FAQ
Reembolso

CEMIG SAÚDE

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 1° 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), seguindo o passo: clique em “Nossos Planos” > selecione o seu plano: Vital, Master, 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 os planos Premium, Master e Vital, conforme as 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 ssolicitação, deve-se acessar o portal da Cemig Saúde (cemigsaude.org.br/) > clique em “Nossos Planos” > selecione o seu plano: Vital, Master, 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) > “Nossos Planos” > selecione o plano Vital, Master, Premium ou Prosaúde Integrado > 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.

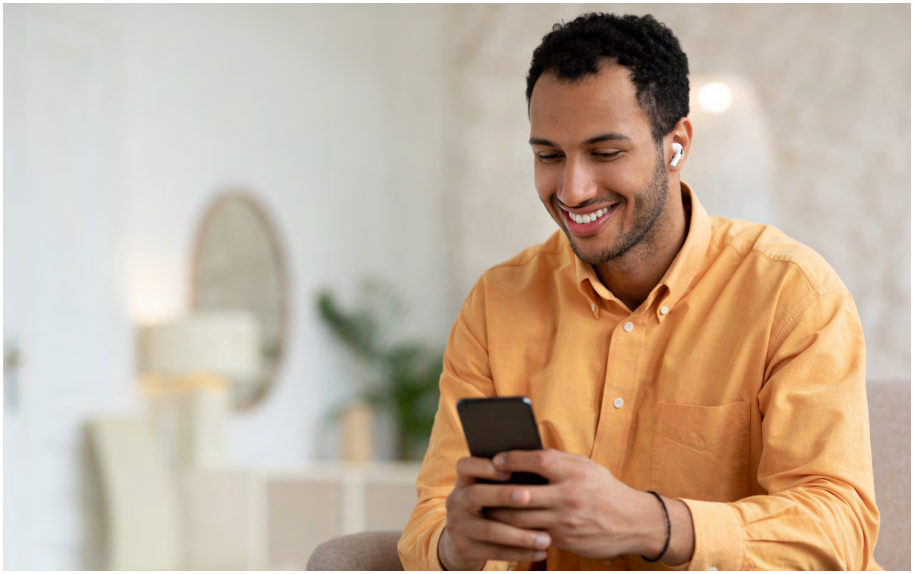
Para o envio do recibo eletrônico receita saúde, o documento precisa apresentar nome do beneficiário, data, dados do profissional com CPF, número do conselho e o nome, detalhamento da despesa, carimbo e assinatura, cidade e estado.

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.

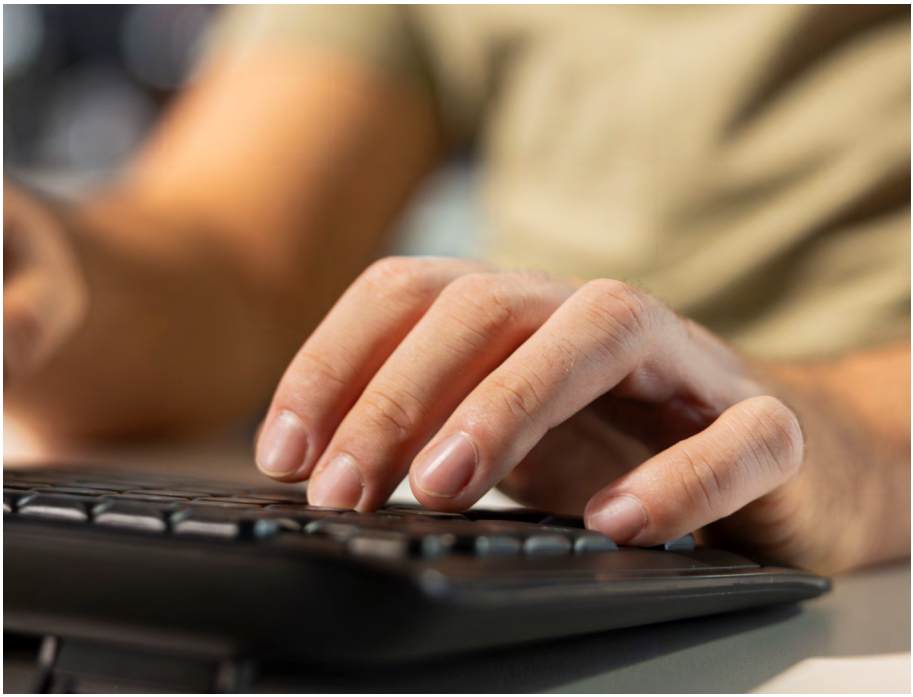
24) Quais os critérios para reembolso de ambulância?

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$435,37.

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 descriminação 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 descriminação 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 descriminação 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 e 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) > 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) > 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 > 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 prescritor 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

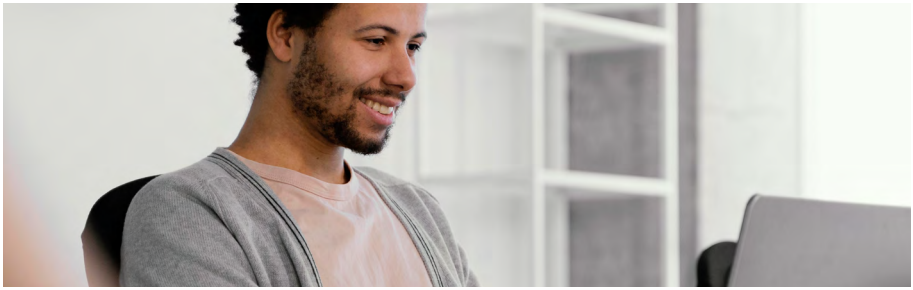
61) Quais são os documentos necessários para reembolso de vacinas?

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), 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.

Fale conosco na sua Área do Beneficiário.

Central de Relacionamento: 0800 030 9009

Siga a Cemig Saúde nas redes sociais: @cemigsaude

CEMIG SAÚDE