data de emissão do comprovante de pagamento apresentado na última solicitação de reembolso. para ser administrado em domicílio.

### **64) Quais as documentações necessárias para reembolso de lente para óculos?**

Para as solicitações de reembolso de lente para óculos, são necessários os seguintes documentos:

- Receita médica válida por um ano, contendo prescrição

do grau, nome do beneficiário, data, CRM ativo e assinatura do médico responsável;

- Nota(s) Fiscal(is) Eletrônica (NF-e) ou Cupom(ns) Fiscal(is) do Consumidor Eletrônica (NFC-e), que contenham chave de acesso com QRcode ou chave de acesso com código de barra ou o código de verificação, devidamente discriminado(s) e com valores detalhados e individualizados;
- No caso de lentes de grau escuras, o estabelecimento em que a compra foi realizada deverá discriminar na nota fiscal ou em papel timbrado, confirmando que são lentes de grau.

Não serão reembolsados tratamentos realizados na lente, armações ou lentes de contato.

### **65) É possível o reembolso de protetor solar?**

O filtro solar será reembolsado mediante apresentação de relatório médico que indique alguma das doenças listadas do artigo 72 do regulamento do Prosaúde Integrado, disponível para consulta conforme passo a passo citado no item 5.

### **66) Quais os documentos necessários para reembolso de protetor solar?**

Para o reembolso de protetor solar, são necessários os seguintes documentos:

- Prescrição médica válida por um ano, que deve conter justificativa de uso, bem como nome do beneficiário, data, CRM ativo e assinatura do médico responsável;
- Nota(s) Fiscal(is) Eletrônica (NF-e) ou Cupom(ns) Fiscal(is) do Consumidor Eletrônica (NFC-e), que contenham chave

de acesso com QRcode ou chave de acesso com código de barra ou o código de verificação com valores detalhados e discriminados.

## **RN 566:**

### **67) O que devo fazer para obter reembolso com base na Resolução Normativa (RN 566)?**

Caso não haja prestador disponível na rede credenciada dentro da área de abrangência do seu plano, o beneficiário deverá entrar em contato previamente com a Cemig Saúde, através dos nossos canais oficiais de atendimento, como Chat e Fale Conosco, disponíveis no portal do credenciado ([www.cemigsaude.org.br](http://www.cemigsaude.org.br)), ou pelo 0800 030 9009, informando a dificuldade para agendar consulta ou procedimento na cidade demandada. A operadora, então, será responsável por localizar um prestador apto a realizar o atendimento.

De acordo com a RN 566/2022, o beneficiário tem direito ao reembolso integral, descontando a coparticipação das despesas médicas.

### **68) Quais despesas são cobertas pela RN 566?**

Além dos serviços médicos como consultas, terapias, procedimentos, exames e atendimentos hospitalares, serão reembolsados os custos de locomoção, alimentação e hospedagem, desde que sejam previamente analisados e autorizados pela Cemig Saúde.

### **69) Como é realizado a avaliação das despesas para reembolso via RN566?**

Abaixo detalhamos a avaliação de acordo com cada tipo de despesa:

- **Abastecimento:** o reembolso do combustível será limitado ao valor do ônibus rodoviário convencional.
- **Alimentação:** Nos casos em que há previsão de reembolso de despesas com alimentação, o valor limite para reembolso é de R\$28,00 (dentro do estado) por refeição, limitado a 2 (duas) refeições por pessoa. E R\$45,00 por refeição (fora do estado).
- **Hospedagem:** Nos casos em que há previsão de reembolso para hospedagem, o valor será informado na autorização. A autorização para hospedagem está condicionada a viagens com duração superior a cinco (5) horas por deslocamento.
- **Passagem:** Nos casos em que há previsão de transporte, se o deslocamento for por meio de ônibus rodoviário, o beneficiário também terá direito ao táxi, relacionado ao trajeto. É necessário apresentar recibo com a descrição do trajeto e assinatura do taxista.

## **70) Quando as despesas do acompanhante são cobertas pela RN 566?**

A operadora é obrigada a cobrir as despesas de um acompanhante de pacientes menores de 18 anos, idosos a partir de 60 anos de idade e pessoas com deficiência.

## **71) Qual a documentação necessária para obter o reembolso de despesas via RN 566?**

Deve ser anexado em cada protocolo de reembolso, a cópia da autorização e o comprovante fiscal da despesa conforme dados e orientações contidas no corpo do texto de autorização. Ressaltamos que é imprescindível que as informações do documento fiscal enviado correspondam com a autorização. Exemplos: datas, profissional e/ou prestador do serviço e valor.

## Canais de Atendimento:

**Chat Online**, disponível de segunda a sexta-feira,  
das 8h às 17h, no site [www.cemigsaude.org.br](http://www.cemigsaude.org.br).

**Fale conosco** na sua área do credenciado.

**Central de Relacionamento:** 0800 030 9009 - Siga  
a Cemig Saúde nas redes sociais: @cemigsaude

