



**PASSO A  
PASSO  
SOLICITAÇÃO  
REEMBOLSO**



## PLANO PSI

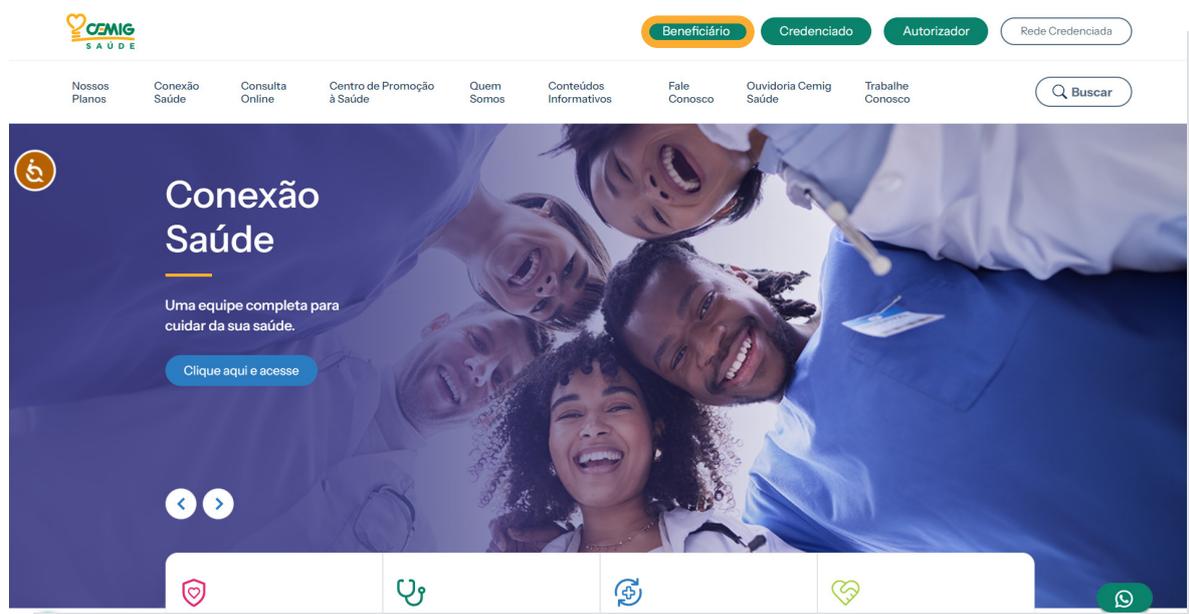
O plano Prosaúde Integrado (PSI) da Cemig Saúde, disponibiliza as modalidades de reembolso conforme os grupos:

- **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](http://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 Carteirainha ou CPF para iniciar o acesso.

Informe sua Carteirainha 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**

**Solicitação e Histórico de Reembolso**

(NOVO) Exames e Consentimentos

Chatbot

Consultas Online

Extratos e Declarações

2ª Via de Boletos

Conexão Saúde Virtual

Renove suas receitas com facilidade!

Agendamento de Consultas

Notícias e informações

Guia de Rede Credenciada

Atualização Cadastral

Canais de Relacionamento

ANS - Nº 417505

Em seguida, clique em “Meus reembolsos”:

Solicitação e Histórico de Reembolso

Meus Reembolsos

Histórico anterior a 27/05/2024

ANS - Nº 417505

Clique em “Nova solicitação”:

Solicitação de Reembolso - v2

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 eletrônico receita saúde) – 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**

**Seu reembolso é FCAS?**  
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

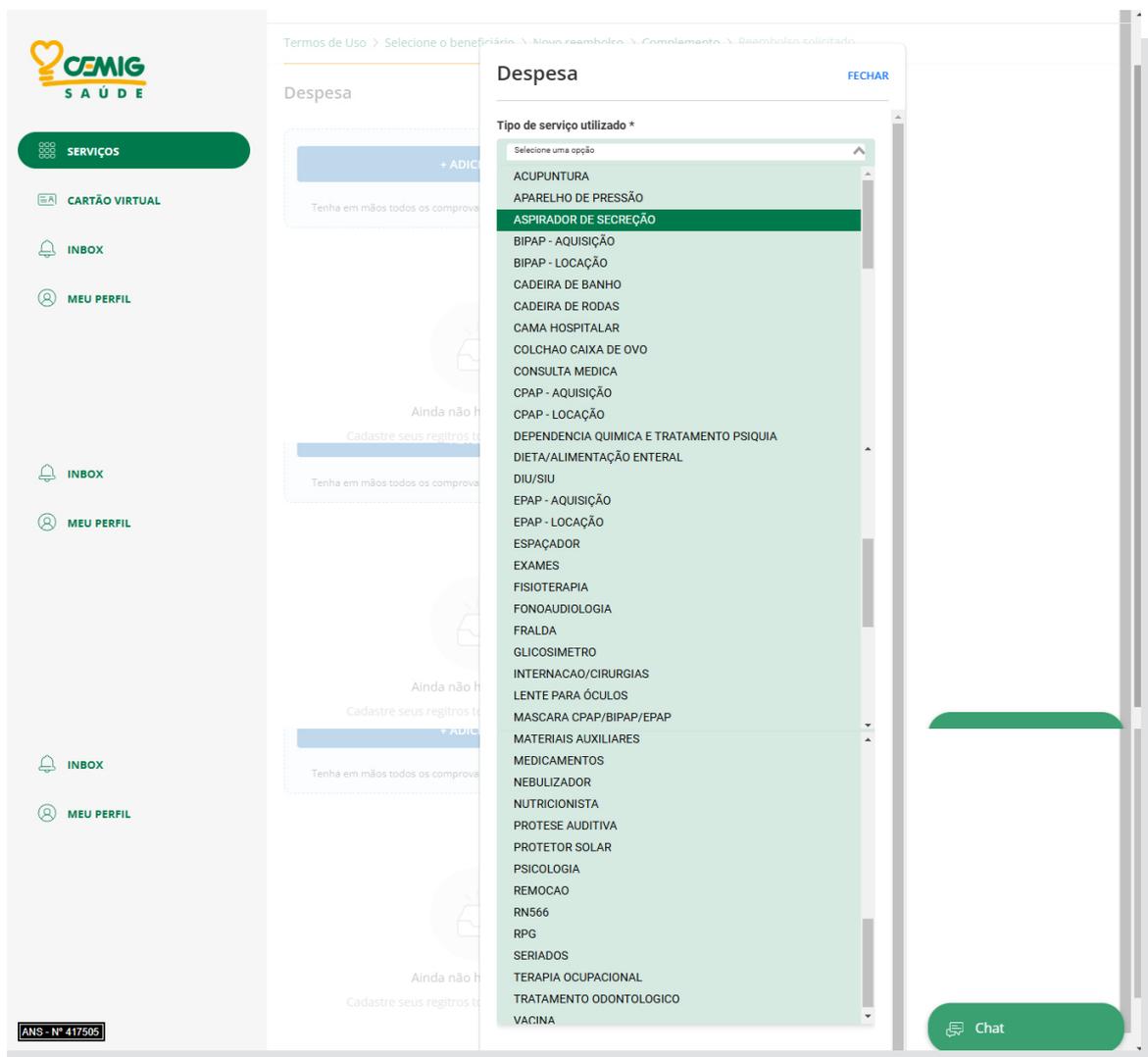
Chat

**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:

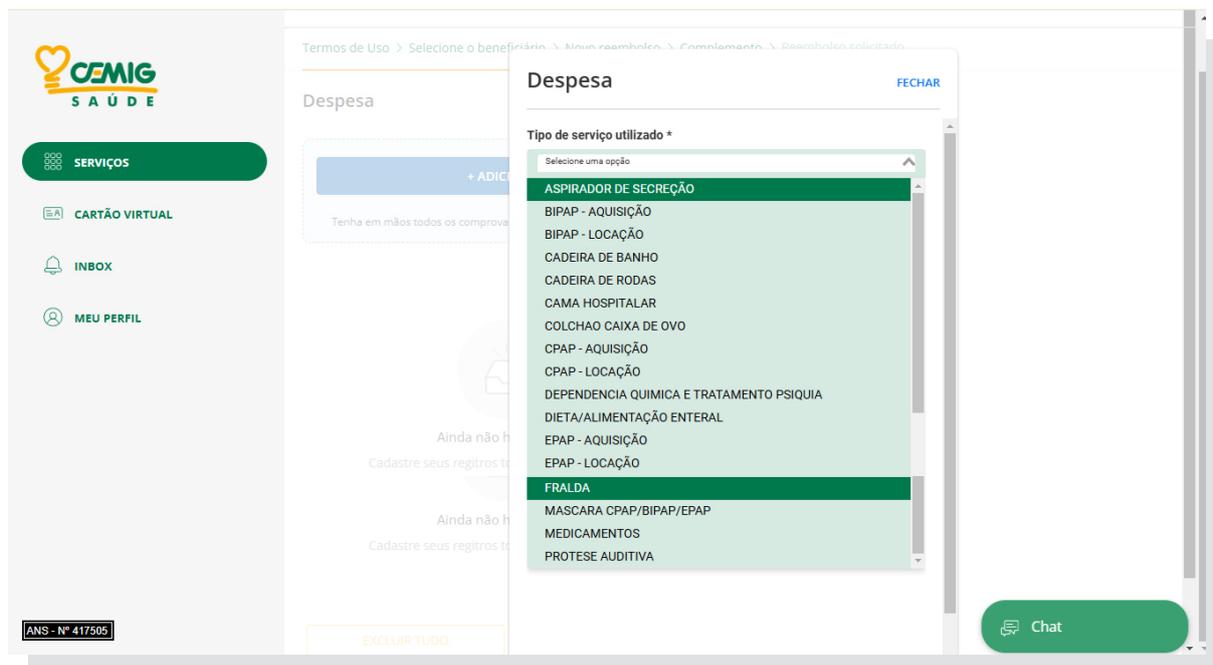
- Seu reembolso é FCAS? Não
- Seu reembolso é de teto adicional? Não
- Possui receita cadastrada? Não

**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:

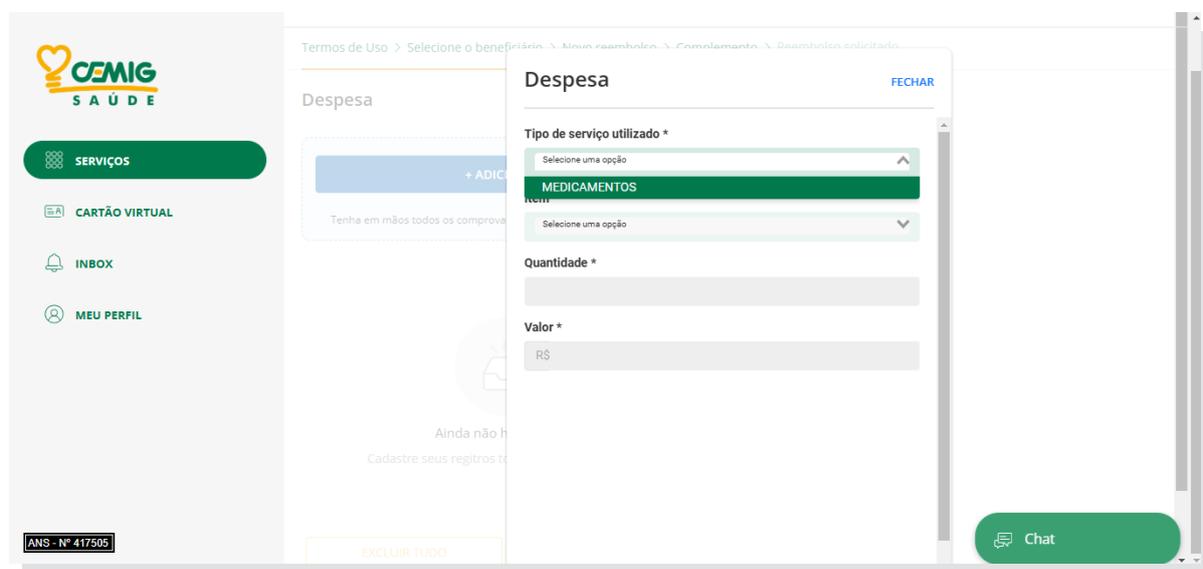
- Seu reembolso é FCAS? **SIM**
- Seu reembolso é de teto adicional? **Não**
- Possui receita cadastrada? **Não**



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.

- 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 > Anos reembolso > Complementar > 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 \*

Número do conselho \*

Nome do Profissional \*

Data da receita

dd/mm/aaaa

ANS - Nº 417505

Chat

Termos de Uso > Selecione o beneficiário > Anos reembolso > Complementar > Reembolso solicitado

**Despesa** FECHAR

Item \*

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

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

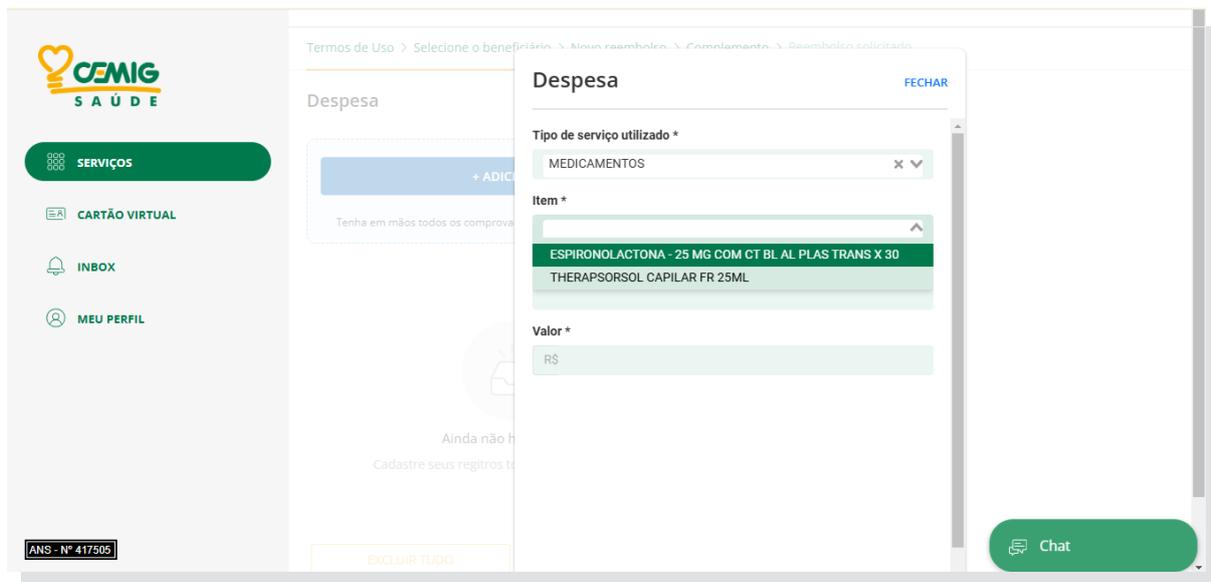
Quantidade \*

Valor \*

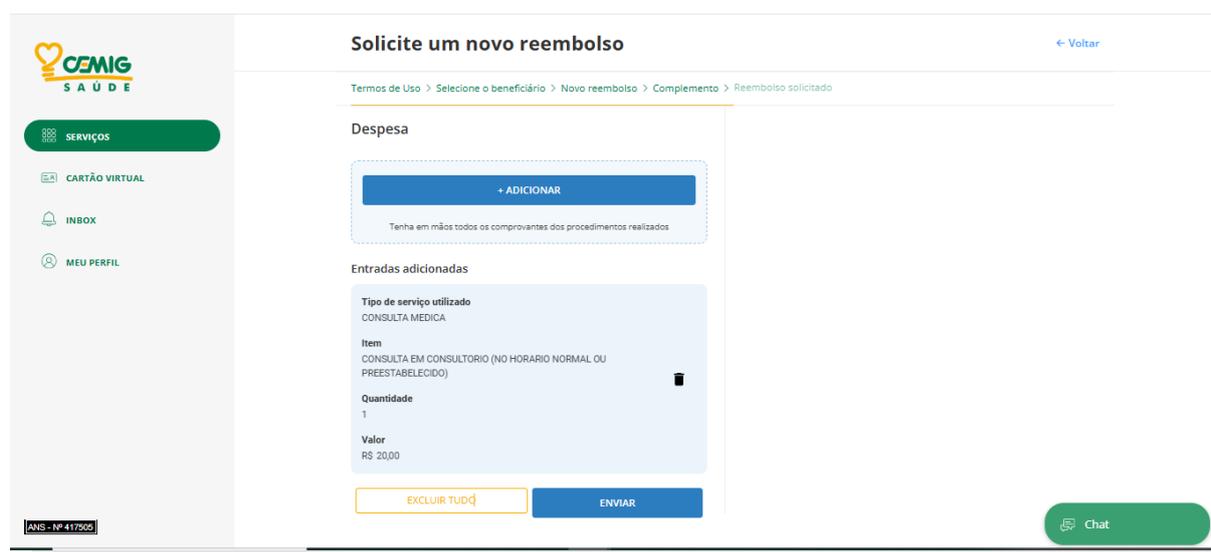
R\$

**EXCLUIR TUDO**

Chat

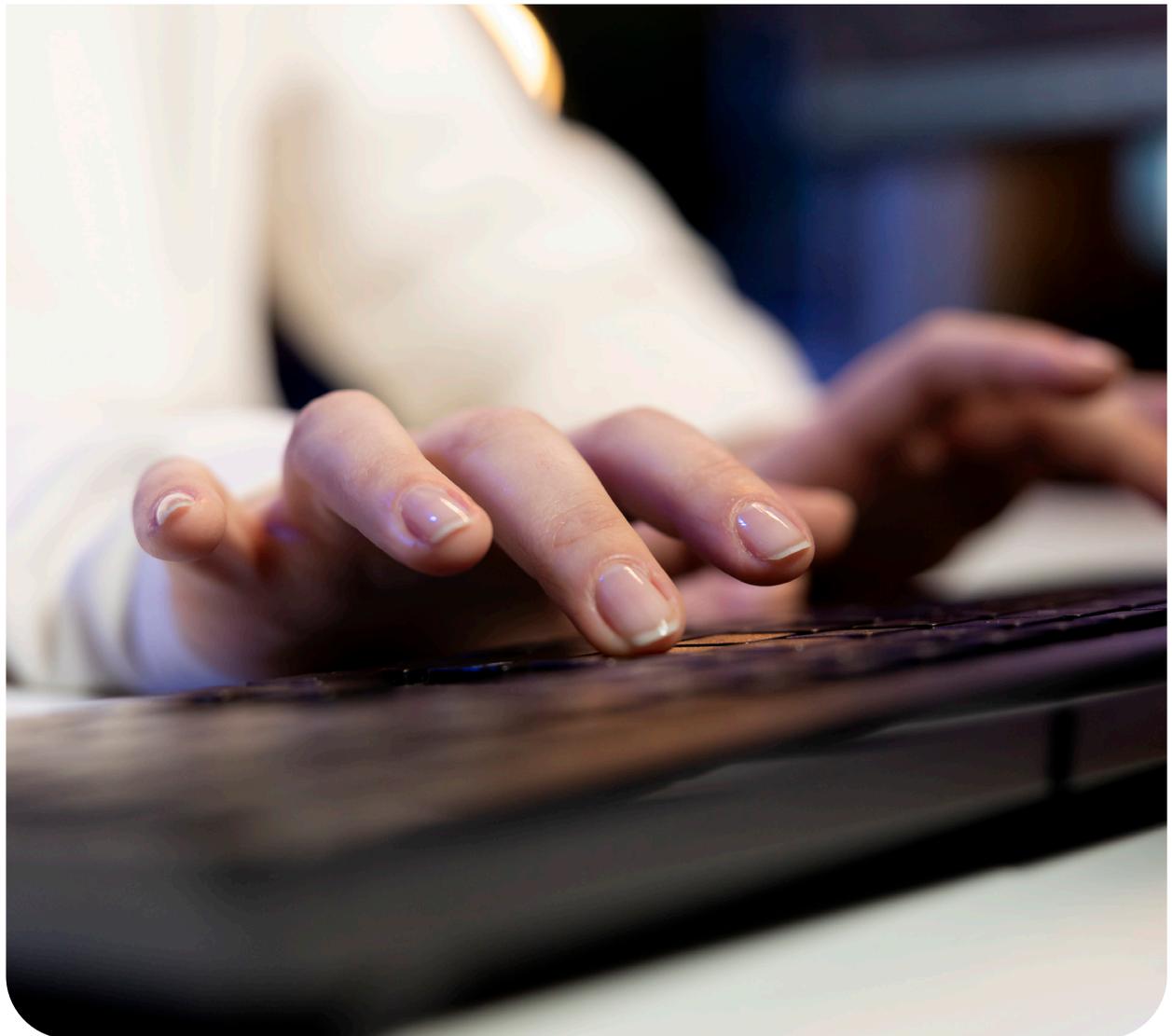


Após o preenchimento da despesa será apresentada a tela abaixo **“Entradas adicionadas”** e para finalizar e gerar o protocolo de reembolso, será necessário clicar em **“Enviar”**:



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 left, a sidebar contains the CEMIG SAÚDE logo and navigation options: SERVIÇOS, CARTÃO VIRTUAL, INBOX, and MEU PERFIL. The main content area features a 'Nova solicitação' button and a 'Histórico' button. A card for 'PREMIUM APARTAMENTO' (contract: 0940001) shows a 'Reembolso solicitado' status with a protocol number of 4175052024. A 'CONCLUÍDO' button is visible at the bottom of the card. A 'Chat' button is located in the bottom right corner. The ANS number 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](http://www.cemigsaude.org.br)