

MANUAL DO BENEFICIÁRIO



Unimed 
Chapecó

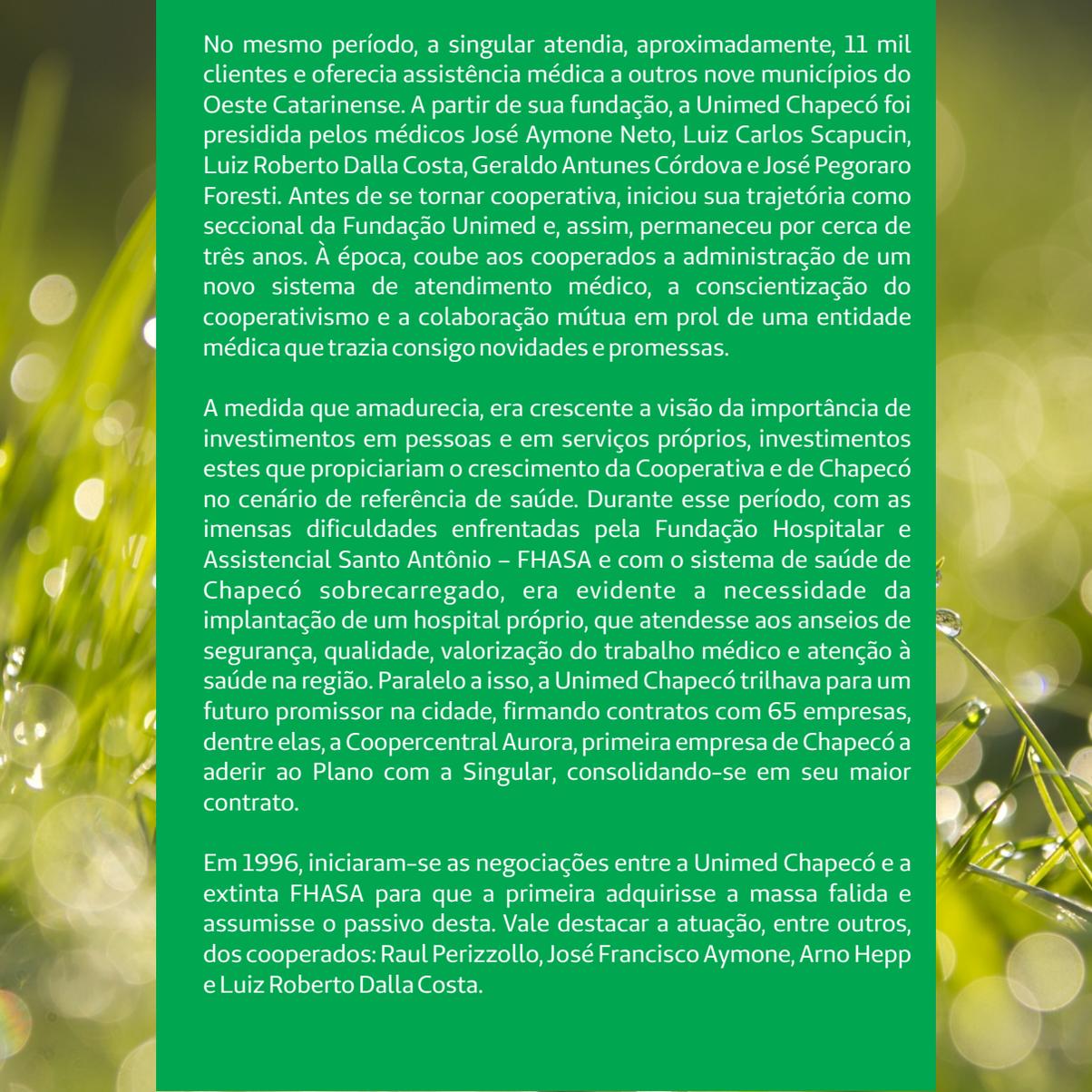
Sobre a Unimed Chapecó

Muito mais que curar doenças, a Unimed busca, a cada dia, um mundo mais saudável e feliz. O compromisso de cada profissional integrante deste universo chamado Unimed é o respeito pela vida. Prevenir e diagnosticar, com a máxima precocidade, para oferecer tratamento de qualidade e de fácil acesso está entre nossas metas. O resultado é o bem-estar de nossos beneficiários e a conquista da qualidade de vida. Essa forma de ver o mundo traz as recompensas que a Unimed busca: sorrisos estampados em rostos cheios de saúde e vida.

A Unimed Chapecó possui aproximadamente 47 mil beneficiários assistidos pelo Plano de Saúde. Disponibiliza aos seus clientes 289 médicos cooperados especializados nas mais diversas áreas, além do Hospital Unimed, que conta com um moderno Laboratório de Análises Clínicas e um avançado Centro de Diagnóstico por Imagem, com equipamentos de Tomografia Computadorizada, Ultrassom, Densitometria Óssea, Mamografia, Raio-x, Endoscopia, Colonoscopia e Broncoscopia. Litotripsia, Polissonografia, Centro Cardioneurovascular.

História

No anseio de transformar o atendimento médico-hospitalar prestado em Chapecó e região, em 20 de fevereiro de 1992, foi constituída a Cooperativa de Trabalho Médico da Região Oeste Catarinense. A data representa, além do aniversário da Cooperativa, o início de um sistema de saúde de referência em toda a região. Na época em que foi criada, a Unimed Chapecó possuía 86 médicos sócios-fundadores de diferentes especialidades.



No mesmo período, a singular atendia, aproximadamente, 11 mil clientes e oferecia assistência médica a outros nove municípios do Oeste Catarinense. A partir de sua fundação, a Unimed Chapecó foi presidida pelos médicos José Aymone Neto, Luiz Carlos Scapucin, Luiz Roberto Dalla Costa, Geraldo Antunes Córdova e José Pegoraro Foresti. Antes de se tornar cooperativa, iniciou sua trajetória como seccional da Fundação Unimed e, assim, permaneceu por cerca de três anos. À época, coube aos cooperados a administração de um novo sistema de atendimento médico, a conscientização do cooperativismo e a colaboração mútua em prol de uma entidade médica que trazia consigo novidades e promessas.

A medida que amadurecia, era crescente a visão da importância de investimentos em pessoas e em serviços próprios, investimentos estes que propiciariam o crescimento da Cooperativa e de Chapecó no cenário de referência de saúde. Durante esse período, com as imensas dificuldades enfrentadas pela Fundação Hospitalar e Assistencial Santo Antônio – FHASA e com o sistema de saúde de Chapecó sobrecarregado, era evidente a necessidade da implantação de um hospital próprio, que atendesse aos anseios de segurança, qualidade, valorização do trabalho médico e atenção à saúde na região. Paralelo a isso, a Unimed Chapecó trilhava para um futuro promissor na cidade, firmando contratos com 65 empresas, dentre elas, a Coopercentral Aurora, primeira empresa de Chapecó a aderir ao Plano com a Singular, consolidando-se em seu maior contrato.

Em 1996, iniciaram-se as negociações entre a Unimed Chapecó e a extinta FHASA para que a primeira adquirisse a massa falida e assumisse o passivo desta. Vale destacar a atuação, entre outros, dos cooperados: Raul Perizzollo, José Francisco Aymone, Arno Hepp e Luiz Roberto Dalla Costa.

principalmente, projetar um Hospital de qualidade, mais compatível com a realidade da cidade de Chapecó, começa a tomar forma. Em 25 de agosto de 1997 iniciaram as obras de restauração da parte física do Hospital Santo Antônio, que no projeto inicial possuía 650 m², passando para 4.750 m². Então, em 5 de dezembro de 1998, foi inaugurado o então Hospital Uniclínicas, atualmente, **HOSPITAL UNIMED CHAPECÓ**.

O desenvolvimento do Complexo Unimed Chapecó: Serviços próprios

Crescer de forma sustentável, este foi o norte da Unimed Chapecó ao longo dos anos. Preocupada com a assistência prestada à saúde da população, objetivando oferecer aos médicos os melhores meios para a prática de uma medicina de ponta e com foco na sustentabilidade e na perpetuação da Cooperativa, desde a sua criação, a Singular de Chapecó passou a investir continuamente na capacitação das pessoas, na retenção dos talentos e na estrutura física, com foco direcionado, de forma incansável, nos serviços próprios.

Tal estratégia permitiu a vinda de novos médicos, novas especialidades, agregando complexidade e qualidade ao atendimento da saúde dos chapecoenses e região.

Abrangência

A Unimed Chapecó possui abrangência de 25 municípios: Águas de Chapecó, Águas Frias, Caxambu do Sul, Chapecó, Cordilheira Alta, Coronel Freitas, Cunhataí, Formosa do Sul, Galvão, Guatambu, Irati, Jardinópolis, Modelo, Nova Erechim, Nova Itaberaba, Novo Horizonte, Pinhalzinho, Planalto Alegre, Quilombo, Santiago do Sul, São Carlos, Saudades, Serra Alta, Sul Brasil, União do Oeste.

Prezado beneficiário,

A partir de agora, você e sua família contam com um plano de saúde da Unimed Chapecó, que foi elaborado para atender integralmente as suas expectativas e necessidades, de acordo com a Regulamentação dos Planos de Saúde, lei nº 9656/98.

Para sua comodidade e maior facilidade na utilização, elaboramos este manual, que contém informações sobre os principais aspectos do contrato firmado com sua empresa e/ou individual familiar e as condições do plano que ela acaba de adquirir.

Para orientações e esclarecimentos, entre em contato com nossa Central de Atendimento 24h pelo 0800 644 1800, indicado no verso de seu cartão de identificação.

Boa leitura!

VEJA ALGUMAS DEFINIÇÕES QUE IRÃO FACILITAR A LEITURA DESTE MANUAL:

UNIMED CHAPECÓ: é uma operadora de plano de saúde, singular do sistema Unimed, regulamentada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que presta serviços de assistência à saúde aos beneficiários do plano por meio de seus médicos cooperados e de rede própria ou credenciada.

ACIDENTE PESSOAL: é um evento exclusivo, com data caracterizada, diretamente externo, súbito, imprevisível, involuntário, causador de lesão física e que torne necessário o tratamento médico.

COBERTURA: é todo tipo de atendimento a que você tem direito de acordo com o plano contratado.

COPARTICIPAÇÃO: é a participação na despesa assistencial a ser paga pelo beneficiário à operadora após a realização de determinados atendimentos. O faturamento e cobrança destes valores é realizado nas competências seguintes juntamente com a mensalidade, conforme cláusula contratual.

EMERGÊNCIA: é o evento que implica o risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o beneficiário, caracterizado em declaração do médico assistente.

EMPRESA: é a pessoa jurídica que contrata a prestação de serviços de assistência à saúde para seus empregados, dirigentes ou associados.

PLANO: é o produto, conforme registro na Agência Nacional de Saúde Suplementar, contratado.

PLANOS ANTIGOS (NÃO REGULAMENTADOS): são os planos privados de assistência à saúde anterior à Lei nº 9.656/98, ou seja, para contratos firmados até 1º de janeiro de 1999.

PLANOS NOVOS (REGULAMENTADOS): são aqueles contratos celebrados após 1º de janeiro de 1999, ou adaptados à Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998.

SISTEMA UNIMED: é a integração operacional de todas as Unimed do Brasil, a qual é regulamentada por normativas que visam padronizar os processos operacionais afim de garantir o atendimento ágil e eficiente aos beneficiários, bem como a qualidade e a abrangência da assistência médica hospitalar.

TABELA REFERÊNCIA: é a lista indicativa de procedimentos e seus respectivos custos, nas hipóteses em que sejam necessárias a aferição ou reembolso.

URGÊNCIA: é o evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo gestacional.

BENEFICIÁRIO: é a pessoa física, inscrita na operadora de plano de saúde, que usufruirá dos serviços contratados, seja na qualidade de titular ou dependente.

CARTÃO DO BENEFICIÁRIO

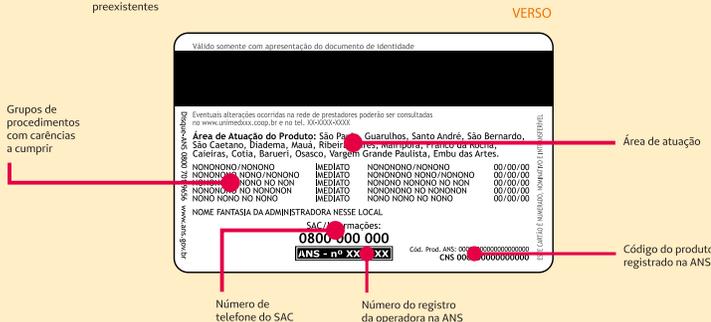
A Unimed fornecerá ao beneficiário o cartão referente ao plano contratado, com prazo de validade, cuja apresentação deverá ser acompanhada de documento de identidade, assegurando dessa forma os direitos e vantagens do seu plano. É obrigação do beneficiário a devolução do cartão na hipótese de exclusão ou rescisão contratual motivada por qualquer uma das partes. O uso indevido é proibido e, de acordo com a gravidade, estará sujeito às consequências previstas em leis.

Cuide do seu cartão que ele cuida de você

O seu cartão Unimed é uma garantia de que você está sempre bem protegido. Proteja-o

também: evite sujar, riscar a tarja magnética, expor ao sol, molhar ou colocar o cartão em contato com aparelhos como rádios, televisões e celulares. Assim ele vai estar sempre funcionando para você se sentir bem cuidado. Se você perder o cartão ou ele for roubado, avise a Unimed para que todas as providências necessárias sejam tomadas através do 0800 644 1800.

Conheça seu cartão Unimed



Verifique as informações relativas às carências e de cobertura parcial temporária impressa no seu cartão. Caso tenha dúvida, entre em contato pelo telefone SAC 0800 644 1800.

Mantenha seus dados de cadastro sempre atualizados. Qualquer alteração, não deixe de nos comunicar. **Importante:** Em caso de roubo, extravio do cartão ou mais informações, entre em contato. Caso haja qualquer problema com o cartão, solicite a substituição imediatamente por meio do nosso serviço de atendimento ao cliente 0800 644 1800.

Como acessar o Guia Médico?

A imagem mostra a interface de busca de médicos no Guia Médico da UNIMED CHAPECÓ. No topo, há o título "Encontre um Médico agora" e o subtítulo "Faça uma busca rápida no nosso Guia Médico". À direita, há um ícone de informação e o texto "Substituição de Prestadores".

Abaixo, o nome "UNIMED CHAPECÓ" é exibido em verde. O formulário é dividido em duas seções:

- Se você é cliente, digite o código do cartão.** Há um campo de entrada para o "Código do cartão" com um ícone de ajuda. Abaixo dele, há um botão verde "PRÓXIMO" com um ícone de seta para a direita.
- Se você ainda não é cliente, selecione o plano e a rede que deseja pesquisar.** Há dois campos de seleção: "Plano" e "Rede", ambos com o texto "Selecione" e uma seta para baixo. Abaixo deles, há um link "Encontre sua rede" e um botão verde "PRÓXIMO" com um ícone de seta para a direita.

Entre as duas seções, há o texto "OU" flutuando.

1-Acesse o Guia Médico, localizado no centro da primeira página do site: www.unimed.coop.br/chapeco;

2- Insira o número da sua carteirinha;

3-Faça a consulta desejada por: cidade, tipo de recurso (hospitais, clínicas, laboratórios) ou especialidade (médicos).

LEGENDA DOS ÍCONES DOS ATRIBUTOS DE QUALIFICAÇÃO MÉDICA

	Programa de Acreditação		Qualidade monitorada
	Comunicação de eventos adversos		Certificações de Entidades Gestoras de Outros Programas de Qualidade
	Pós-graduação <i>lato sensu</i>		Certificação ISO 9001
	Residência		Doutorado/Pós-Doutorado
	Título de especialista		Mestrado

COBERTURAS, CARÊNCIAS E CPT

Para os planos não-regulamentados (contratos firmados antes de 02/01/1999, antes da vigência da Lei 9656/98), a cobertura e suas limitações estão definidas no próprio contrato. No caso dos planos regulamentados, a cobertura é aquela prevista no Rol de Procedimentos da ANS vigente à época do atendimento, de acordo com o segmento contratado (plano referência, ambulatorial, hospitalar e obstetrícia).

Os planos Regulamentados pela Lei 9.656/98, possuem as seguintes coberturas:

- Consultas clínicas, incluindo especialidades;
- Consultas obstétricas, incluindo pré-natal;
- Consultas psiquiátricas;
- Tratamentos ambulatoriais;

- Urgências ou emergências;
- Internações clínicas, psiquiátricas, cirúrgicas e obstétricas.

Cobertura, em número ilimitado de dias, de todas as modalidades de internação hospitalar, desde que o prestador faça parte da rede credenciada, exceto para prestadores com expressa exclusão contratual.

Quando houver previsão de mecanismos financeiros de regulação disposto em contrato para internação hospitalar, o referido aplica-se a todas as especialidades médicas, contudo a coparticipação nas hipóteses de internações psiquiátricas somente poderá ser exigida considerando os seguintes termos, que deverão ser previstos em contrato:

A coparticipação poderá ser crescente ou não, estando limitada ao máximo de 50% do valor contratado entre a operadora de planos privados de assistência à saúde e o respectivo prestador de serviços de saúde.

Quando couber cumprimento de carências, elas serão contadas a partir da data de início de vigência do contrato ou da adesão ao plano.

	CARÊNCIAS
Urgência e Emergência	24h
Consultas médicas	30 dias
Exames: laboratoriais, anatomopatológicos e citológicos, raio - x simples e contrastados, eletrocardiograma, eletroencefalograma, ultrassonografia	30 dias
Consultas/sessões de Fisioterapias	90 dias
Parto a Termo	300 dias
Consultas/Sessões com: fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo, nutricionista e psicoterapia	180 dias
Todos as demais coberturas	180 dias

O QUE É DECLARAÇÃO DE SAÚDE?

É o formulário que acompanha o Contrato do Plano de Saúde, onde o beneficiário ou seu representante legal deverá informar as doenças ou lesões preexistentes que saiba ser portador ou sofredor no momento da contratação do plano. Para o seu preenchimento, o beneficiário tem o direito de ser orientado, gratuitamente, por um médico credenciado/referenciado pela operadora. Se optar por um profissional de sua livre escolha, assumirá o custo desta opção.

Portanto, se o beneficiário (você) toma medicamentos regularmente, consulta médicos por problema de saúde do qual conhece o diagnóstico, fez qualquer exame que identificou alguma doença ou lesão, esteve internado ou submeteu-se a alguma cirurgia, DEVE DECLARAR ESTA DOENÇA OU LESÃO.

CPT – Cobertura Parcial Temporária

Aquela que admite a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal, por um período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano de saúde.

POSSO UTILIZAR O SERVIÇO DE REMOÇÃO?



A CONTRATADA garantirá a cobertura da remoção do paciente para outro hospital, nas situações abaixo descritas, em ambulância com os recursos necessários a fim de garantir a manutenção da vida:

Após atendimentos classificados como urgência ou emergência, a CONTRATADA garantirá a cobertura da remoção do paciente nas seguintes situações:

– se caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos da unidade para continuidade do atendimento, **a CONTRATADA garantirá a sua remoção para uma unidade hospitalar própria ou contratada, mais próxima, que disponha dos recursos necessários para o atendimento**, sem ônus para o(a) CONTRATANTE; e

– quando for necessária a realização de eventos cirúrgicos, ou uso de leitos de alta tecnologia ou a realização de procedimentos de alta complexidade relacionados à doença ou lesão preexistente em período de cobertura parcial temporária, caberá à CONTRATADA o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do SUS mais próxima, que disponha dos recursos necessários para garantir a continuidade do atendimento. A responsabilidade da Operadora só cessará após o efetivo registro do paciente na Unidade do Sistema Único de Saúde – SUS.

Quando envolver acordo de cobertura parcial temporária e o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade não integrante do SUS, a CONTRATADA estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

Nos casos de remoção para uma unidade do SUS, quando não possa haver remoção por risco de morte, estando o beneficiário em período de cobertura parcial temporária, o (a) CONTRATANTE e o prestador do atendimento devem negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a CONTRATADA desse ônus.

A CONTRATADA garantirá a remoção do beneficiário que tiver cumprido o período de carências, mediante autorização do médico assistente e consentimento do próprio beneficiário ou de seu responsável. A remoção será assegurada nas situações abaixo descritas:

1) Quando o beneficiário estiver dentro da área de atuação e abrangência de cobertura do plano de saúde:

- a) De hospital ou pronto atendimento do SUS, para um hospital da rede vinculado ao respectivo plano de saúde;
- b) De hospital ou pronto atendimento particular ou público, não integrante da rede da operadora, para um hospital da rede vinculado ao respectivo plano de saúde;
- c) De hospital ou pronto atendimento da rede do respectivo plano de saúde, para outro hospital da rede, vinculado ao respectivo plano de saúde mais próximo, quando caracterizada pelo médico assistente, a falta de recursos para continuidade de atenção ao beneficiário na unidade de saúde de origem;
- d) **De clínica ou consultório público ou privado para um hospital da rede vinculado ao respectivo plano de saúde, somente em caso de indisponibilidade ou inexistência de unidade hospitalar ou pronto atendimento no município onde o paciente foi atendido,** conforme regras estabelecidas na Resolução Normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar vigente na data do evento.

2) Quando o beneficiário estiver fora da área de atuação e abrangência de cobertura do plano:

- a) de hospital ou pronto-atendimento privado ou público, localizado fora da área de atuação do respectivo plano de saúde, para hospital credenciado e vinculado ao respectivo plano de saúde apto a realizar o devido atendimento, **quando o evento que originou a necessidade do serviço tenha ocorrido dentro da área de atuação do plano de**

saúde.

b) de hospital ou pronto-atendimento privado ou público, localizado fora da área de atuação do plano de saúde, para hospital credenciado na área de atuação e abrangência de cobertura e vinculado ao respectivo plano de saúde apto a realizar o devido atendimento, **em caso de indisponibilidade ou inexistência de unidade hospitalar ou pronto atendimento no município demandado pelo beneficiário e/ou área de atuação do plano**, conforme regras estabelecidas na Resolução Normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar vigente na data do evento.

Quando o paciente estiver internado em uma unidade hospitalar, que não possua o recurso para realizar determinados exames ou procedimentos, indispensáveis para controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, a CONTRATADA garantirá a sua remoção para outro estabelecimento.

** Mais informações: SAC 0800 644 1800*

Qual é o plano que adquirir?

Quanto ao tipo de contratação:

- a) Individual ou Familiar - Permite livre adesão de beneficiários, com ou sem grupo familiar;
- b) Coletivo Empresarial - Permite adesão da população que é vinculada à pessoa jurídica, por relação empregatícia ou estatutária (servidores públicos no regime da Lei 8.112/90 e leis congêneres);
- c) Coletivo por Adesão - Permite adesão da população que mantém vínculo com pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou social, como sindicatos, associações, cooperativas e fundações;

Quanto à abrangência geográfica, poderá ser:

- a) Nacional b) Estadual c) Municipal d) Grupo de Municípios

Quanto à formação do preço

- a) Pré-pagamento (pré-estabelecido) – Quando o valor da mensalidade é calculado antes da utilização da cobertura contratada;
- a) Coparticipação – É a participação financeira na despesa assistencial, a título de fator moderador, a ser paga pelo beneficiário após a realização dos procedimentos e cobrada em conjunto com a mensalidade do plano de saúde;
- c) Sem fator moderador – Quando o beneficiário não participa no pagamento de cada procedimento realizado.

Quanto ao padrão de acomodação

- a) Enfermaria (Acomodação coletiva) b) Apartamento (Acomodação individual)

Qual a área de abrangência de meu plano?

Vai depender da abrangência geográfica contratada. Observe se o seu plano é local, estadual ou nacional junto ao cartão magnético. Verifique o seu contrato ou tire dúvidas na sua Unimed ou no RH de sua empresa.

REAJUSTE DE MENSALIDADES

Seu plano foi contratado antes de 2 de janeiro de 1999? Se a resposta for sim e caso o seu plano não tenha sido adaptado à Lei nº 9.656/98, que regulamenta o setor de planos de saúde, isso quer dizer que ele é do grupo dos chamados planos antigos. Nesses casos, os reajustes devem seguir o que estiver escrito no contrato. No entanto, quando as cláusulas não indicarem expressamente o índice a ser utilizado para reajustes e sejam omissos quanto ao critério de apuração e demonstração das variações consideradas no cálculo do reajuste, será adotado o percentual de variação divulgado pela ANS.

Seu plano foi contratado pelo seu empregador, sindicato ou associação? Se seu plano for do tipo coletivo, ou seja, se ele foi contratado por intermédio de uma pessoa jurídica (exemplo: a empresa em que você trabalha, sindicato ou associação ao qual está vinculado), os reajustes não são definidos pela ANS. Nesses casos, a Agência apenas acompanha os aumentos de preços, os quais devem ser combinados mediante negociação entre as partes (contratante e contratada) e devidamente comunicados à ANS em até 30 dias da sua efetiva aplicação. No entanto, caso o seu contrato coletivo possua menos de 30 beneficiários, o reajuste aplicado deverá ser igual ao dos demais contratos com menos de 30 beneficiários da mesma operadora. Há exceções em que o contrato coletivo com menos de 30 beneficiários não faz parte do Agrupamento de Contratos.

EM QUE SITUAÇÕES TENHO DIREITO AO REEMBOLSO E COMO DEVO PROCEDER?

Em caso de atendimento de urgência e emergência

- Quando não for possível a utilização de serviços próprios, contratados ou credenciados pela CONTRATADA, que fazem parte da rede de atendimento do respectivo plano e desde que o atendimento tenha sido realizado dentro da área de abrangência geográfica e atuação do plano.

- O reembolso será nos limites das obrigações contratuais, observadas as carências, cobertura parcial temporária, área de abrangência e atuação do plano, segmentação e Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente a época do evento. O valor será de acordo com os valores praticados pela CONTRATADA junto à rede de prestadores do respectivo plano.

Em caso de inexistência ou indisponibilidade de prestador para o atendimento de urgência e emergência e/ou eletivo

a. Urgência e emergência: em caso de inexistência ou indisponibilidade de prestador de serviço assistencial da rede de atendimento do plano no município onde foi realizado o atendimento, desde que o município faça parte da área de abrangência e atuação do plano.

b. Eletivo: em caso de inexistência ou indisponibilidade de prestador de serviço assistencial, do respectivo plano no município onde foi requerido o atendimento pelo beneficiário, desde que:

1. O beneficiário ou seu responsável tenham comunicado previamente a CONTRATADA, através de um dos canais indicados no verso do cartão do plano de saúde, quanto a necessidade de atendimento e dificuldade de agendamento em razão da inexistência ou indisponibilidade de prestador de serviço assistencial da rede de atendimento deste plano;

2. A CONTRATADA não tenha assegurado o atendimento solicitado pelo beneficiário ou responsável nos prazos e condições estabelecidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar em normativos vigentes;

3. O município onde foi realizado o atendimento faça parte da área de abrangência e atuação do plano.

Importante: Na solicitação do reembolso tenha em mãos:

- Nota fiscal original ou cópia autenticada;
- Descrição dos exames realizados contendo o valor unitário de cada exame;
- Formulário devidamente preenchido, principalmente no item IV - Justifica (motivo pelo qual fez exame em caráter particular), o qual poderá ser solicitado no atendimento presencial, situado na rua Barão do Rio Branco, 284, Ed. Bellenzier, Sala 12, ou solicitar através do Canal de Atendimento 0800 644 1800.
- Cópia do cartão da Unimed e, se possível, cópia do cartão onde consta os dados bancários (solicitado devido dados incorretos que já foram informados, ocasionando atraso nos pagamentos de reembolsos);
- Laudo/declaração/justificativa do médico assistente informando o quadro clínico.
- Para internações: Descritivos da conta hospitalar e demais gastos e Descritivos da conta hospitalar e demais gasto.
- Para exames: Encaminhar pedido médico bem como justificativa médica para a realização dos atendimentos.



A documentação pode ser entregue no atendimento presencial da Unimed Chapecó (setor de autorizações) ou encaminhar via correio (Endereço: Rua Porto Alegre, 132 - D - Centro - Chapecó - SC - CEP: 89.802-131).

COMO ACONTECEM AS INCLUSÕES E EXCLUSÕES DE USUÁRIOS?

No caso de Planos Coletivos, o funcionário deve procurar o RH de sua empresa e solicitar a inclusão ou exclusão de seus dependentes que serão efetivadas e enviadas à Unimed.

A movimentação deve estar na Unimed Chapecó até o dia 15 de cada mês para vigência a partir do dia 1º do mês seguinte.

Os formulários para a movimentação está disponível no site www.unimed.coop.br/chapeco.

Os beneficiários só terão direito ao atendimento sem o cumprimento da carência, desde que as inscrições ocorram no prazo estabelecido em contrato. Verifique com o RH de sua empresa essa condição.

Se o beneficiário titular for excluído, todos os demais dependentes serão excluídos. Se o contrato for rescindido, todos os beneficiários serão excluídos.

Nos Planos Individuais ou Familiares as inclusões e exclusões de dependentes são deliberadas pelo beneficiário titular ou contratante pagador. Exclusões podem ser solicitados pelo beneficiário titular ou contratante pagador de forma presencial, via site ou através do 0800 644 1800.

QUEM É CONSIDERADO DEPENDENTE E QUAL DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA PARA INCLUSÃO?

Você pode incluir como seus dependentes no plano de saúde:

1. Esposo (a): Cópia CPF, CNS, RG e Certidão de Casamento;
 2. Companheiro (a): Cópia CPF, CNS, RG e Escritura Pública ou Declaração Particular (assinada pelo casal e por mais duas testemunhas reconhecidas em cartório);
 3. Filhos menores de 06 anos: Cópia CNS, Cópia da Certidão de Nascimento e CPF quando disponível;
 4. Filhos a partir de 06 anos: Cópia do CPF, CNS e RG;
 5. Filhos Adotivos: Mesma documentação prevista para filhos menores e a partir dos 06 anos e se ainda não tiver Certidão de Nascimento, apresentar o termo de guarda para fins de adoção;
 6. Filho menor de 12 (doze) anos cuja paternidade tenha sido reconhecida judicial ou extrajudicialmente: Mesma documentação prevista para filhos menores de 06 anos e sentença transitada em julgado em processo de reconhecimento da paternidade;
 7. Enteados: Mesma documentação prevista para filhos menores e a partir dos 06 anos e comprovação de convivência do casal;
 8. Criança ou adolescente solteiro até 24 anos incompletos: Mesma documentação prevista para filhos menores e a partir dos 06 anos e documento de decisão judicial que comprove a guarda, tutela ou curatela do beneficiário titular;
- Incapazes a partir de 24 anos: filhos e aqueles sob curatela do beneficiário titular: Mesma documentação prevista para filhos a partir dos 06 anos e Termo de Curatela.

COMO FICA A INCLUSÃO DOS RECÉM-NASCIDOS

O recém-nascido (filho natural ou adotado) que não possui o Cartão do beneficiário será atendido, desde que esteja acompanhado por um dos responsáveis legais inscritos no

plano com cobertura obstétrica, que deverá apresentar o seu Cartão do beneficiário e o seu documento de identidade. O recém-nascido (filho natural ou adotado) só receberá atendimento sem o seu Cartão do beneficiário durante os primeiros 30 (trinta) dias a contar de seu nascimento. Caso esteja vigente o período de carência do representante legal, o filho deverá cumprir carência pelo período que ainda falta ser cumprido pelo representante legal. A partir desse prazo, já deverá estar inscrito na assistência médica e só será atendido com o seu Cartão do beneficiário pessoal.

Obs.: No caso dos planos coletivos, o beneficiário pode requerer a inclusão do recém-nascido junto ao RH da empresa.

DIREITOS E DEVERES DOS BENEFICIÁRIOS

Direitos

- Ser bem atendido;
- Receber o produto que contratou;
- Ser ouvido.

Deveres

- Ler o seu contrato e tirar dúvidas antes de sua assinatura;
- Pagar sua fatura em dia;
- Procurar a rede cooperada/ credenciada para atendimento;
- Usar corretamente o seu cartão do beneficiário.

RN Nº 438, DE 3 DE DEZEMBRO DE 2018 Dispõe sobre a regulamentação da portabilidade de carências para beneficiários de planos privados de assistência à saúde, revoga a Resolução Normativa - RN nº 186, de 14 de janeiro de 2009, que dispõe sobre a regulamentação da portabilidade das carências previstas no inciso V do art. 12 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e sem a imposição de cobertura parcial temporária, e revoga os artigos 1º, 3º, 4º e 7º e o §2º do artigo 9º, todos da RN nº 252, de 28 de abril de 2011, que dispõe sobre as regras de portabilidade e de portabilidade especial de carências.

Quais são os requisitos para mudar se plano sem cumprir novas carências:

- O plano atual deve ter sido contratado **após 01 de janeiro de 1999** ou ter sido adaptado à Lei dos Planos de Saúde (Lei nº 9.656/98);
- O contrato deve **estar ativo**, ou seja, o plano atual não pode estar cancelado;
- O beneficiário **deve estar em dia com o pagamento** de mensalidades;
- O beneficiário deve cumprir o **prazo mínimo** de permanência no plano:

1º Portabilidade

- 2 anos no plano de origem ou 3 anos se tiver cumprido Cobertura Parcial

2º Portabilidade

- Se já tiver feito portabilidade para um plano antes, o prazo de permanência exigido é pelo menos 1 ano ou 2 anos caso tenha feito portabilidade para o plano atual com coberturas não previstas no plano anterior.

O PLANO DE DESTINO DEVE TER PREÇO COMPATIVEL COM SEU PLANO ATUAL
QUANDO PODE SER SOLICITADA A PORTABILIDADE DE CARÊNCIAS?

- Após cumprido o prazo mínimo de permanência no plano a portabilidade pode ser solicitada a **qualquer tempo**
- Se o beneficiário estiver internado, a portabilidade só pode ser requerida **após alta da internação**

SITUAÇÕES ESPECÍFICAS DE PORTABILIDADE:

Há casos em que o beneficiário fica dispensado de cumprir alguns requisitos para efetuar a portabilidade de carência previstos nas regras gerais. Nessas situações, a portabilidade pode ser solicitada dentro de 60 dias a partir do momento em que o beneficiário toma conhecimento do cancelamento do plano atual (plano origem).

Abaixo casos específicos e as regras:

Situações			
1	2	3	4
O plano coletivo foi cancelado pela operadora ou pela pessoa jurídica contratante (empresa ou associação)	Titular do plano faleceu	O titular foi desligado da empresa (por demissão com ou sem justa causa, exoneração, aposentadoria, ou pediu demissão)	O beneficiário perdeu a condição de dependente no plano do titular

Ou seja, nas situações citadas acima o beneficiário não precisa estar com o contrato ativo e não é necessário o cumprimento dos prazos mínimos de permanência no plano.

QUE DOCUMENTOS É PRECISO APRESENTAR PARA REALIZAR A PORTABILIDADE DE CARÊNCIAS?

- Comprovante de pagamento dos três últimos mensalidades ou das três últimas faturas, se for plano na modalidade de pós pagamento, OU declaração da operadora do plano de origem ou do contratante informando que o beneficiário está em dia com as mensalidades;
- Comprovante de prazo de permanência: proposta de adesão assinada OU contrato assinado OU declaração da operadora de origem ou do contratante do plano atual;
- Relatório de compatibilidade entre os planos de origem e destino OU nº de protocolo, atos emitidos pelo Guia ANS de Planos de Saúde;
- Se o plano de destino for coletivo, comprovante de que está apto para ingressar no



plano. No caso de empresário individual, comprovante de atuação para contratação de plano empresarial. Ou seja, vínculo com a PJ;

- Quando a portabilidade for aceita: Comprovante de cancelamento do plano anterior no prazo de 07 dias, caso contrário, aplicação de carências normais.

PRAZO DA OPERADORA

A operadora do plano de destino (novo plano) tem até 10 dias para analisar o pedido de portabilidade. Caso a operadora não responda ao pedido após esse prazo, a portabilidade será considerada válida.

INATIVOS

Lei nº 9.656/98 e RN nº 279

Tem direito a se manter no plano de saúde, aposentados que tenham contribuído com o plano empresarial e empregados demitidos sem justa causa, para todos os planos contratados a partir de janeiro de 1999 ou adaptados à lei 9.656/98. O ex-empregado deverá ter contribuído no pagamento do plano durante a vigência de seu contrato de trabalho e deverá assumir integralmente a mensalidade após o desligamento. Os aposentados que contribuíram por mais de dez anos podem manter o plano pelo tempo que desejarem ou enquanto perdurar o contrato de plano de saúde com a empresa. Quando o período for inferior, cada ano de contribuição dá direito a um ano no plano coletivo depois da aposentadoria. Os demitidos sem justa causa ou exonerados poderão permanecer no plano de saúde por um período equivalente a um terço do tempo em que contribuíram com o plano, respeitado o limite mínimo de seis meses e máximo de dois anos ou até conseguirem um novo emprego que tenha o benefício de plano de saúde. É garantido ao aposentado ou demitido o direito de manter a condição de beneficiário individualmente ou com seu grupo familiar, além da inclusão de novo cônjuge e filhos no período de manutenção da condição de beneficiário no plano de aposentado ou demitido

Em que situações o beneficiário deve procurar a Unimed para solicitar autorização prévia?

Para solicitações realizadas por médico não cooperado e cirurgião dentista, é necessária transcrição da guia.

Como regra, as solicitações são online, contudo, ainda existem casos em que são realizadas através de guia física, para os quais é necessário que o beneficiário busque o atendimento presencial da Unimed (mais próximo). Para todas as solicitações acima descritas, é necessário o encaminhamento de laudos de exames complementares e justificativas médicas.

Para internações e procedimentos de alta complexidade, a demanda será avaliada pela auditoria médica, com base nas normas estabelecidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), e análise contratual. Ainda, nos casos em que for necessária realização de perícia médica, a operadora entrará em contato com o beneficiário para o agendamento.

Local e horário de atendimento do Setor de Autorizações

Central de autorização (CAU)

Rua Barão do Rio Branco, 284-E, Ed Bellenzier, 2º piso, Sala 12

Centro

Chapecó/SC

Atendimento de segunda a sexta-feira das 7h30 às 18h, sem fechar ao meio-dia.

Atendimentos com Equipe Multiprofissional (Nutricionista, Fonoaudióloga, Terapeuta Ocupacional, Psicologia).

Os atendimentos em Chapecó são realizados no Univida e necessitam de autorização prévia.

Sendo que os atendimentos devem ser solicitados por médico ou cirurgião dentista, da seguinte forma:

- Médico cooperado: Via sistema autorizador online
- Médico não cooperado ou cirurgião dentista: Beneficiário deverá transcrever a guia/autorizar no atendimento presencial da Unimed mais próxima.

NOS CASOS DE ATENDIMENTO ELETIVO, COMO O SERVIÇO SERÁ FORNECIDO?

O atendimento eletivo solicitado será assegurado pela CONTRATADA nos prazos e condições estabelecidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar em normativos vigentes na data da demanda, em qualquer prestador ou médico da rede assistencial do plano, habilitado para o atendimento e, não necessariamente, um prestador ou médico específico escolhido pelo beneficiário.

Qual o prazo para o atendimento?

Consulta básica - pediatria, clínica médica, cirurgia geral, ginecologia e obstetrícia	7 dias
Consulta nas demais especialidades	14 dias
Consulta/ sessão com fonoaudiólogo	10 dias
Consulta/ sessão com nutricionista	10 dias
Consulta/ sessão com psicólogo	10 dias
Consulta/ sessão com terapeuta ocupacional	10 dias

A contagem do prazo para garantia do atendimento se inicia na data da solicitação do serviço ou atendimento mediante contato do beneficiário ou responsável com a CONTRATADA/OPERADORA.

Consulta/ sessão com fisioterapeuta	10 dias
Consulta e procedimentos realizados em consultório/ clínica com cirurgião-dentista	7 dias
Serviços de diagnóstico por laboratório de análises clínicas em regime ambulatorial	3 dias
Demais serviços de diagnóstico e terapia em regime ambulatorial	10 dias
Procedimentos de alta complexidade (PAC)	21 dias
Atendimento em regimento hospital-dia	10 dias
Atendimento em regime de internação eletiva	21 dias
Urgência e emergência	Imediato
Consulta de retorno	A critério do profissional responsável pelo atendimento

SOS UNIMED

O serviço de SOS traz tranquilidade e segurança para você e sua família!

- Ambulâncias com estrutura médica e de enfermagem á disposição 24 hrs;
- atendimentos em qualquer situação de urgência e emergência dentro do PERÍMETRO URBANO DE CHAPECÓ, seja à domicilio, em locais públicos ou no trabalho, com exceção de acidentes de trânsito e casos que envolvam boletins de ocorrência conforme determina legislação;
- Transportes em caso de remoção para internação;
- Cobertura 24 horas, 7 dias por semana;
- O atendimento será realizado na área territorial urbana do município de Chapecó;
- O serviço pode ser acionado através da regulação médica no número 0800.488.488
- Para mais informações (49)3361-1875.

Fale com a Unimed



0800 644 1800

24h - gratuito (fixo e celular)



Chat de Atendimento Online

24h - www.unimed.coop.br/chapeco



PORTAL DO BENEFICIÁRIO

Disponível no site da Unimed Chapecó, o Portal reúne todas as informações que você necessita saber sobre o seu plano de saúde.

Para acessá-lo, entre no site da Unimed Chapecó, www.unimed.coop.br/chapeco, clique em “Beneficiário” e insira seus dados pessoais.

ANEXOS



Operadora: Unimed Chapecó Cooperativa de Trabalho Médico da Região Oeste Catarinense

CNPJ: 85.283.299/0001-91

Nº de Registro na ANS: 35.429-5

Site: <http://www.unimedchapeco.com.br>

Tel: (49) 3361-1800

Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde

Diferenças entre planos individuais e coletivos

Os planos com contratação individual ou familiar são aqueles contratados diretamente da operadora de plano de saúde: é o próprio beneficiário quem escolhe as características do plano a ser contratado.

Os planos com contratação coletiva são aqueles em que o beneficiário ingressa no plano de saúde contratado por uma empresa ou órgão público (coletivo empresarial); associação profissional, sindicato ou entidade assemelhada (coletivo por adesão). Nos planos coletivos é um representante dessas pessoas jurídicas contratantes, com a participação ou não de uma administradora de benefícios, que negocia e define as características do plano a ser contratado. Assim, é importante que o beneficiário antes de vincular-se a um plano coletivo, em especial o por adesão, avalie a compatibilidade entre os seus interesses e os interesses da pessoa jurídica contratante.

Aspectos a serem observados na contratação ou ingresso em um plano de saúde

	PLANOS INDIVIDUAIS OU FAMILIARES	PLANOS COLETIVOS
CARENCIA	É permitida a exigência de cumprimento de período de carência nos prazos máximos estabelecidos pela Lei 9.656/1998: 24h para urgência/emergência, até 300 dias para parto a termo e até 180 dias para demais procedimentos.	Coletivo Empresarial
		Com 30 participantes ou mais Não é permitida a exigência de cumprimento de carência, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação a pessoa jurídica contratante.
		Com menos de 30 participantes É permitida a exigência de cumprimento de carência nos mesmos prazos máximos estabelecidos pela lei.
		Coletivo por Adesão
		Não é permitida a exigência de cumprimento de carência desde que o beneficiário ingresse no plano em até trinta dias da celebração do contrato firmado entre a pessoa jurídica contratante e a operadora de plano de saúde. A cada aniversário do contrato será permitida a adesão de novos beneficiários sem o cumprimento de carência, desde que: (1) os mesmos tenham se vinculado à pessoa jurídica contratante após os 30 dias da celebração do contrato e (2) tenham formalizado a proposta de adesão até 30 dias da data de aniversário do contrato.

COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT)	<p>Sendo constatado no ato da contratação que o beneficiário tem conhecimento de doença ou lesão preexistente (DLP), conforme declaração de saúde, pericia médica ou entrevista qualificada e Carta de Orientação ao Beneficiário de entrega obrigatória, a operadora poderá oferecer cobertura total, após cumpridas eventuais carências, sem qualquer ônus adicional para o beneficiário. Caso a operadora opte pelo não oferecimento de cobertura total, deverá neste momento, oferecer a Cobertura Parcial Temporária (CPT) que é a suspensão, por até 24 meses, das coberturas para procedimentos de alta complexidade, intervenções cirúrgicas ou em leitos de alta tecnologia, relacionados exclusivamente à DLP declarada. Como alternativa a CPT é facultado à operadora oferecer o Agravo, que é um acréscimo no valor da mensalidade paga ao plano privado de assistência à saúde para que o mesmo tenha acesso regular à cobertura total, desde que cumpridas as eventuais carências. A operadora de planos de saúde não pode negar a cobertura de procedimentos relacionados a DLP não declarados pelo beneficiário antes do julgamento do processo administrativo na forma prevista pela RN nº 162/2007.</p>	<p>Coletivo e empresarial</p> <p>Com 30 participantes ou mais Não é permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravo, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação a pessoa jurídica contratante.</p> <p>Com menos de 30 participantes É permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravo.</p> <p>Coletivo por Adesão</p> <p>É permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravo, independente do número de participantes.</p>
MECANISMOS DE REGULAÇÃO	<p>É importante que o beneficiário verifique: (1) se o plano a ser contratado possui co-participação e/ou franquia. Em caso positivo, é obrigatório constar no contrato quais os serviços de saúde e como será a sua participação financeira. (2) como é o acesso aos serviços de saúde, no plano que deseja contratar. Exigência de pericia por profissional de saúde, autorização administrativa prévia e/ou direcionada a prestadores só são permitidas se houver previsto no contrato.</p>	
REAJUSTE	<p>Os planos individuais ou familiares precisam de autorização prévia da ANS para aplicação de reajuste anual, exceto para os de cobertura exclusivamente odontológica que devem ter cláusula clara elegendo um índice de preços divulgado por instituição externa.</p> <p>A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário, segundo faixas e percentuais de variação dispostos em contrato e atendendo a RN nº 63/2003.</p>	<p>Os planos coletivos não precisam de autorização prévia da ANS para aplicação de reajuste anual.</p> <p>Assim, nos reajustes aplicados às mensalidades dos contratos coletivos, prevalecerá o disposto no contrato ou índice resultante de negociação entre as partes contratantes (operador de plano de saúde e pessoa jurídica), devendo a operadora obrigatoriamente comunicar os reajustes à ANS.</p> <p>O beneficiário deverá ficar atento à periodicidade do reajuste que não poderá ser inferior a 12 meses, que serão contados da celebração do contrato ou do último reajuste aplicado e não do ingresso do beneficiário no plano.</p> <p>Embora não haja a necessidade de prévia autorização da ANS, esta faz um monitoramento dos reajustes anuais aplicados nos contratos coletivos. A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário, segundo faixas e percentuais de variação dispostos em contrato e atendendo a RN nº 63/2003.</p>
ALTERAÇÕES NA REDE ASSISTENCIAL DO PLANO	<p>Alterações na rede de prestadores de serviço devem ser informadas pela operadora, inclusive as inclusões. No caso de redimensionamento por redução de prestador hospitalar, a alteração necessita ser autorizada pela ANS antes da comunicação aos beneficiários. Esta comunicação deve observar 30 dias de antecedência no caso de substituição de prestador hospitalar para que a equivalência seja analisada pela ANS.</p>	
VIGÊNCIA	<p>A vigência mínima do contrato individual ou familiar é 12 meses com renovação automática.</p>	<p>A vigência mínima do contrato coletivo é negociada e tem renovação automática</p>
REGRAS DE RESCISÃO E/OU SUSPENSÃO	<p>Nos planos individuais ou familiares a rescisão ou suspensão contratual unilateral por parte da Operadora somente pode ocorrer em duas hipóteses: por fraude; e/ou por não pagamento da mensalidade por período superior a sessenta dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, desde que o beneficiário seja comprovadamente notificado até o 50º dia de inadimplência.</p>	<p>Nos planos coletivos as regras para rescisão ou suspensão contratual unilateral são negociadas entre a pessoa jurídica contratante e a operadora de plano de saúde. É importante que o beneficiário fique atento às regras estabelecidas no seu contrato. A rescisão unilateral imotivada, por qualquer das partes, somente poderá ocorrer após a vigência do período de 12 meses e mediante prévia notificação da outra parte com antecedência mínima de 60 dias.</p> <p>Na vigência do contrato e sem anuidade da pessoa jurídica contratante, a operadora só pode excluir ou suspender assistência à saúde do beneficiário em caso de fraude ou perda do vínculo de titular ou de dependência.</p>

Perda da condição de beneficiário nos planos coletivos

Nos planos coletivos os beneficiários titulares e seus dependentes podem ser excluídos do plano de saúde, que continua vigente, quando perdem o vínculo com a pessoa jurídica contratante, ou seja, com o sindicato, associação profissional ou congêneres, órgão público ou empresa.

Direitos dos artigos 30 e 31, da Lei n.º 9.656/1998, nos planos coletivos empresariais

Nos planos coletivos empresariais em que há participação financeira do beneficiário no pagamento da mensalidade, regular e não vinculada à co-participação em eventos, é assegurado ao mesmo o direito de permanência neste plano coletivo no caso de demissão sem justa causa ou aposentadoria. No caso de morte do titular demitido ou aposentado em gozo do benefício decorrente dos artigos 30 e 31, é assegurada a permanência do grupo familiar.

O beneficiário tem um prazo máximo de 30 dias, após seu desligamento, para se manifestar junto à empresa/ órgão público, com a qual mantém vínculo empregatício ou estatutário, sobre a sua vontade de permanecer no plano de saúde. O beneficiário assume integralmente o pagamento da mensalidade quando opta pela permanência. O período de manutenção da condição de beneficiário do plano é de 6 meses no mínimo, e proporcional ao período em que o mesmo permaneceu vinculado e contribuindo para o plano de saúde como empregado ou servidor.

Salientamos que o beneficiário perde o direito de permanência no plano de saúde do seu ex-empregador ou órgão público quando da sua admissão em um novo emprego ou cargo.

Direito de migrar para plano individual ou familiar aproveitando carência do plano coletivo empresarial

Os beneficiários de planos coletivos empresariais que tiverem o benefício de plano de saúde extinto, terão o direito de se vincular a um plano da mesma operadora com contratação individual ou familiar, sem a necessidade de cumprimento de novos prazos de carência. Essa prerrogativa não se aplica aos planos de autogestões.

A condição para exercer esse direito é que a operadora comercialize plano individual ou familiar.

O beneficiário tem um prazo máximo de 30 dias, após a extinção do benefício, para contratar, junto à operadora, o plano individual ou familiar. Este direito não existe caso tenha havido apenas a troca de operadora por parte do contratante (órgão público ou empresa).

Cobertura e segmentação assistencial

Define o tipo de assistência à qual o beneficiário terá direito. Os planos podem ter assistência ambulatorial, hospitalar, obstétrica e odontológica. Essas assistências à saúde isoladas ou combinadas definem a segmentação assistencial do plano de saúde a ser contratado pelo beneficiário. A Lei nº 9.656/1998 definiu como referência o plano com assistência ambulatorial, hospitalar, obstétrica e urgência/emergência integral após 24h, em acomodação padrão enfermaria. O contrato pode prever coberturas mais amplas do que as exigidas pela legislação, mas as exclusões devem estar limitadas às previstas na Lei nº 9.656/1998.

A cobertura para acidente do trabalho ou doença profissional em planos coletivos empresariais é adicional e depende de contratação específica.

Abrangência geográfica

Aponta para o beneficiário a área em que a operadora de plano de saúde se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas. A abrangência geográfica pode ser nacional, estadual, grupo de estados, municipal ou grupo de municípios.

Área de atuação

É a especificação nominal do(s) estado(s) ou município(s) que compõem as áreas de abrangência estadual, grupo de estados, grupo de municípios ou municipal.

É importante que o beneficiário fique atento a estas informações, uma vez que as especificações da área de abrangência e da área de atuação do plano, obrigatoriamente, devem constar no contrato de forma clara.

Administradora de Benefícios

Quando houver participação de Administradora de Benefícios na contratação de plano coletivo empresarial, a verificação do número de participantes para fins de carência ou CPT considerará a totalidade de participantes eventualmente já vinculados ao plano estipulado.

Se a contratação for de plano coletivo por adesão, para fins de carência considerar-se-á como data de celebração do contrato coletivo a data do ingresso da pessoa jurídica contratante ao contrato estipulado pela Administradora de Benefícios.

Para informar-se sobre estes e outros detalhes da contratação de planos de saúde, o beneficiário deve contatar a operadora. Permanecendo dúvidas, pode consultar a ANS pelo site www.ans.gov.br ou pelo Disque-ANS (0800-701-9656).

ESTE MANUAL NÃO SUBSTITUI O CONTRATO.

O Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde é uma exigência da Resolução Normativa 195/2009, da Agência Nacional de Saúde Suplementar.



Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)
Av. Augusto Severo, 84 - Glória - CEP: 20221-040
Rio de Janeiro - RJ

Disque-ANS: 0800 701 9656
www.ans.gov.br
ouvidoria@ans.gov.br

	<p>GUIA DE LEITURA CONTRATUAL "RESUMO DO CONTRATO":</p> <p>INDIVIDUAL ESTADUAL REFERÊNCIA 50% COPARTICIPAÇÃO</p>	
---	--	--

Operadora: Unimed Chapecó
 CNPJ: 85.283.299/0001-91
 Nº de registro na ANS: 35.429-5
 Nº de registro do produto:
 Site: www.unimed.coop.br/chapeco
 Tel.: (49) 3361-1800

PIN-SS - Portal de Informações do Beneficiário da Saúde
 Suplementar: em
<http://www.unimed.coop.br/chapeco>. Acesse os dados cadastrais do seu plano e histórico de utilização do plano conforme RN 389.

CONTRATAÇÃO	Determina se o plano destina-se à pessoa física ou jurídica. A contratação pode ser Individual/Familiar, Coletivo por Adesão ou Coletivo Empresarial.	Contrato: <i>página</i>
SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL	Define a amplitude da cobertura assistencial do plano de saúde. A segmentação assistencial é categorizada em: referência, hospitalar com obstetria, hospitalar sem obstetria, ambulatorial, odontológica e suas combinações.	Contrato: <i>página</i>
PADRÃO DE ACOMODAÇÃO	Define o padrão de acomodação para o leito de internação nos planos hospitalares; pode ser coletivo ou individual.	Contrato: <i>página</i>

ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA E ATUAÇÃO	Área em que a operadora de plano de saúde se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas. À exceção da nacional, é obrigatória a especificação nominal do(s) estado(s) ou município(s) que compõem as áreas de abrangência estadual, grupo de estados, grupos de municípios ou municipal.	Contrato: páginas
COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS	É o conjunto de procedimentos a que o beneficiário tem direito, previsto na legislação de saúde suplementar pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura mínima obrigatória, e no contrato firmado com a operadora, conforme a segmentação assistencial do plano contratado. O beneficiário deve analisar detalhadamente as coberturas a que tem direito.	Contrato: páginas
EXCLUSÕES DE COBERTURAS	É o conjunto de procedimentos a que o beneficiário não tem direito, previsto na legislação de saúde suplementar, conforme a segmentação assistencial do plano contratado.	Contrato: páginas
DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES (DLP)	Doenças e lesões preexistentes - DLP - são aquelas existentes antes da contratação do plano de saúde, e que o beneficiário ou seu responsável saiba ser portador.	Contrato: páginas
CARÊNCIAS	Carência é o período em que o beneficiário não tem direito a coberturas após a contratação do plano. Quando a operadora exigir cumprimento de carência, este período deve estar obrigatoriamente escrito, de forma clara, no contrato. Após cumprida a carência, o beneficiário terá acesso a todos os procedimentos previstos em seu contrato e na legislação, exceto eventual cobertura parcial temporária por DLP.	Contrato: página

MECANISMOS DE REGULAÇÃO	São os mecanismos financeiros (franquia e/ou co-participação), assistenciais (direcionamento e/ou perícia profissional) e/ou administrativos (autorização prévia) que a operadora utiliza para gerenciar a demanda e/ou utilização dos serviços de saúde.	Contrato: páginas
VIGÊNCIA	Define o período em que vigorará o contrato.	Contrato: página
RESCISÃO/ SUSPENSÃO	A rescisão põe fim definitivamente à vigência do contrato. A suspensão descontinua a vigência do contrato.	Contrato: páginas
REAJUSTE	O reajuste por variação de custos é o aumento anual de mensalidade do plano de saúde em razão de alteração nos custos, ocasionada por fatores tais como inflação, uso de novas tecnologias e nível de utilização dos serviços. A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário.	Contrato: página
CONTINUIDADE NO PLANO COLETIVO EMPRESARIAL (ART. 30 E 31 DA LEI Nº 9.656/1998)	A existência da contribuição do empregado para o pagamento da mensalidade do plano de saúde, regular e não vinculada à coparticipação em eventos, habilita ao direito de continuar vinculado por determinados períodos ao plano coletivo empresarial, nos casos de demissão sem justa causa ou aposentadoria, observadas as regras para oferecimento, opção e gozo, previstas na Lei e sua regulamentação.	Não se aplica

O Guia de Leitura Contratual é uma exigência da Resolução Normativa 195/2009, da Agência Nacional de Saúde Suplementar.



Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) Disque-ANS: 0800 701 9656

Av. Augusto Severo, 84 – Glória – CEP: 20021-040 www.ans.gov.br

ANEXO

“ANEXO I

Planos individuais ou familiares: São aqueles contratados diretamente pelo beneficiário, com ou sem seu grupo familiar.

Planos de saúde coletivos: Se dividem em empresarial e coletivo por adesão. Os empresariais são contratados em decorrência de vínculo empregatício para seus funcionários e por empresário individual. Os coletivos por adesão são contratados por pessoa jurídica de caráter profissional, classista ou setorial para seus vinculados (associados ou sindicalizados, por exemplo). Na contratação destes planos pode haver a participação de Administradoras de Benefícios.

Tanto os planos individuais quanto os planos coletivos são regulados pela ANS e devem cumprir as exigências do órgão regulador com relação à assistência prestada e à cobertura obrigatória. Veja as particularidades de cada tipo:

	Plano Individual Familiar ou	Plano Coletivo por Adesão	Plano Coletivo Empresarial	Plano Coletivo Empresarial contratado Individual
Quem pode ingressar em um plano de saúde?	Qualquer indivíduo.	Indivíduo com vínculo à pessoa jurídica por relação profissional, classista ou setorial.	Indivíduo com vínculo a pessoa jurídica por relação empregatícia ou estatutária.	Empresário individual e indivíduos com vínculo a este por relação empregatícia e grupo familiar previsto no inciso VII do art. 5º da RN 195, de Somente poderá contratar quando comprovar o exercício profissional da atividade empresarial há pelo menos seis meses. A comprovação do efetivo exercício da atividade empresarial bem como dos requisitos de elegibilidade deverá ser efetuada anualmente, no mês de aniversário do contrato.
Carência	Até 24 horas para urgência e emergência*; 180 dias para demais casos (por exemplo, internação); e 300 dias para o parto a termo.	Não há carência para indivíduos que ingressarem no plano em até 30 dias da celebração do contrato coletivo; não há carência para novos filiados que ingressarem no plano em até	Não há carência para indivíduos que ingressarem no plano em até 30 dias da celebração do contrato ou da vinculação a pessoa jurídica, em contratos com 30 ou mais indivíduos; a	Pode haver aplicação de carência. Quando houver, segue as regras do plano individual. Não há carência para indivíduos que ingressarem no plano em até 30 dias da celebração do contrato ou da vinculação a pessoa jurídica, em contratos com 30 ou mais indivíduos.

		30 dias do primeiro aniversário do contrato após a sua filiação; a aplicação de carência, quando houver, segue as regras do plano individual.	aplicação de carência, quando houver, segue as regras do plano individual.	
Cobertura parcial temporária (CPT) em caso de doença ou lesão preexistente (DLP)**	Por até dois anos, a partir da data de ingresso no plano, a operadora poderá suspender a cobertura de procedimentos de alta complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos para DLP.	Por até dois anos, a partir da data de ingresso no plano, a operadora poderá suspender a cobertura de procedimentos de alta complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos para DLP.	Não poderá haver suspensão temporária da cobertura de procedimentos de alta complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos em contratos com 30 ou mais indivíduos, quando o indivíduo ingressar no plano em até 30 dias da celebração do contrato ou da vinculação à pessoa jurídica.	Por até dois anos, a partir da data de ingresso no plano, a operadora poderá suspender a cobertura de procedimentos de alta complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos para DLP. Não poderá haver suspensão temporária da cobertura de procedimentos de alta complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos em contratos com 30 ou mais indivíduos, quando o indivíduo ingressar no plano em até 30 dias da celebração do contrato ou da vinculação à pessoa jurídica.
Rescisão pela operadora:	A operadora poderá rescindir o contrato em caso de fraude ou por não pagamento de mensalidade a partir de 60 dias consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato. O	A operadora poderá rescindir o contrato desde que haja previsão contratual e que valha para todos os associados. O beneficiário poderá ser excluído individualmente pela operadora em caso de fraude, perda de	A operadora poderá rescindir o contrato desde que haja previsão em contrato e que valha para todos os associados. O beneficiário poderá ser excluído individualmente pela operadora em caso de fraude, perda de	A operadora poderá rescindir o contrato imotivadamente após 12 meses desde que haja previsão em contrato e que valha para todos os associados. O beneficiário poderá ser excluído individualmente pela operadora em caso de fraude, perda de vínculo com a pessoa jurídica contratante, ou por não pagamento. O contrato coletivo somente pode ser rescindido imotivadamente após a vigência do período de doze meses, na data do aniversário

	consumidor deve ser notificado até o 50º dia da inadimplência	vínculo com a pessoa jurídica contratante, ou por não pagamento. O contrato coletivo somente pode ser rescindido imotivadamente após a vigência do período de doze meses. A notificação deve ser feita com 60 dias de antecedência.	vínculo com a pessoa jurídica contratante, ou por não pagamento. O contrato coletivo somente pode ser rescindido imotivadamente após a vigência do período de doze meses. A notificação deve ser feita com 60 dias de antecedência.	do contrato. A notificação de rescisão deve ser feita com 60 dias de antecedência ao aniversário do contrato. A manutenção da condição de empresário individual deverá ser comprovada anualmente, bem como das condições de elegibilidade. Caso contrário, o contrato será rescindido pela operadora.
Reajuste:***	Reajuste anual e limitado a índice divulgado pela ANS. Nos planos exclusivamente odontológicos o índice de reajuste deve estar estabelecido no contrato. ***	Reajuste negociado entre a operadora e a pessoa jurídica de acordo com as regras estabelecidas no contrato; reajuste único para agrupamento de contratos com menos de 30 vidas. ***	Reajuste negociado entre a operadora e a pessoa jurídica de acordo com as regras estabelecidas no contrato; reajuste único para agrupamento de contratos com menos de 30 vidas. ***	Reajuste único para agrupamento de contratos com menos de 30 vidas. Se o contrato tiver mais de 30 vidas, reajuste será negociado entre a pessoa jurídica e a operadora de acordo com as regras estabelecidas no contrato. ***

* Para maiores informações leia Resolução CONSU 13 de 03 de novembro de 1998;

** Para maiores informações leia a Carta de Orientação ao Beneficiário, instituída pela Resolução Normativa - RN nº 162, de 17 de outubro de 2007;

*** Incide o reajuste por mudança de faixa etária em todos os tipos de planos, conforme previsto em contrato.” (NR)”

Unimed Chapecó
CNPJ: 85.283.299/0001-91
Nº de registro na ANS: 35.429-5
Site: www.unimed.coop.br/chapeco
Tel.: (49) 3361-1800

PIN-SS - Portal de Informações do Beneficiário da Saúde Suplementar:
<http://www.unimed.coop.br/chapeco>. Acesso os dados cadastrais do seu plano e histórico de utilização conforme RN 389.

Prezado beneficiário (a)!

Pensando na sua segurança, proteção e tranquilidade, além de facilitar o acesso às informações referentes ao seu plano de saúde, elaboramos um guia rápido e prático com orientações a respeito do reembolso de procedimentos, consultas e internações. Aqui, você encontra a resposta para as principais dúvidas referentes a este processo.

QUANDO É ASSEGURADO O DIREITO AO REEMBOLSO DE ATENDIMENTO?

Em caso de atendimento de urgência e emergência

Quando não for possível a utilização de serviços próprios, contratados ou credenciados pela CONTRATADA, que fazem parte da rede de atendimento do respectivo plano e desde que o atendimento tenha sido realizado dentro da área de abrangência geográfica e atuação do plano.

O reembolso será nos limites das obrigações contratuais, observadas as carências, cobertura parcial temporária, área de abrangência e atuação do plano, segmentação e Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente a época do evento. O valor será de acordo com os valores praticados pela CONTRATADA junto à rede de prestadores do respectivo plano.

Em caso de inexistência ou indisponibilidade de prestador para o atendimento de urgência e emergência e/ou eletivo

- a. *Urgência e emergência:* em caso de inexistência ou indisponibilidade de prestador de serviço assistencial da rede de atendimento do plano no município onde foi realizado o atendimento, desde que o município faça parte da área de abrangência e atuação do plano.
- b. *Eletivo:* em caso de inexistência ou indisponibilidade de prestador de serviço assistencial, do respectivo plano no município onde foi requerido o atendimento pelo beneficiário, desde que:
 1. O beneficiário ou seu responsável tenham comunicado previamente a CONTRATADA, através de um dos canais indicados no verso do cartão do plano de saúde, quanto a necessidade de atendimento e dificuldade de agendamento em razão da inexistência ou indisponibilidade de prestador de serviço assistencial da rede de atendimento deste plano;
 2. A CONTRATADA não tenha assegurado o atendimento solicitado pelo beneficiário ou responsável nos prazos e condições estabelecidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar em normativos vigentes;



TENHO DIREITO AO REEMBOLSO DE ATENDIMENTO?

GLA 042/01
GCC
Implantação: 10/2016
Revisão: 01/2017

3. O município onde foi realizado o atendimento faça parte da área de abrangência e atuação do plano.

NOS CASOS DE ATENDIMENTO ELETIVO, COMO O SERVIÇO SERÁ FORNECIDO?

O atendimento eletivo solicitado será assegurado pela CONTRATADA nos prazos e condições estabelecidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar em normativos vigentes na data da demanda, em qualquer prestador ou médico da rede assistencial do plano, habilitado para o atendimento e, não necessariamente, um prestador ou médico específico escolhido pelo beneficiário.

QUAL O PRAZO PARA O ATENDIMENTO?

A contagem do prazo para garantia do atendimento se inicia na data da solicitação do serviço ou atendimento mediante contato do beneficiário ou responsável com a CONTRATADA/OPERADORA.

COMO DEVE SER FEITA A SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO?

A solicitação de reembolso, deverá ser formalizada pelo (a) CONTRATANTE ou beneficiário, junto a CONTRATADA no prazo máximo de 1 ano da data do atendimento ou da alta. Deverá ser anexada a respectiva solicitação a documentação original relativa às despesas efetuadas (cópia da conta do atendimento, documento fiscal que deverá conter CNPJ/CPF do profissional ou estabelecimento que realizou o atendimento). Também é necessário apresentar:

Casos de atendimento de urgência ou emergência: declaração do médico assistente atestando e comprovando que se tratava de uma situação de urgência ou emergência; ou

Casos de atendimento eletivo: número do protocolo fornecido pela CONTRATADA na solicitação de serviço ou atendimento realizado pelo beneficiário ou responsável.

QUAL O PRAZO PARA O REEMBOLSO?

A CONTRATADA terá o prazo adicional máximo de 30 (trinta) dias para análise da documentação e eventual reembolso do valor devido, descontadas as coparticipações previstas na cláusula Mecanismos de Regulação.

Unimed 
Chapecó