



MANUAL DO
BENEFICIÁRIO
Unimed

20 de março de 2020
Revisado 02 de agosto 2021

Unimed 
Sete Lagoas

Conheça seu plano e saiba como usá-lo.



MANUAL DO
BENEFICIÁRIO
Unimed



Índice

| | |
|--|----|
| Introdução | 05 |
| Identidade Organizacional | 06 |
| Cartão do Beneficiário | 07 |
| Como acessar o Guia Médico | 11 |
| Prazos máximos para o atendimento | 14 |
| Qual é o plano que você adquiriu | 15 |
| Carências | 17 |
| Declaração de Saúde | 18 |
| Doenças e Lesões Preexistentes | 18 |
| Dicas de utilização do plano | 21 |
| Outras Informações sobre os planos | 22 |
| Mecanismos de Regulação | 24 |
| Reembolso | 26 |
| Quando procurar um Pronto Atendimento | 27 |
| Condições de permanência no plano | 28 |
| Reajuste | 28 |
| Como acontecem as inclusões e exclusões dos beneficiários? | 29 |
| Portal de Serviços | 30 |
| Portabilidade | 30 |
| Remoção Aérea e Terrestre | 33 |
| Viver Bem | 34 |
| Fale com a Unimed Canais de atendimento | 35 |

BEM VINDO

Prezado beneficiário,

É com grande satisfação que recebemos você como beneficiário da Unimed Sete Lagoas!

Preparamos este Manual para que você o tenha sempre em mãos, pois o conteúdo o ajudará com dicas e informações sobre como e onde usar o seu plano de saúde da maneira adequada e de forma ágil.

Além do manual, estamos sempre à sua disposição!



UM POUCO DA NOSSA HISTÓRIA



Nossa operadora foi fundada em 1987, por um grupo de 71 médicos, que acreditavam que o cooperativismo seria uma oportunidade de trabalho para a classe médica, além de oferecer melhores condições de saúde aos pacientes de Sete Lagoas e região.

Com união e trabalho a Unimed Sete Lagoas evoluiu, ganhou espaço e cresceu, tornando-se referência de assistência e promoção da saúde.

Hoje, a cooperativa está presente na vida de mais de **47 mil** beneficiários, **249 médicos cooperados** e aproximadamente **320 colaboradores**.

Nossa história é feita de pessoas, cooperação, sucesso e evolução e é uma honra tê-lo (a) como parte dessa história.

Seja bem-vindo à Unimed Sete Lagoas!

IDENTIDADE ORGANIZACIONAL



Nossa política baseia-se nos princípios e valores cooperativistas, fundamentados na ética e transparência de suas ações, a fim de buscar verdadeiras transformações sociais.

OS SETE PRINCÍPIOS DO COOPERATIVISMO

- 1 - Adesão voluntária e livre
- 2 - Gestão democrática e livre
- 3 - Participação econômica dos membros
- 4 - Autonomia e independência
- 5 - Educação, formação e informação
- 6 - Intercooperação
- 7 - Interesse pela comunidade

NEGÓCIO

Soluções em saúde.

MISSÃO

Oferecer soluções em saúde gerenciando o risco com excelência; buscando a satisfação dos beneficiários, colaboradores, prestadores e cooperados. Promovendo, fundamentalmente a valorização do trabalho médico.

VISÃO

Ser referência regional no segmento de saúde suplementar, respeitando os postulados do cooperativismo médico.

VALORES

Ética
Cooperação
Sustentabilidade
Transparência

Conheça as informações que constam no seu cartão, para facilitar o atendimento:



CARTÃO DO BENEFICIÁRIO

A Unimed fornecerá ao beneficiário o cartão de identificação 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.

O seu cartão Unimed é uma garantia de que você está sempre bem protegido!

O cartão de beneficiário é o documento que comprova que você é cliente da Unimed Sete Lagoas, garantindo o seu acesso aos serviços disponíveis em seu plano. Ele é pessoal e intransferível.

É obrigação do beneficiário a devolução do cartão do plano de saúde e outros documentos fornecidos pela Unimed, 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 lei.

► CARTÃO DO BENEFICIÁRIO

frente

SAIBA IDENTIFICAR SEU CARTÃO DA UNIMED:

Informação necessária para facilitar o recolhimento correto da alíquota da contribuição ao INSS.

A Rede de Prestadores que o cliente tem direito e o Tipo de Prestador: refere-se ao tipo de prestador que o cliente contratou, conforme classificação do Manual de Intercâmbio Nacional.



CARTÃO DO BENEFICIÁRIO

verso

SAIBA IDENTIFICAR SEU CARTÃO DA UNIMED:

Local onde o cliente pode ter atendimento.

Site e telefone da operadora.

Válido somente com apresentação do documento de identidade

Eventuais alterações ocorridas na rede de prestadores poderão ser consultadas no www.unimedxxx.coop.br e no tel. XX-XXXX-XXXX

Disque-ANS 0800 701 9656 www.ans.gov.br

Área de Atuação do Produto: São Paulo, Guarulhos, Santo André, São Bernardo, São Caetano, Diadema, Mauá, Ribeirão Pires, Mairiporã, Franco da Rocha, Caieiras, Cotia, Barueri, Osasco, Vargem Grande Paulista, Embu das Artes.

| | | | |
|----------------------|----------|----------------------|----------|
| NONONONO/NONONO | IMEDIATO | NONONONO/NONONO | 00/00/00 |
| NONONONO NONO/NONONO | IMEDIATO | NONONONO NONO/NONONO | 00/00/00 |
| NONONO NONONO NO NON | IMEDIATO | NONONO NONONO NO NON | 00/00/00 |
| NONONONO NO NONONON | IMEDIATO | NONONONO NO NONONON | 00/00/00 |
| NONO NONO NO NONO | IMEDIATO | NONO NONO NO NONO | 00/00/00 |
| NO NONONO/NONONO | IMEDIATO | NO NONONO/NONONO | 00/00/00 |

MARCA

SAC/Informações:
0800 000 000
ANS - nº XXXXXX

Cód. Prod. ANS na Unimed Contratada: 00000000000000000000
 Num. Reg. ANS na Unimed Contratada: XXXXXX
 CNS 0000000000000000

ESTE CARTÃO É NUMERADO, NOMINATIVO E INTRANSFERÍVEL

Campo reservado para logo do parceiro ou particularidade.

Registro da Operadora na ANS conforme Resolução Normativa nº 16.

Carências que o cliente possui. Porém, carências já cumpridas poderão ser omitidas e a frase "Sem carências a cumprir" constará neste local.

Número de telefone do SAC, se a Unimed possuir o serviço.

Código do Produto ANS na Unimed contratada, número de registro da operadora na ANS e número do Cartão Nacional da Saúde.

► **CUIDE DO SEU CARTÃO** *e ele cuidará de você!*



Quais os cuidados que devo manter com o meu plano e meu cartão Unimed?

É necessário ter alguns cuidados com seu cartão, como por exemplo, protegê-lo do sol, evitar sujar, riscar a tarja magnética, molhar ou colocar o cartão em contato com aparelhos como rádios, tevês e celulares.

Assim, ele vai estar sempre funcionando, para você se sentir bem cuidado.

Orientações sobre o seu cartão Unimed

Para ser atendido, tenha-o sempre em mãos, juntamente com a sua carteira de identidade.

Verifique as informações relativas às carências e de cobertura parcial temporária impressas no seu cartão e consulte as condições de contratação.

CASO TENHA DÚVIDA, ENTRE EM CONTATO PELOS TELEFONES:

- **(31) 2106-1900**
- **0800-145 0145**

Mantenha seus dados de cadastro sempre atualizados.
Qualquer alteração, não deixe de nos comunicar.

Importante: Em caso de roubo, extravio do cartão ou outras informações, entre em contato com a Unimed Sete Lagoas. Caso haja qualquer problema com o cartão, solicite a substituição imediatamente, através do setor de Relacionamento com o cliente ou através dos telefones:

- **(31) 2106-1900**
- **0800-145-0145**

No caso de Pessoa Jurídica (PJ), o contato deve ser feito com o RH da empresa.

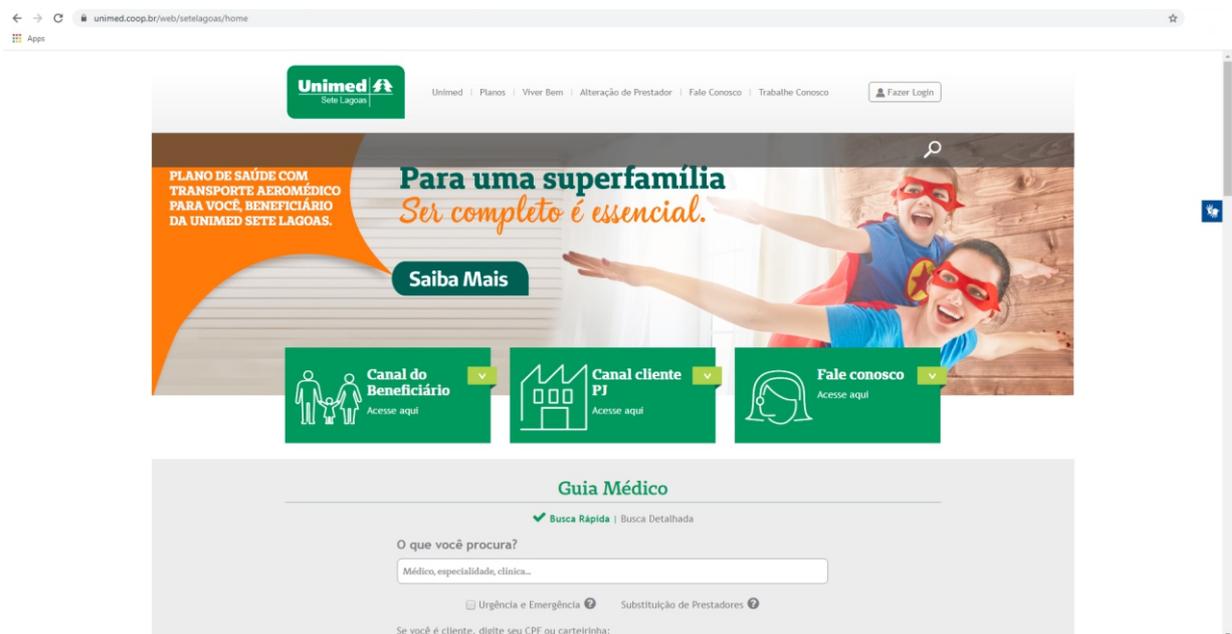
▶ COMO ACESSAR O *guia médico*

Guia Médico

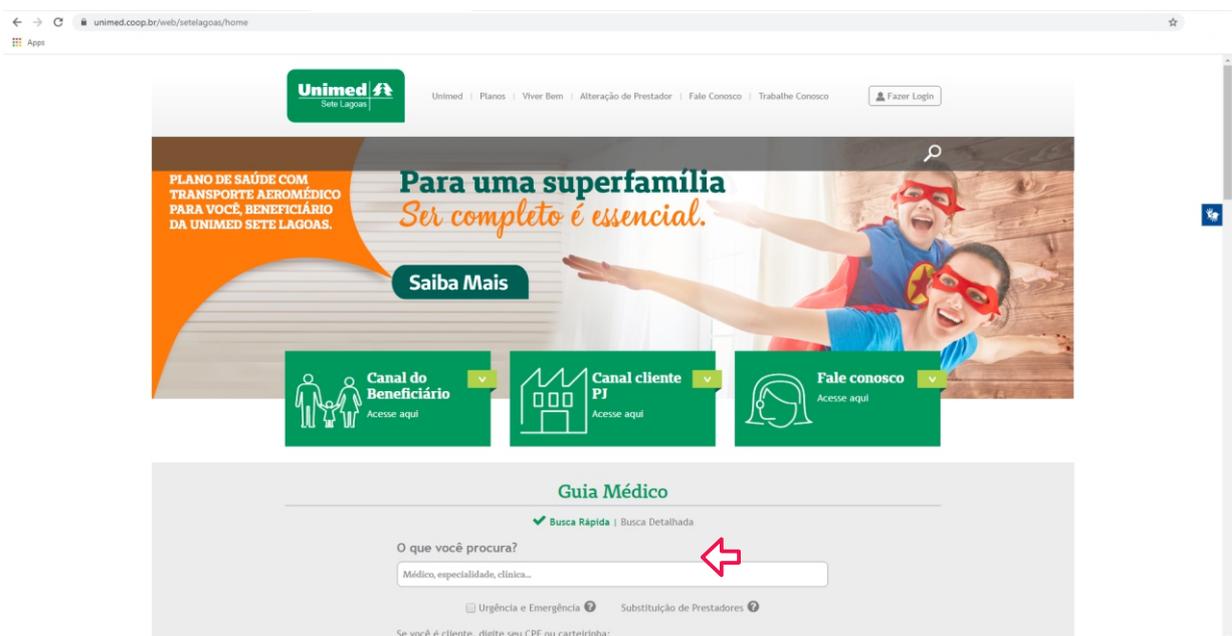
Para ter acesso ao guia médico é necessário entrar no site da Unimed Sete Lagoas e preencher as informações solicitadas.

Siga o passo a passo:

- Acessar o site da Unimed Sete Lagoas www.unimed.coop.br/web/setelagoas www.unimedsetelagoas.coop.br



- Em seguida, no campo do Guia Médico, clique em Busca Detalhada;



- E posteriormente insira o seu CPF ou número da carteirinha e clique em Pesquisar.

Guia Médico
Sua busca ficou ainda mais fácil!

REDE ASSISTENCIAL | UNIMED SETE LAGOAS

Busca rápida | Busca detalhada

O que você procura?

Nome do prestador

Urgência e Emergência Substituição de Prestadores

Estado Cidade Bairro

Planos Redes

Especialidade ou Área de Atuação Serviço

Tipo de Recurso Qualificação

Se você é cliente, digite seu CPF ou carteirinha:

CPF ou carteirinha (opcional)

PESQUISAR

- **Para Download**

Na parte superior da tela irá aparecer o seu nome completo, seu tipo de plano, sua rede e a opção de baixar o Guia Médico em PDF.

Clicar na opção de baixar o Guia Médico PDF e logo depois acesse o arquivo.

mais fácil!

REDE ASSISTENCIAL | UNIMED SETE LAGOAS

Olá,
Seu Plano: IDEAL MAIS FACIL CE ENFERMARIA
Sua Rede: RBO4
Baixar Guia Médico PDF

Busca rápida | Busca detalhada

O que você procura?

Nome do prestador

Urgência e Emergência Substituição de Prestadores

Estado Cidade Bairro

(459466095) - IDEAL MAIS FACIL CE ENFERMARIA RBO4

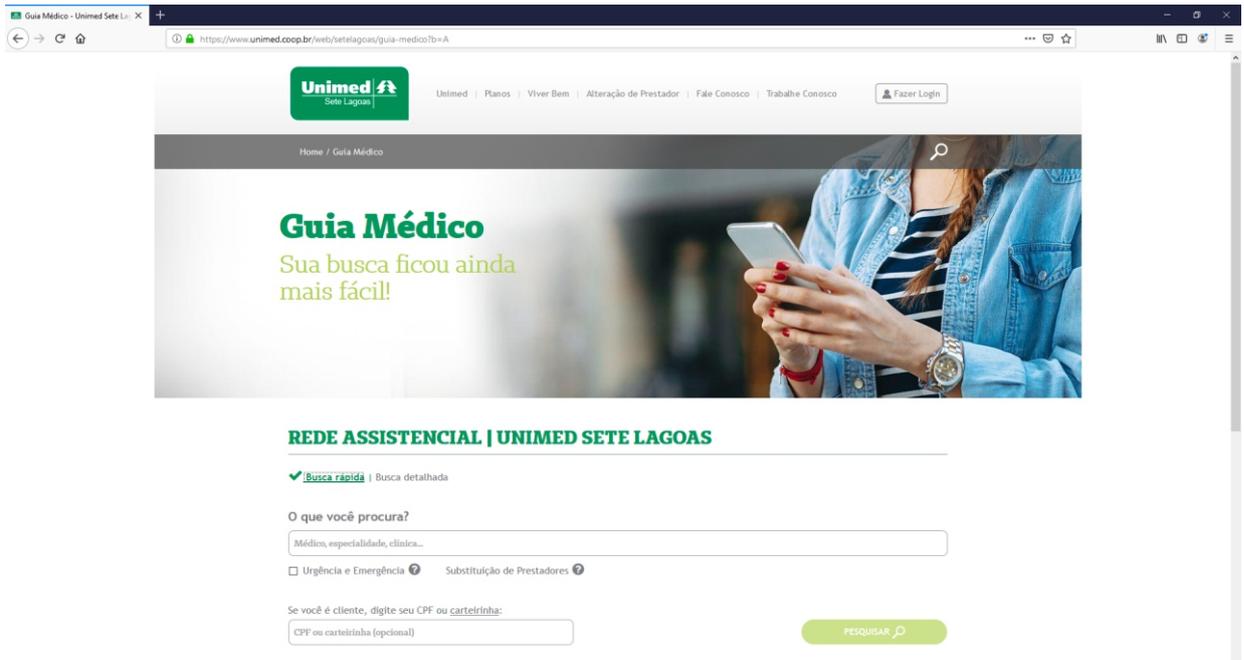
Especialidade ou Área de Atuação Serviço

Tipo de Recurso Qualificação

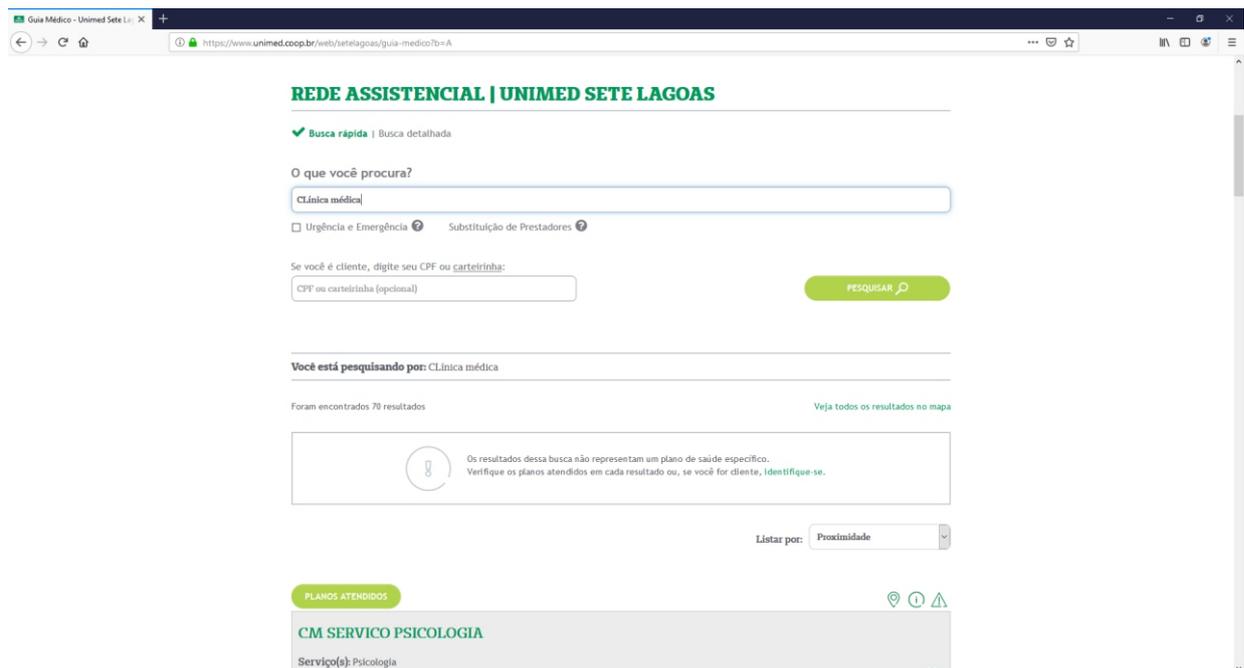
PESQUISAR

Outra forma de pesquisa:

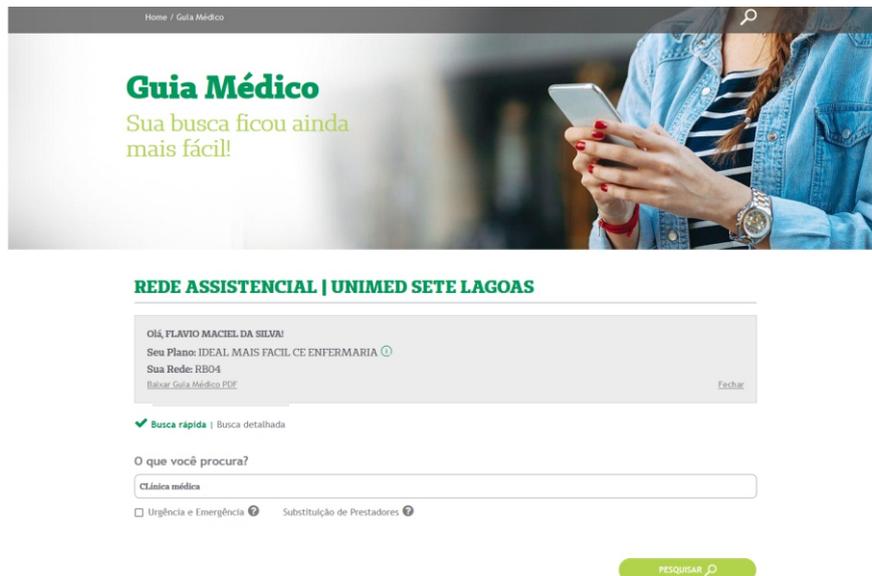
Para acessar uma “Busca Rápida” exemplo informe a especialidade “Clínica Médica” o “CPF” do titular do contrato ou “cartão Unimed” e clicar em pesquisar.



- Resultado da pesquisa da especialidade de “Clínica Médica”.



Caso necessário na mesma pesquisa o site tem opção do guia médico em PDF, clicar “Guia Médico PDF”.



▶ PRAZOS MÁXIMOS PARA atendimento:

Confira os prazos máximos para atendimento dos beneficiários, observando a área de abrangência contratada no seu plano.

- Esses prazos valem para o atendimento por um dos profissionais ou estabelecimentos de saúde da rede conveniada ao plano, na especialidade necessária, e não para o atendimento por um profissional ou estabelecimento específico, da preferência do beneficiário.

← → 🔒 Não seguro | ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/espaco-do-consumidor/prazos-maximos-de-atendimento

Apps GLPI - Autenticação

Principal / Planos e Operadoras / Espaço do Consumidor / Prazos máximos de atendimento

Espaço do Consumidor

- O que o seu Plano de Saúde deve cobrir?
- Prazos máximos de atendimento**
- Carência
- Dados Cadastrais do Consumidor
- Aposentados e demitidos
- Canais de Atendimento ao Consumidor
- Acompanhe seu processo
- Acompanhamento de solicitações
- Verificar Cobertura de Plano
- Qualidade de Hospitais, Clínicas, Laboratórios e Profissionais de Saúde
- Projeto Sua Saúde
- Parto na saúde suplementar - Conheça seus direitos
- Caminho do Consumidor
- Reclames de mensalidade

Informações e Avaliações de Operadoras

Espaço da Operadora

Contratação e Troca de Plano

Prazos máximos de atendimento

Após o período de carência, o beneficiário terá direito ao atendimento, conforme segmentação do plano (se odontológico ou médico-hospitalar; se ambulatorial ou hospitalar com ou sem obstetrícia; se referencial), e este atendimento deverá ocorrer dentro dos prazos máximos.

Confira os prazos máximos para atendimento:

| Serviços | Prazos máximos de atendimento (em dias úteis) | Prazos excepcionais em razão da Covid-19 (em dias úteis) |
|---|---|--|
| Consulta básica - pediatria, clínica médica, cirurgia geral, ginecologia e obstétrica | 07 (sete) | 14 |
| Consulta nas demais especialidades | 14 (catorze) | 28 |
| Consultar sessão com fonoaudiólogo | 10 (dez) | 20 |
| Consultar sessão com nutricionista | 10 (dez) | 20 |
| Consultar sessão com psicólogo | 10 (dez) | 20 |
| Consultar sessão com terapeuta ocupacional | 10 (dez) | 20 |
| Consultar sessão com fisioterapeuta | 10 (dez) | 20 |
| Consulta e procedimentos realizados em consultório/ clínica com cirurgia-dentária | 07 (sete) | 14 |
| Serviços de diagnóstico por laboratório de análises clínicas em regime ambulatorial | 03 (três) | 6 |
| Demais serviços de diagnóstico e terapia em regime ambulatorial | 10 (dez) | 20 |
| Procedimentos de alta complexidade (PAC) | 21 (vinte e um) | 42 |
| Atendimento em regime de hospital-dia | 10 (dez) | Prazo suspenso |

Para garantir agilidade e qualidade no seu atendimento dentro dos prazos acima mencionados, solicitamos a apresentação de documentação necessária, quando solicitada.

Para ser atendido dentro dos prazos, você deverá ter cumprido os períodos de carência previstos em seu contrato.

▶ QUAL É O PLANO QUE você adquiriu?

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

- a) **Nacional;**
- b) **Estadual;**
- c) **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;
- b) **Pós-pagamento em custo operacional (pós-estabelecido em custo operacional)** – Quando o valor da contraprestação pecuniária é efetuada pela contratante depois da utilização das coberturas contratadas.

QUANTO AO FATOR MODERADOR

- a) **Coparticipação** – Quando o beneficiário paga parte da despesa assistencial diretamente à operadora, após a realização do procedimento.

QUANTO À ÉPOCA DA CONTRATAÇÃO

- a) **Regulamentados** (contratos firmados a partir de 02/01/1999, depois da vigência da Lei 9.656/98);
- b) **Não-regulamentados** (contratos firmados antes de 02/01/1999, antes da vigência da Lei 9.656/98);
- c) **Adaptados** (contratos firmados antes de 02/01/1999, mas que foram editados para ajustá-los à cobertura da Lei 9.656/98 e demais normas da ANS – Agência Nacional de Saúde).

QUANTO AO PADRÃO DE ACOMODAÇÃO

- a) **Enfermaria** (Acomodação coletiva);
- b) **Apartamento** (Acomodação individual).

COBERTURA DO SEU PLANO

Fique por dentro das coberturas do seu plano.

As coberturas da Unimed estão de acordo com o Rol de Procedimentos – listagem dos procedimentos em saúde, cuja cobertura é garantida – editado e atualizado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que está disponível no endereço eletrônico: www.ans.gov.br.

COBERTURA AMBULATORIAL

Nesta cobertura está garantida a prestação de saúde que compreende consultas médicas em clínicas ou consultórios, exames, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais.

Os atendimentos de emergência estão limitados até as primeiras 12 horas do atendimento. A realização de procedimentos exclusivos da cobertura hospitalar fica sob responsabilidade do beneficiário, mesmo sendo feito na mesma unidade de prestação de serviços e em tempo menor que 12 horas.

COBERTURA HOSPITALAR

Além do regime de internação hospitalar, também está incluída a atenção ao parto. É garantida, ainda, a cobertura assistencial ao recém-nascido filho natural ou adotivo do contratante, ou de seu dependente, durante os primeiros 30 dias após o parto.

Em caso de necessidade de assistência médico-hospitalar da condição gestacional de pacientes ainda cumprindo período de carência, a operadora deverá abranger cobertura igual àquela fixada para o plano do segmento ambulatorial, não garantido, portanto, internação além das 12 horas iniciais.

OUTRAS COBERTURAS

1 - Cobertura para remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica, em território brasileiro;

Entre hospitais, depois de realizados os atendimentos classificados como de urgência e emergência, e quando o médico assistente identificar necessidade de internação;

Para transferência hospitalar, quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade para dar continuidade de atenção ao paciente;

2 - Transplante de córnea ou rins*;

3 - Cirurgia plástica reparadora terá cobertura contratual quando efetuada, exclusivamente, para restauração de funções em órgãos, membros e regiões atingidas em virtude de acidentes pessoais, ocorridos na vigência do contrato para o respectivo beneficiário e que estejam causando problemas funcionais;

4 - Cirurgia buco-maxilo-facial que necessitem de ambiente hospitalar*.

**Conforme condições contratuais e de acordo com a legislação vigente.*

► CARÊNCIA

É o prazo ininterrupto, contado a partir da vigência do contrato, durante o qual o beneficiário não tem direito à utilização dos procedimentos contratados, conforme tabela a seguir:

| Procedimentos | Carências |
|--|------------------|
| Procedimentos de urgência e de emergência, nos termos definidos no contrato; | 24 horas |
| Consultas médicas e exames básicos de diagnóstico e terapia; | 30 dias |
| Consultas e sessões com nutricionista, com fonoaudiólogo; com terapeuta ocupacional e de psicoterapia; | 30 dias |
| Exames especiais de diagnóstico e terapia; | 180 dias |
| Cirurgias ambulatoriais e Hospitalares; | 180 dias |
| Diálises, hemodiálises e para procedimentos de fisioterapia; | 180 dias |
| Demais coberturas previstas neste Contrato, bem como para novos procedimentos decorrentes de atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS; | 180 dias |
| Parto a termo. | 300 dias |

Os períodos de carência podem variar de acordo com o tipo de contratação do plano de saúde, porém, em nenhuma hipótese, superarão os períodos acima descritos. Confira as carências em seu contrato.

Cobertura Parcial Temporária (CPT) é aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal.



► DECLARAÇÃO DE SAÚDE

PROPONENTE A BENEFICIÁRIO, ATENÇÃO MUITO IMPORTANTE!

Esta declaração deve ser preenchida exclusivamente pelo BENEFICIÁRIO ou seu Representante Legal.

| NOME DO PROPONENTE (BENEFICIÁRIO) | | | | |
|--|--|------------|------|------------|
| Nome completo do Beneficiário Titular (sem abreviaturas) | | Nascimento | Sexo | |
| | | | | |
| NOME DOS BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES | | | | |
| | Nome completo dos Beneficiários Dependentes (sem abreviaturas) | Nascimento | Sexo | Parentesco |
| Dep. 1 | | | | |
| Dep. 2 | | | | |
| Dep. 3 | | | | |
| Dep. 4 | | | | |
| Dep. 5 | | | | |

1 - Ao preencher esta declaração o **BENEFICIÁRIO** ou Representante Legal assume a responsabilidade pelas informações sobre as doenças de que seja portador ou sofredor e das quais tenha conhecimento no momento da contratação, com relação a si e a todos os seus dependentes inscritos no Contrato Particular de Prestação de Oferta de Plano Privado de Assistência à Saúde.

Artigo 299 do Código Penal Brasileiro - **FALSIDADE IDEOLÓGICA:**

“Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante: pena de reclusão, de um a cinco anos e multa, se o documento é público, e reclusão de um a três anos e multa, se o documento é particular.”

2 - Para efeito desta Declaração de Saúde ficam assim definidos:

► DOENÇAS OU LESÕES PREEXISTENTES - DLP

São aquelas existentes antes da contratação do plano de saúde, e que o beneficiário ou seu responsável saiba ser portador.

Carta de Orientação ao Beneficiário

Prezado(a) Beneficiário(a),

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), instituição que regula as atividades das operadoras de planos privados de assistência à saúde, e tem como missão defender o interesse público vem, por meio desta, prestar informações para o preenchimento da DECLARAÇÃO DE SAÚDE.

O QUE É A 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.

AO DECLARAR AS DOENÇAS E/OU LESÕES QUE O BENEFICIÁRIO SAIBA SER PORTADOR NO MOMENTO DA CONTRATAÇÃO:

- A operadora NÃO poderá impedi-lo de contratar o plano de saúde. Caso isto ocorra, encaminhe a denúncia à ANS.
- A operadora deverá oferecer: cobertura total ou COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT), podendo ainda oferecer o Agravado, que é um acréscimo no valor da mensalidade, pago ao plano privado de assistência à saúde, para que se possa utilizar toda a cobertura contratada, após os prazos de carências contratuais.
- No caso de CPT, haverá restrição de cobertura para cirurgias, leitos de alta tecnologia (UTI, unidade coronariana ou neonatal) e procedimentos de alta complexidade - PAC (tomografia, ressonância, etc.*) EXCLUSIVAMENTE relacionados à doença ou lesão declarada, até 24 meses, contados desde a assinatura do contrato. Após o período máximo de 24 meses da assinatura contratual, a cobertura passará a ser integral de acordo com o plano contratado.
- NÃO haverá restrição de cobertura para consultas médicas, internações não cirúrgicas, exames e procedimentos que não sejam de alta complexidade, mesmo que relacionados à doença ou lesão preexistente declarada, desde que cumpridos os prazos de carências estabelecidas no contrato.
- Não caberá alegação posterior de omissão de informação na Declaração de Saúde por parte da operadora para esta doença ou lesão.

AO NÃO DECLARAR AS DOENÇAS E/OU LESÕES QUE O BENEFICIÁRIO SAIBA SER PORTADOR NO MOMENTO DA CONTRATAÇÃO:

- A operadora poderá suspeitar de omissão de informação e, neste caso, deverá comunicar imediatamente ao beneficiário, podendo oferecer CPT, ou solicitar abertura de processo administrativo junto à ANS, denunciando a omissão da informação.
- Comprovada a omissão de informação pelo beneficiário, a operadora poderá RESCINDIR o contrato por FRAUDE e responsabilizá-lo pelos procedimentos referentes a doença ou lesão não declarada.
- Até o julgamento final do processo pela ANS, NÃO poderá ocorrer suspensão do atendimento nem rescisão do contrato. Caso isto ocorra, encaminhe a denúncia à ANS.

Carta de Orientação ao Beneficiário

ATENÇÃO! Se a operadora oferecer redução ou isenção de carência, isto não significa que dará cobertura assistencial para as doenças ou lesões que o beneficiário saiba ter no momento da assinatura contratual.

Cobertura Parcial Temporária - CPT - NÃO é carência! Portanto, o beneficiário não deve deixar de informar se possui alguma doença ou lesão ao preencher a Declaração de Saúde.

* Para consultar a lista completa de procedimentos de alta complexidade - PAC, acesse o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS no endereço eletrônico: **www.ans.gov.br - Perfil Beneficiário.**

* Em caso de dúvidas, entre em contato com a ANS pelo telefone 0800-701-9656 ou consulte a página da ANS - **www.ans.gov.br - Perfil Beneficiário.**

Beneficiário:

_____, ____/____/____
Local Data

Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

Nome legível, assinatura e CPF

Intermediário entre a operadora e o beneficiário:

_____, ____/____/____
Local Data

Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

Nome legível, assinatura e CPF

► **DICAS DE UTILIZAÇÃO** *do plano:*

Quando não puder comparecer à consulta, avise com pelo menos 24 horas de antecedência. Outra pessoa pode precisar daquele médico.

Guarde sempre as prescrições do seu médico. O desaparecimento de sintomas não significa o fim da necessidade de cuidados médicos.

Escreva tudo o que você deseja discutir com o seu médico. Isso ajuda a manter a atenção no que realmente lhe incomoda. Leve a lista e leia antes de começar a consulta.

Para agilizar qualquer atendimento, apresente sempre o cartão de identificação e a carteira de identidade.

Em caso de perda do cartão de identificação, procure a sede da Unimed Sete Lagoas, e em casos de planos empresariais, comunique o fato ao Recursos Humanos da empresa evitando, assim, que um desconhecido utilize seu cartão.

Nunca empreste o seu cartão de identificação a outra pessoa. Ele é pessoal e intransferível. Se apurado o uso indevido de um serviço por esse motivo, o beneficiário pode sofrer consequências, como por exemplo a sua exclusão.

Evite o uso do pronto atendimento em casos que não forem de urgência ou emergência.

Vá ao pronto atendimento apenas se realmente for necessário.

Os prontos-socorros dos hospitais precisam estar livres para casos de urgência e emergência. Se você tiver algum sintoma que possa esperar, procure o seu médico de confiança. Ele tem seu histórico.

E você estará ajudando alguém que realmente precisa de um pronto-socorro.

São casos de urgência e emergência:

Emergência: é o evento que implica no risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.

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

▶ **OUTRAS INFORMAÇÕES** *sobre os planos*

Rede credenciada / Rede referenciada

É o conjunto de profissionais e estabelecimentos de saúde, incluindo médicos, consultórios, laboratórios, clínicas e hospitais, indicados pela operadora do plano de saúde para atendimento aos beneficiários.

Rede ampla

O acesso à Rede Ampla da Unimed Sete Lagoas é formado pela maior e melhor estrutura credenciada de hospitais, os serviços próprios da Unimed Sete Lagoas, clínicas e laboratórios e médicos cooperados.

Agendar consultas eletivas – exceto em Plano Ideal + Fácil

Consultas eletivas devem ser agendadas por telefone, diretamente nos consultórios dos médicos cooperados da rede básica Unimed.

No ato da consulta, apresente seu cartão Unimed e documento com foto.

Procedimento eletivo

É o termo usado para designar procedimentos médicos não considerados de urgência ou emergência e que podem ser programados.

Autorização

Para autorização de consultas e exames, tenha sempre em mãos os seguintes documentos:

- Cartão de identificação;
- Documento de identificação pessoal;
- Pedido médico (com validade de 90 dias);

Autorização de consultas:

Produto rede ampla, intercâmbio e antigo PLANSEG:

Serão autorizadas diretamente nos consultórios dos médicos.

Ideal Mais Fácil

- Especialidades básicas (ginecologia, clínica médica, pediatria e ortopedia):

O beneficiário deverá procurar primeiramente os Núcleos para serem atendidos pelas especialidades básicas. Nestas especialidades, o beneficiário terá a autorização da consulta diretamente nos Núcleos.

- Demais especialidades: o beneficiário deverá ter o encaminhamento médico e vir presencialmente a sede administrativa para pegar sua autorização de consulta, após o agendamento da consulta.

A validade da autorização será de até 120 dias, caso não haja interrupção do tratamento. Ultrapassado este prazo, o beneficiário precisará de novo encaminhamento médico.

- Oftalmologia: o beneficiário deverá vir presencialmente na sede administrativa para pegar autorização, sem necessidade de passar pelo atendimento do médico no Núcleo.

Autorização direta no prestador:

Os beneficiários de planos Unimed, deverão buscar a rede credenciada para autorização direta no prestador, **exceto os beneficiários que possuem plano do antigo Planseg**, para os seguintes exames:

Exames de laboratório, Raio X, Ultra Som, Tomografia Computadorizada, Ecodopplercardiograma, espirometria, remoção de cerume, puericultura, investigação ultrassônica, colposcopia, eletrocardiograma, anoscopia e mamografia (constante na lista encaminhada pela USL), o beneficiário deverá buscar a rede credenciada para autorização direta no prestador.

Os exames que não foram citados acima, serão autorizados na sede administrativa da Unimed.

Os beneficiários que possuem plano do antigo Planseg deverão comparecer, presencialmente à sede administrativa para autorizarem todos os exames.

Para recém-nato, de plano com cobertura hospitalar, a documentação necessária será:

- Certidão de nascimento do recém-nato ou cartão da maternidade;
- Documento e cartão de identificação do pai ou da mãe;

Transcrições de Pedidos Médicos

Os pedidos médicos de exames de laboratório e demais exames, que não estão na guia da Unimed, necessitam de autorização da Unimed.

Núcleos de Atendimento

Os Núcleos oferecem uma estrutura moderna e confortável para atender os beneficiários Unimed Sete Lagoas. Neles você pode agendar suas consultas com profissionais de diversas especialidades.

Relação dos prestadores para atendimento aos beneficiários do plano IDEAL MAIS FÁCIL:

ATENDIMENTOS AGENDADOS

NÚCLEOS DE ATENDIMENTO UNIMED

UNIDADE DE SETE LAGOAS
Rua Quintino Bocaiúva, nº 344 – Centro
Sete Lagoas / MG
31_2106-4566 / 2106-4577

UNIDADE DE PARAPEBA
Praça Coronel Bernardino, nº 186 B – Centro
Paraopeba / MG
31_3714-2020

ESPECIALIDADES DISPONÍVEIS:

- Pediatria;
- Clínica Médica;

- Ginecologia / Obstetrícia;
- Ortopedia;

Para atendimento nas demais especialidades e outros procedimentos, o beneficiário receberá uma autorização prévia emitida pelas equipes dos Núcleos, e escolherá o médico ou prestador a partir de relação de profissionais disponíveis.

► **MECANISMOS** *de regulação*

Somente terão direito aos serviços ora contratados os Beneficiários regularmente inscritos.

Os serviços previstos no contrato poderão ser prestados por todas as Unimed localizadas na área de abrangência geográfica do plano ora contratado, pelo Sistema Unimed.

Será fornecido ao Beneficiário a relação de Médicos Cooperados e Hospitais, médicos cooperados e prestadores credenciados pela **CONTRATADA**, bem como a relação das Unimed localizadas na área de abrangência geográfica do plano ora contratado, que igualmente poderá ser consultada por meio de acesso ao sítio da Unimed na Internet:
www.unimed.coop.br/web/setelagoas/guia-medico

A CONTRATADA reserva-se o direito de alterar a rede de prestadores de serviços, obedecido aos trâmites legais existentes, principalmente no que se refere à mudança de entidade hospitalar, conforme art.17 da Lei nº 9.656/1998.

É facultada a substituição de entidade hospitalar, desde que por outro equivalente e mediante comunicação ao Beneficiário e à ANS com 30 (trinta) dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias em vigor.

Na hipótese de a substituição de entidade hospitalar ocorrer por vontade da CONTRATADA durante período de internação de algum Beneficiário, será garantido o pagamento das despesas relacionadas com a internação até a alta hospitalar, estabelecida pelo médico assistente, exceto nos casos de infração às normas sanitárias, quando a Contratada providenciará, às suas expensas, a transferência imediata para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuação da assistência.

No caso de redução de entidade hospitalar, é necessária autorização prévia da ANS.

A CONTRATADA assegurará aos Beneficiários os serviços médico-hospitalares, ambulatoriais, auxiliares de diagnóstico e terapia, obedecidas as determinações do contrato, conforme especificado a seguir:

- a) consultas: os Beneficiários serão atendidos no consultório médico escolhido, dentre os médicos cooperados credenciados, ressalvados os casos de urgência ou de emergência;**

- b) atendimentos clínicos, cirúrgicos e ambulatoriais: serão prestados em consultórios, clínicas, serviços ou hospitais credenciados, ressalvados os casos de urgência ou de emergência;
- c) exames complementares e serviços auxiliares: serão prestados através da rede credenciada, mediante solicitação do médico assistente, ressalvados os casos de urgência ou de emergência.

O Beneficiário deverá requerer, à CONTRATADA, seja emitida autorização prévia para realização dos atendimentos garantidos em Contrato, à exceção de consultas e exames laboratoriais, não incluídos os exames de medicina nuclear, para os quais haverá necessidade de emissão da autorização de que trata este item.

A autorização prévia deverá ser obtida na sede da CONTRATADA. No caso dos atendimentos de urgência ou de emergência ocorridos fora da área da abrangência descrita neste Contrato, pelo Sistema Unimed, a cooperativa local será a responsável pelo contato com a CONTRATADA para tomada das providências cabíveis.

Para internações eletivas, o Beneficiário deverá procurar a CONTRATADA, antes de se dirigir à rede credenciada, devendo apresentar o pedido de internação, firmado pelo médico assistente, justificando as razões da internação, indicando o diagnóstico, o tratamento prescrito, a duração prevista da internação, quando a Unimed emitirá uma guia de internação, com prazo previamente estabelecido, que poderá ser prorrogado mediante solicitação de prorrogação emitida pelo médico assistente.

Em caso de necessidade de prorrogação do prazo de internação previamente autorizado, o Beneficiário, ou quem por ele responda, deverá apresentar à CONTRATADA a solicitação de prorrogação emitida pelo médico assistente, com justificativa.

Por ocasião da concessão de autorização prévia, a CONTRATADA garantirá, ao Beneficiário, atendimento pelo profissional avaliador no prazo máximo de 1 (um) dia útil, a partir do momento de sua solicitação.

Nos termos da Resolução nº 08/98, do Consu, em caso de divergência médica na concessão da autorização prévia, será garantida a instauração de junta médica, para definição do impasse, constituída pelo profissional solicitante do procedimento ou nomeado pelo Beneficiário, por médico da CONTRATADA e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais acima nomeados, cuja remuneração ficará a cargo da CONTRATADA. O Beneficiário arcará com os honorários do médico que designar caso ele não pertença à rede da CONTRATADA.

Nos casos de urgência ou emergência, o Beneficiário, ou quem por ele responda, terá o prazo de 2 (dois) dias úteis contados da data da realização do atendimento para providenciar os documentos acima mencionados, sob pena da CONTRATADA não se responsabilizar por quaisquer despesas.

A CONTRATADA não se responsabilizará por qualquer acordo ajustado particularmente pelos Beneficiários ao prestador do atendimento, correndo tais despesas por conta exclusiva do Beneficiário.

Quando a prescrição do procedimento (exames, terapias etc) for efetuada por medico não cooperado da CONTRATADA, o beneficiário ou quem por ele responda deverá se dirigir à CONTRATADA para transcrição do pedido para uma guia da Unimed para, assim, poder realizar o procedimento solicitado, caso seja coberto pelo plano.

► REEMBOLSO

A Unimed Sete Lagoas assegurará o reembolso, no limite das obrigações e abrangência geográfica contratadas, das despesas efetuadas pelo beneficiário com assistência à saúde, nos casos exclusivos de urgência ou emergência, conforme tabela praticada pela Unimed, de acordo com os valores da Tabela de Referência vigente à data do evento, quando não for possível a utilização de serviços próprios, contratados ou credenciados. O prazo para resposta é de 30 (trinta) dias corridos, contados a partir da data de apresentação do pedido de reembolso, desde que todos os documentos sejam devidamente apresentados, conforme abaixo.

Pedido médico original ou cópia:

- Relatório médico justificando a realização do procedimento;
- Nota fiscal ou recibo original;
- Solicitação de reembolso por escrito, feita pelo próprio beneficiário, ou responsável;
- Nos casos de conta hospitalar, será necessário o detalhamento da conta;
- Resultado dos exames os quais o beneficiário precisa ser reembolsado.

Outras considerações

Fica expressamente estabelecido que o presente não contempla reembolso de atendimento por troca de médico por preferência do beneficiário, ainda que por especialista, havendo serviço médico disponível na rede de prestadores do plano para o atendimento de urgência e emergência.

Apenas serão reembolsáveis as despesas vinculadas diretamente ao evento que originou o atendimento ao beneficiário, realizado enquanto perdurar o estado de urgência ou emergência.

O beneficiário perderá o direito ao reembolso decorridos 12 (doze) meses da data do evento.

Reembolso somente é possível nos casos de urgência/emergência quando não for possível o acesso à rede cooperada/credenciada.

▶ QUANDO PROCURAR UM

Pronto Atendimento

- Corte profundo;
- Quebra de algum membro;
- Luxação intensa;
- Acidente de origem elétrica;
- Queimaduras;
- Afogamento;
- Dificuldade respiratória;
- Perda de visão ou audição;
- Inconsciência ou desmaio;
- Grave reação alérgica;
- Febre alta permanente;
- Agressões físicas;
- Hemorragias (forte sangramento);
- Infarto do miocárdio (forte dor no peito);
- Intoxicação por alimento ou medicamento;
- Sangue no vômito, urina, fezes ou tosse;
- Picada ou mordida de animais peçonhentos;
- Acidente de carro, moto, atropelamento e quedas;
- Convulsões, dores intensas no peito, abdômen, cabeça e outros;
- Derrames, perda de função e/ou dormência nos braços e pernas.



► **CONDIÇÕES DE PERMANÊNCIA** *no plano empresarial*

Demitido

O beneficiário que contribuir com o plano de saúde e for demitido, sem justa causa, pode permanecer por um período correspondente a um terço do tempo de permanência no Plano, sendo, no mínimo, 6 meses e, máximo, 24 meses, passando então a assumir as responsabilidades referente às mensalidades e as participações integralmente e não seja admitido em outra empresa.

Aposentado

O beneficiário que tiver contribuído com a mensalidade do plano de saúde em decorrência do vínculo empregatício pelo prazo mínimo de dez anos, terá garantido o direito de permanência, passando então a assumir as responsabilidades referente às mensalidades e participações. Se o tempo de permanência for inferior, o direito será assegurado à razão de um ano para cada ano de permanência.

Obs.: As condições de demitido e aposentado são exclusivamente para planos empresariais, observando a legislação vigente, para o funcionário que contribuiu com a mensalidade ou parte dela enquanto ativo. A coparticipação não é considerada como contribuição para gozo de direito.

A empresa empregadora é obrigada a manter o aposentado ou o ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa no plano enquanto o benefício for ofertado para os empregados ativos, desde que o aposentado ou o ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa tenha contribuído para o custeio do seu plano privado de saúde e que o mesmo não seja admitido em novo emprego.

A decisão do aposentado ou o ex-empregado demitido sem justa causa de se manter no plano deve ser informada à empresa empregadora no prazo máximo de 30 dias contados a partir da comunicação do empregador sobre o direito de manutenção do gozo do benefício.

As regras para manutenção de planos de saúde para aposentados e demitidos são aplicadas conforme a Lei nº 9.656/98 e a Resolução Normativa nº 279 da ANS.

► **REAJUSTES**

A mensalidade do seu plano de saúde poderá sofrer reajuste quando:

- Anualmente, na data base (aniversário) do contrato (Pessoa Física e Pessoa Jurídica);
- Houver desequilíbrio contratual devido ao aumento dos custos médicos, frequência de utilização ou ainda de acordo com as condições contratuais, exclusivamente para contratos firmados com pessoa jurídica;
- Houver mudança de faixa etária.

Lembrando que as faixas e os percentuais a serem aplicados estão detalhados em seu contrato, de acordo com as características do seu plano.

O valor da coparticipação será reajustado anualmente, no mesmo mês e valor do índice de reajuste das mensalidades autorizadas pela ANS, a fim de manter o equilíbrio econômico-financeiro do contrato.

► **COMO ACONTECEM AS INCLUSÕES E EXCLUSÕES** *dos beneficiários?*

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

Qualquer inclusão deve ser providenciada no prazo mencionado no contrato firmado com a sua empresa (admissão do beneficiário titular, casamento, nascimento, etc.)

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 Familiares** as inclusões e exclusões de dependentes são deliberadas pelo beneficiário titular ou contratante pagador.

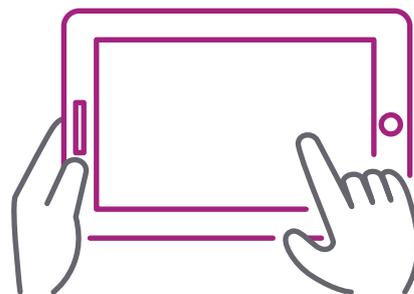
▶ **PORTAL DE** *serviços*

Serviços disponíveis on-line:

No Portal, você tem acesso ao Guia Médico on-line.

Se precisar e não tiver em mãos o impresso ou a versão mobile (smartphones e tablets), entre em contato com sua Unimed

Se necessário, busque o fale conosco, acesse: www.unimed.coop.br/setelagoas



▶ **PORTABILIDADE**

O que é portabilidade de carências?

É a possibilidade de contratar um plano de saúde, individual ou familiar, coletivo por adesão ou coletivo empresarial, com registro de produto na ANS, dentro da mesma operadora de planos de saúde ou em operadoras diferentes e ficar dispensado de cumprir novos períodos de carência ou de cobertura parcial temporária exigíveis e já cumpridos no plano de origem. Tal possibilidade vigora para os planos individuais e familiares, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais, observados os requisitos dispostos na Resolução Normativa – RN nº 438, que entrou em vigor em junho de 2019.

Para ter direito à portabilidade, o beneficiário deve atender alguns pré-requisitos básicos, como:

- O vínculo do beneficiário com o plano de origem deve estar ativo;
- Estar em dia com o pagamento das mensalidades;
- O beneficiário deve ter cumprido prazo de permanência:
Na primeira portabilidade de carências, no mínimo dois anos no plano de origem ou no mínimo três anos na hipótese de o beneficiário ter cumprido cobertura parcial temporária; ou
- Nas posteriores, no mínimo um ano de permanência no plano de origem ou no mínimo dois anos na hipótese em que o beneficiário tenha exercido a portabilidade para um plano de destino que possuía coberturas não previstas na segmentação assistencial do plano de origem;
- O plano de origem deve ter sido contratado após 1º de janeiro de 1999 ou adaptado à Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998;

-
- A faixa de preço do plano de destino deve ser igual ou inferior a que se enquadra o plano de origem do beneficiário, considerada a data da consulta ao módulo de portabilidade de carências do Guia ANS de Planos de Saúde;
 - Caso o plano de destino seja de contratação coletiva, o beneficiário deverá possuir vínculo com a pessoa jurídica contratante do plano, nos termos dos artigos 5º e 9º da RN nº 195, de 14 de julho de 2009, ou o beneficiário deverá ser ou possuir vínculo com empresário individual, nos termos da RN nº 432, de 27 de dezembro de 2017.

Para realizar a portabilidade de carências, o beneficiário deverá apresentar os seguintes documentos:

I – Comprovantes de pagamento das 3 (três) últimas mensalidades vencidas, ou declaração da operadora do plano de origem ou da pessoa jurídica contratante, ou qualquer outro documento hábil à comprovação do adimplemento do beneficiário;

II – Proposta de adesão assinada, ou contrato assinado, ou declaração da operadora do plano de origem ou da pessoa jurídica contratante, ou comprovantes de pagamento das mensalidades do prazo de permanência exigido, ou qualquer outro documento hábil à comprovação do prazo de permanência;

III – Relatório de compatibilidade entre os planos de origem e de destino ou número de protocolo de consulta de compatibilidade de plano para portabilidade, ambos emitidos pelo Guia ANS de Planos de Saúde, ou ofício autorizativo emitido pela ANS;

IV – Caso o plano de destino seja de contratação coletiva, comprovação de vínculo com a pessoa jurídica contratante do plano, nos termos dos artigos 5º e 9º da RN nº 195, de 2009, ou comprovação referente ao empresário individual, nos termos da RN nº 432, de 27 de dezembro de 2017.

A análise da proposta é realizada em até 10 dias a partir da entrega das documentações.

Portabilidade em decorrência da extinção do vínculo:

A portabilidade de carências poderá ser exercida em decorrência da extinção do vínculo de beneficiário deverá ser requerida no prazo de 60 (sessenta) dias a contar da data da ciência pelo beneficiário da extinção do seu vínculo com a operadora, não se aplicando os requisitos de vínculo ativo, de prazo de permanência, e de compatibilidade por faixa de preço previstos, nas seguintes hipóteses:

I – Pelo beneficiário dependente, em caso de morte do titular do contrato, sem prejuízo do disposto no §3º do artigo 30 da Lei nº 9.656, de 1998;

II – Pelo beneficiário dependente, em caso de perda da condição de dependência do beneficiário enquadrado no §1º do artigo 3º, no inciso VII do artigo 5º ou no §1º do artigo 9º, todos da RN nº 195, de 2009;

III – Pelo beneficiário titular e seus dependentes, em caso de demissão, exoneração ou aposentadoria, tendo ou não contribuído financeiramente para o plano de origem, ou quando do término do período de manutenção da condição de beneficiário garantida pelos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998;

IV – Pelo beneficiário titular e seus dependentes, em caso de rescisão do contrato coletivo por parte da operadora ou da pessoa jurídica contratante.

§ 2º A portabilidade de carências em decorrência da extinção do vínculo poderá ser exercida por beneficiários de planos contratados antes de 1º de janeiro de 1999 e não adaptados à Lei nº 9.656, de 1998.

§ 3º O beneficiário que esteja vinculado ao plano de origem há menos de 300 (trezentos) dias pode exercer a portabilidade de carências tratada neste artigo, sujeitando-se, quando cabíveis, aos períodos de carências do plano de destino descontados do tempo em que permaneceu no plano de origem, ressalvados os casos previstos no § 8º, do artigo 3º da Resolução Normativa N°438.

§ 4º O beneficiário que esteja cumprindo cobertura parcial temporária no plano de origem pode exercer a portabilidade de carências, sujeitando-se aos respectivos períodos remanescentes no plano de destino.

§ 5º O beneficiário que esteja pagando agravo e que tenha menos de 24 (vinte e quatro) meses de contrato no plano de origem pode exercer a portabilidade de carências, podendo optar pelo cumprimento de cobertura parcial temporária referente ao tempo remanescente para completar o referido período de 24 (vinte e quatro) meses, ou pelo pagamento de agravo a ser negociado com a operadora do plano de destino.

Fonte: Agência Nacional de Saúde (ANS).

Plano demitido/aposentado

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 enquanto perdurar o contrato de plano de saúde com a empresa.

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 de plano coletivo depois da aposentadoria.

O beneficiário do plano aposentado/demitido será cancelado se a empresa contratante cancelar o plano de saúde.

As regras para a manutenção de planos de saúde para aposentados e demitidos são aplicadas conforme a Lei nº 9.656/98 e a Resolução Normativa nº 279 da ANS.

Fonte: Site da Agência Nacional de Saúde. Disponível em: <http://unimed.me/lg4uNDd>

► REMOÇÃO TERRESTRE E AÉREA

A Unimed disponibiliza aos seus beneficiários a remoção terrestre e aérea.

Remoção terrestre: é uma cobertura para pacientes internados, que necessitem de remoção dos prontos atendimentos ou pronto-socorros para hospitais; de um hospital para outro e em situações que o usuário esteja correndo risco de morte na residência.

Remoção aérea: é um produto que possibilita, de acordo com a modalidade de contratação do plano, atendimento em território nacional, para pacientes internados que necessitem transferência para unidade hospitalar com melhores recursos de atendimento, desde que solicitados e justificados pelo médico assistente.

► VIVER BEM



Introdução:

Seguindo a proposta de manter a qualidade de vida dos nossos beneficiários em toda sua trajetória, a Unimed Sete Lagoas conta com a estrutura do VIVER BEM.

O conceito VIVER BEM tem como base a conscientização da importância do autocuidado, estimulando a mudança de hábitos saudáveis de vida. Para isto, dispõe de uma equipe multidisciplinar formada por médico, enfermeiro, nutricionista, psicóloga, profissional de educação física, fisioterapeuta, fonoaudiólogo e assistente social.

A adesão a estes programas é um benefício gratuito disponibilizado aos clientes da Unimed Sete Lagoas.

► **GERENCIAMENTO DE CASOS ESPECIAIS**

O programa de gerenciamento de casos especiais é destinado aos beneficiários portadores de doenças crônicas e/ou dificuldades funcionais.

São realizadas orientações e assistência domiciliar por profissionais de saúde para melhorar a qualidade de vida do paciente.

A Unimed Sete Lagoas não realiza atendimento domiciliar no estilo Home Care.

► **SAÚDE DO ADULTO E SAÚDE DO IDOSO**

São realizadas consultas individuais com profissionais da saúde, ações que estimulam o autocuidado e atendimento em grupos operativos, com o intuito de promover o bem-estar e a qualidade de vida do adulto de (18 a 59 anos) e do idoso (acima de 60 anos).

► **SAÚDE DO TRABALHADOR**

É destinado às empresas beneficiárias da Unimed Sete Lagoas e tem como objetivo promover a saúde do trabalhador estimulando a mudança de hábitos de vida”.

**** As ações são realizadas nas empresas que aderirem ao programa.***

► **SAÚDE DA GESTANTE**

(Unibebê, Saúde da Mamãe e do Bebê e Sala de Amamentação)

Unibebê: Grupo de orientações teóricas e práticas com o objetivo de oferecer às gestantes e aos seus companheiros: informações, treinamentos e suporte relacionados ao processo de gestação, amamentação e cuidados com o recém-nascido.

Saúde da Mamãe e do Bebê: Grupo de educação em saúde pelo aplicativo de telefone que visa incentivar e explicar sobre o aleitamento materno exclusivo, além de orientar as mães sobre cuidados com o recém-nascido e com o próprio corpo, em um período de 45 dias após o parto.

Sala de Amamentação: É um espaço de atendimento individualizado em consultório adaptado para receber mães que encontram-se em processo de amamentação.

► **PLANEJAMENTO FAMILIAR**

Curso destinado a beneficiários em idade reprodutiva para fornecer orientações e suporte, auxiliando no processo de escolha de métodos contraceptivos, reduzindo assim as chances de uma gravidez não planejada, além de infecções sexualmente transmissíveis.

► FALE COM A UNIMED

Fale com a Unimed Sete Lagoas

Locais e Canais de atendimento:

SEDE ADMINISTRATIVA

Rua Coronel Randolfo Simões, 281 – Boa Vista
Sete Lagoas / MG
(31) 2106-1900

Atendimento: segunda a sexta-feira, das 7 às 18 h.

RELACIONAMENTO COM O CLIENTE

Rua Coronel Randolfo Simões, 281 – Boa Vista
Sete Lagoas / MG
(31) 2106-1927 / 2106-1937 2106-1993
relacionamento.cliente@unimedsetelagoas.coop.br
Atendimento: segunda a sexta-feira, das 7 às 18 h.

RELACIONAMENTO CORPORATIVO

Rua Coronel Randolfo Simões, 281 – Boa Vista
Sete Lagoas / MG
(31) 2106-1900
relacionamentopj@unimedsetelagoas.coop.br
Atendimento: segunda a sexta-feira, das 7 às 18 h.

AUTORIZAÇÃO

Rua Coronel Randolfo Simões, 281 – Boa Vista
Sete Lagoas / MG
(31) 2106-1900
autorizacao@unimedsetelagoas.coop.br
Atendimento: segunda a sexta-feira, das 7h às 18 h.

HOSPITAL UNIMED

Rua Quintino Bocaiúva, 344 – Centro
Sete Lagoas / MG
(31) 3177-9501
Atendimento 24 horas – internações e cirurgias.

PRONTO ATENDIMENTO UNIMED

Rua Teófilo Otoni, 841 – Centro
Sete Lagoas / MG
(31) 2106-9400
Atendimento 24 horas – urgência e emergência.

NÚCLEO DE ATENDIMENTO SETE LAGOAS

Rua Quintino Bocaiúva, 344 – Centro
Sete Lagoas / MG
(31) 2106-4566
Atendimento: segunda a sexta-feira das 8h às 18 h e sábado das 7h às 12 h.



VIVER BEM

Rua Fernando Lanza, 56 - Centro

Sete Lagoas / MG

(31) 2106-1908 / 2106-1942

Atendimento: segunda a sexta-feira das 7h às 18 h.

VENDAS SETE LAGOAS

Rua Coronel Randolfo Simões, 281 - Boa Vista

Sete Lagoas / MG

(31) 2106-1919

Atendimento: segunda a sexta-feira, das 8h às 18 h.

VENDAS PARA OPEBA

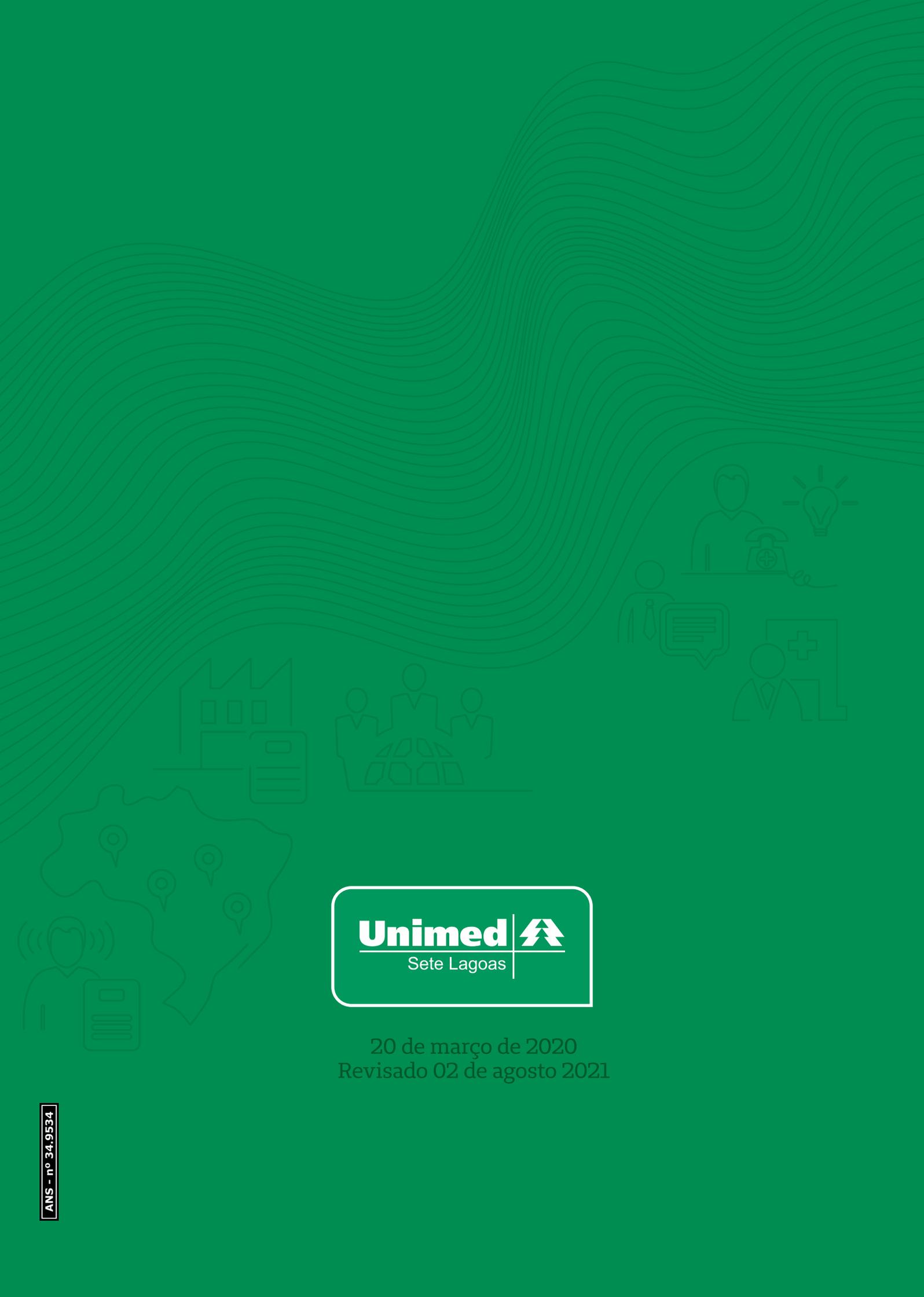
(31) 3714-1410

Rua Paulo Cecílio, 262 - Centro

Paraopeba / MG

Atendimento: segunda a sexta-feira, das 8h às 18 h.

Importante: as informações que constam nesse manual poderão sofrer alterações, caso alguma legislação ou normas da ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) sejam modificadas.



20 de março de 2020
Revisado 02 de agosto 2021