



MANUAL DO BENEFICIÁRIO

UNIMED MISSÕES/RS

Como usar melhor o seu Plano de Saúde

Unimed 
Missões/RS

Sumário

PREZADO BENEFICIÁRIO	03
VOCAÇÃO NÃO É UMA ESCOLHA	04
CUIDAR ESTÁ NO NOSSO DNA	04
CARTÃO DO BENEFICIÁRIO	05
QUAIS OS CUIDADOS QUE DEVO MANTER COM MEU PLANO E CARTÃO	06
CARTÃO NA MÃO É GARANTIA DE PROTEÇÃO	06
COMO ACESSAR O GUIA MÉDICO	07
ACESSO AOS PRONTUÁRIOS DE BENEFICIÁRIOS	07
QUAL A ÁREA DE ABRANGÊNCIA DO MEU PLANO	08
COMO REALIZAR UMA CONSULTA	08
COMO FAZER EXAMES, PROCEDIMENTOS E INTERNAÇÃO	09
PRAZOS MÁXIMOS PARA ATENDIMENTO	10
AUTORIZAÇÃO DE EXAMES E PROCEDIMENTOS	11
COBERTURAS, CARÊNCIAS E COBERTURAS	12
COPARTICIPAÇÕES	14
REMOÇÃO AÉREA	14
REMOÇÃO TERRESTRE INTERMUNICIPAL	14
URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS	15
REAJUSTE DE MENSALIDADES	16
EM QUE SITUAÇÕES TEM DIREITO DE REEMBOLSO	17
READEQUAÇÃO DA MENSALIDADE CONFORME FAIXA ETÁRIA	18
COMO ACONTECEM AS INCLUSÕES E EXCLUSÕES DE BENEFICIÁRIOS	19
QUEM PODE SER DEPENDENTE	23
INCLUSÃO DOS RECÉM-NASCIDOS E RECÉM-CASADOS	24
PORTABILIDADE	25
PORTAL DE SERVIÇOS	26
SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO BENEFICIÁRIO	26
PORTAL DO BENEFICIÁRIO	27
REDE PRESTADORA DE SERVIÇO	27
OUVIDORIA	28
PLANO DEMITIDO/APOSENTADO	30
USO CONSCIENTE DO PLANO	31
GLOSSÁRIO	31



Prezado Beneficiário

A Unimed Missões/RS carrega como missão oferecer soluções em saúde com qualidade para o cliente. Fundada em 1972, a cooperativa presta assistência à saúde para 27 municípios da região das Missões, com sede em Santo Ângelo e escritórios regionais em São Borja e São Luiz Gonzaga.

Comprometida em cumprir seu propósito de zelar pela saúde das pessoas, a Unimed Missões/RS busca se adequar constantemente às necessidades das pessoas, criando alternativas para que não precisem sair da região para ter acesso a serviços humanizados, seguros e qualificados.

Para nós, é uma satisfação recebê-lo como beneficiário. Neste manual, você tem acesso a dicas e informações sobre como utilizar o seu plano da melhor forma, garantindo sua saúde, segurança e satisfação. Estamos à disposição para atendê-lo cada vez melhor.

Agradecemos por confiar em nossos serviços.

Seja bem-vindo à Unimed Missões/RS!



Vocação não é uma escolha ●●●●●●

É atender a um chamado e dedicar-se profundamente àquilo a que fomos predestinados. Somos médicos, somos uma marca de médicos.

Mais do que conhecimento para curar, temos comprometimento com a vida, com as pessoas, com o mundo. Fazemos o melhor porque nascemos e nos unimos para fazer isso. Muito mais do que um prestador de serviços de saúde, somos uma cooperativa de médicos.

A Unimed é um sistema que cuida das pessoas para que elas possam aproveitar a vida da melhor forma.

Temos vocação para cuidar das pessoas. Cuidar é ter atitude para solucionar e acolher, é estar presente a serviço do outro. Temos disposição natural e vocação para essa missão.

Cuidar está no nosso DNA ●●●●●●

No entanto, o mais importante de todos os cuidados é o autocuidado. Ele direciona todo o resto. Prestar atenção em nós mesmos, no que fazemos, comemos, bebemos, e como vivemos é o primeiro passo para uma atenção integral ao nosso corpo e também ao nosso espírito.

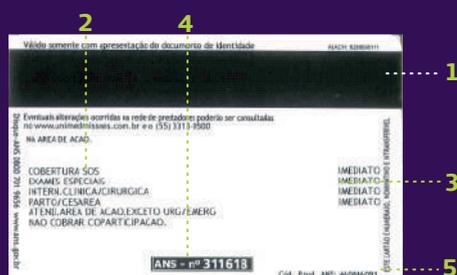


Cartão do Beneficiário

A Unimed Missões/RS fornece 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 quando ocorrer a 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.



- 1 – Código do beneficiário
- 2 – Data de nascimento do beneficiário
- 3 – Contratação
- 4 – Acomodação
- 5 – Validade do cartão
- 6 – Nome do beneficiário
- 7 – Rede de atendimento
- 8 – Tipo de plano
- 9 – Abrangência do plano
- 10 – Via do cartão
- 11 – Contratante Pessoa Jurídica

- 1 – Tarja magnética
- 2 – Coberturas do contrato
- 3 – Carências
- 4 – N° do Registro da Operadora
- 5 – Cód. do produto na ANS

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

O seu cartão é pessoal e intransferível. Para ser atendido, tenha-o sempre em mãos, juntamente com um documento pessoal com foto.

Verifique as informações relativas às carências e de cobertura parcial temporária impressa no seu cartão e consulte as condições de contratação. Caso tenha dúvida, entre em contato conosco pelo telefone 0800 725 0506.

Mantenha seus dados de cadastro sempre atualizados. Para qualquer alteração, entre em contato através do telefone 0800 725 0506.

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 beneficiário.

Cartão na mão é garantia de proteção ●●●●●●

Agora que você já tem o seu cartão Unimed, não se esqueça de levá-lo sempre com você para a liberação de consultas e procedimentos.

Lembramos que a apresentação do seu cartão Unimed é obrigatória, sendo uma condição fundamental para o seu atendimento. Ao apresentar o seu cartão você estará facilitando a sua identificação e garantindo agilidade e facilidade na liberação de seus exames e procedimentos. Além disso, você impede a cobrança de débitos indevidos.

Como acessar o Guia Médico

O acesso ao Guia Médico e de Serviços pode ser realizado através:

- Site da Unimed Missões/RS – www.unimedmissoes.com.br
- Impresso nas Recepções
- Disponível no aplicativo **Unimed Cliente**

Guia Médico

✓ Busca Rápida | Busca Detalhada

O que você procura?

Médico, especialidade, clínica...

Urgência e Emergência ⓘ Substituição de Prestadores ⓘ

Se você é cliente, digite seu CPF ou carteirinha:

CPF ou carteirinha (opcional)

PESQUISAR 🔍

Contatos:
0800 725 0506

Sede da Cooperativa

Avenida Getúlio Vargas, 1079 – Santo
Ângelo/RS
Fone: (55) 3313-0500

Hospital Regional Unimed Missões

Avenida Rio Grande do Sul, 1133 – Santo
Ângelo/RS
Fone: (55) 3312-0700

Escritório de Vendas

Avenida Getúlio Vargas, 1079 – Santo
Ângelo/RS
Fone: (55) 3313-0515 / Fax: (55) 3313-0512

Escritórios Regionais

São Luiz Gonzaga

Rua Bento Soeiro de Souza, 2389
Fone/Fax: (55) 3352-4278

São Borja

Rua dos Andradas, 2115, sala 105
Fone: (55) 3431- 3986

Acesso aos prontuários dos beneficiários

O beneficiário para ter acesso ao seu prontuário deve solicitar diretamente ao prestador onde recebeu atendimento. Prontuários de clínica, hospitais e consultórios médicos: devido os atendimentos serem realizados de forma eletrônica e autorizações online, a operadora não solicita ou recebe prontuários. A guarda destes documentos é de responsabilidade dos prestadores.

Qual a área de abrangência do meu plano?

Vai depender da abrangência geográfica contratada. Observe se seu plano tem abrangência por grupo de municípios*, estadual ou nacional.

Verifique o seu contrato ou tire dúvidas na sua Unimed ou no RH da sua empresa, se o seu plano for coletivo.

***Área de Abrangência Unimed Missões/RS:**

Bossoroca, Caibaté, Cerro Largo, Dezesseis de Novembro, Entre Ijuís, Eugênio de Castro, Garruchos, Giruá, Guarani das Missões, Itacurubi, Mato Queimado, Pirapó, Porto Xavier, Rolador, Roque Gonzales, Salvador das Missões, Santo Ângelo, Santo Antônio das Missões, São Borja, São Luiz Gonzaga, São Miguel das Missões, São Nicolau, São Pedro do Butiá, Senador Salgado Filho, Sete de Setembro, Ubiretama e Vitória das Missões.

Como realizar uma consulta? ●●●●●●

Para agendar uma consulta médica, consulte no Guia Médico e de Serviços o profissional que você deseja e marque seu horário. No atendimento, será obrigatório apresentar o seu cartão Unimed e o documento de identidade. Sempre que possível, ao consultar um médico pela primeira vez, leve os exames anteriores.

Quando você estiver em outra cidade, fora da área de abrangência da Unimed Missões/RS entre em contato com a Unimed mais próxima para saber quais são os locais que você poderá receber atendimento nos casos de urgência ou emergência.

O telefone e endereço de todas as Unimeds do Sistema Nacional, bem como a rede credenciada, podem ser consultados no site www.unimedmissoes.com.br.



Prazos máximos para atendimento ●●●●●●

Para garantir a qualidade e agilidade do seu atendimento dentro do prazo é fundamental que você apresente a documentação necessária quando solicitada. Para ser atendido dentro dos prazos, você deverá ter cumprido os períodos de carências previstos em seu contrato.

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

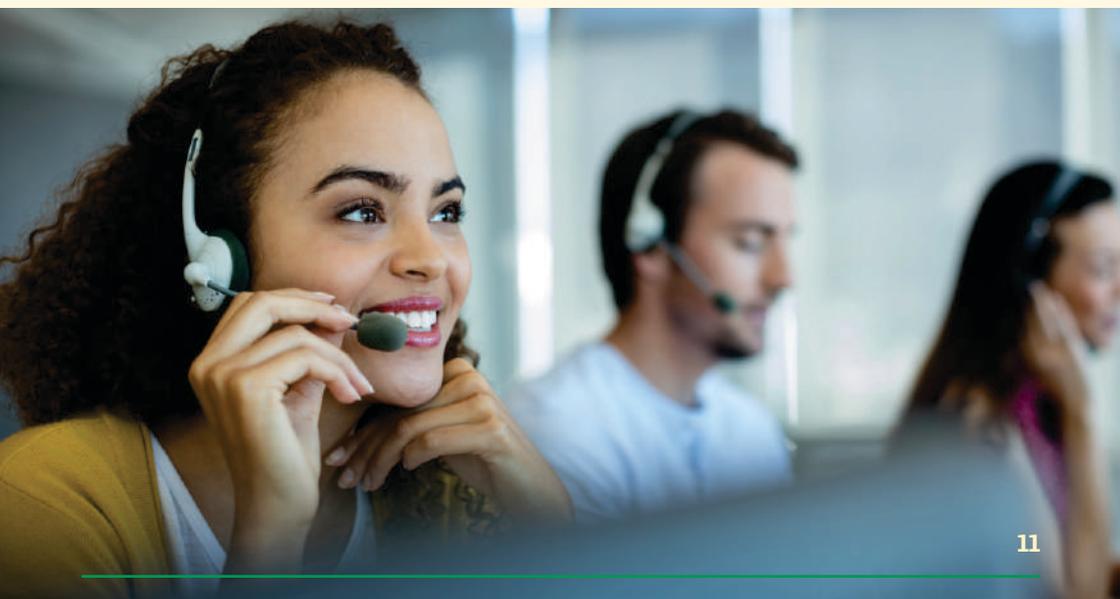
SERVIÇO	Prazos máximos para o atendimento (dias úteis)
Consulta básica - pediátrica clínica médica, cirurgia geral, ginecologia e obstetrícia.	07
Consulta nas demais especialidades	14
Consulta/ sessão com fonoaudióloga	10
Consulta / sessão com nutricionista	10
Consulta/ sessão com psicólogo	10
Consulta / sessão com terapeuta ocupacional	10
Consulta/ sessão com fisioterapeuta	10
Consulta e procedimentos realizados em consultório/clínica com cirurgião-dentista	07
Serviços de diagnóstico por laboratório de análises clínicas em regime ambulatorial	03
Demais serviços de diagnóstico e terapia em regime ambulatorial	10
Procedimento de alta complexidade (PAC)	21
Atendimento em regime hospital-dia	10
Atendimento em regime de internação eletiva	21
Urgência e Emergência	Imediato
Consulta de retorno	A critério do profissional responsável pelo atendimento

Autorização de exames e procedimentos

Por que pode haver divergência entre uma solicitação médica e a autorização?

Alguns exames e procedimentos podem ter o pedido de autorização negado quando não estão previstos contratualmente, não preenchem requisitos ou diretrizes de utilização fixadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar. Outros, são negados quando há uma divergência médica.

Em casos como estes, recorre-se à autorização prévia, que garante a agilidade ao cliente nas solicitações de autorizações de exames, terapias e procedimentos, auxiliando na efetividade de seus resultados e prezando pela segurança e qualidade da realização dos mesmos.



Coberturas, Carências e Cobertura ●●●●●● Parcial Temporária (CPT)

Quando couber cumprimento de carências, elas serão contadas a partir da data de início de 24h (vinte e quatro horas) para os casos de urgência e emergência decorrentes de acidentes pessoais, conforme conceituação da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS

- 30 (trinta) dias para cobertura de consulta e sessões, com coparticipação, com nutricionista, fonoaudiólogo e terapeuta ocupacional, referenciados pela CONTRATADA, conforme indicação do médico cooperado assistente, limitadas conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS em vigor

- **30 (trinta) dias para EXAMES BÁSICOS DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA:**

- a) análises clínicas
- b) histocitopatologia
- c) eletrocardiograma convencional
- d) eletroencefalograma convencional
- e) endoscopia
- f) exames radiológicos
- g) exames e testes alérgicos
- h) exames e testes oftalmológicos
- i) exames e testes otorrinolaringológicos, exceto a videolaringoestroboscopia
- j) inaloterapia
- k) prova de função pulmonar
- l) teste ergométrico
- m) ultra-sonografia
- n) densitometria óssea
- o) biópsia
- p) colonoscopia
- q) laringoscopia
- r) broncoscopia

- 180 (cento e oitenta) dias para todos os demais serviços não descritos acima
- 300 (trezentos) dias para parto normal e cesariana
- 24 (vinte e quatro) meses para COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA, DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES e PROCEDIMENTOS DE ALTA COMPLEXIDADE conforme conceituação da Agência Nacional de Saúde – ANS
- ***Para planos coletivos empresariais, consulte o responsável pelo plano de sua empresa.**
- ****O Plano Referência garante atendimento de urgência e emergência, após 24 horas, nos regimes ambulatorial e hospitalar**

CPT – Cobertura Parcial Temporária

Conforme legislação da Saúde Suplementar, a Unimed aplica um formulário denominado “Declaração de Saúde” e, sendo identificada ou constatada alguma doença/lesão preexistente, o beneficiário fica com cobertura suspensa para procedimentos de alta complexidade, cirúrgicos e internação em UTI diretamente relacionados com tal doença ou lesão, por um período máximo de 24 meses contados de sua adesão ao contrato.



Coparticipações ●●●●●●

É a participação na despesa assistencial a ser paga pelo beneficiário, no ato ou após a realização do procedimento.

Nos planos em que há a coparticipação, além da mensalidade, o beneficiário arca com parte do valor de alguns procedimentos quando utiliza-los. O contrato deve ser pesquisado para saber quais procedimentos (consulta, exames, etc) estão sujeitos a cobrança de coparticipação. O valor a ser pago por cada procedimento deve ser menor que o pagamento integral do procedimento.

Remoção Aérea ●●●●●●

Aos beneficiários serão prestados serviços de transporte aéreo, precedido de transporte terrestre até o ponto de decolagem da aeronave que realizará o transporte aéreo, acompanhado de atendimento médico durante os trâmites de remoção e dos recursos materiais que se fizerem necessários a tal tipo de atendimento, observadas rigorosamente as condições, limitações e restrições constantes no regulamento, uma vez cumpridas as obrigações indispensáveis ao usufruto dos direitos decorrentes do regulamento de transporte aeromédico.

Consulte o regulamento de benefícios anexo ao contrato.

Remoção Terrestre Intermunicipal ●●●●●●

Ao beneficiário será prestado serviço de remoção terrestre intermunicipal através de ambulância acompanhado de atendimento médico durante os trâmites de remoção e dos recursos materiais que se fizerem necessários a tal tipo de remoção, observadas rigorosamente as condições, limitações e restrições constantes do regulamento, uma vez cumpridas as obrigações indispensáveis ao usufruto dos direitos decorrentes do regulamento de transporte intermunicipal.

Consulte o regulamento de benefícios anexo ao contrato.

Urgências e Emergências

Toda dor causa aflição e ansiedade, mas nem tudo deve ser entendido como urgência e emergência.

Os atendimentos de urgência e emergência são realizados depois de decorridos 24 (vinte e quatro) horas da contratação ou adesão ao plano, observadas as regras a seguir:

EMERGÊNCIA

É o evento que implica no risco imediato de morte ou de lesões irreparáveis para o beneficiário, caracterizado em declaração do médico assistente. Na emergência, se o beneficiário estiver em período de carência ou não possuir a segmentação hospitalar, a cobertura é restrita as primeiras 12 (doze) horas de atendimento em regime ambulatorial.

URGÊNCIA

É o evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo gestacional. O parto prematuro é considerado uma urgência. Nos casos de urgência envolvendo acidente pessoal, haverá cobertura de atendimento nos regimes ambulatorial e hospitalar, mesmo se o beneficiário estiver em carência. Se o plano não tiver a segmentação hospitalar, a cobertura será restrita as primeiras 12 (doze) horas de atendimento em regime ambulatorial.

Importante:

Cessados os prazos de cobertura legal (12 horas), a responsabilidade financeira pela internação passa a ser do contratante.

O Plano de Referência constitui exceção às regras acima previstas, pois garante atendimento em regime ambulatorial e hospitalar, nos casos de urgência e emergência, completadas as 24 horas de adesão ao plano.

Reajuste de mensalidades

planos regulamentados e não regulamentados

- **PLANO INDIVIDUAL/FAMILIAR:**

É aplicado o índice de reajuste aprovado pela ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar.

- **PLANO COLETIVO EMPRESARIAL:**

É aplicado o índice de reajuste previsto no contrato, podendo sofrer adequações de acordo com a sinistralidade do contrato.

- **PLANO COLETIVO POR ADESÃO:**

É aplicado o índice de reajuste previsto no contrato, podendo sofrer adequações de acordo com a sinistralidade do contrato.

- **PLANO COLETIVO EMPRESARIAL/PLANO COLETIVO POR ADESÃO: POOL DE RISCO:**

É aplicado o índice conforme nota técnica atuarial.

- **PLANO COLETIVO EMPRESARIAL COM PREÇO PÓS-ESTABELECIDO:**

É aplicado o índice de reajuste previsto no contrato, podendo sofrer adequações de acordo com os valores praticados no intercâmbio nacional.



Em que situações tenho direito ao reembolso e como proceder? ●●●●●●

A Unimed Missões/RS assegurará o reembolso, no limite das obrigações e abrangência geográficas contratadas, das despesas efetuadas pelo beneficiário com assistência à saúde, nos casos exclusivos de urgência ou emergência, conforme tabela praticada pela Unimed, quando não for possível a utilização de serviços próprios, contratados ou credenciados. Resolução Normativa – RN 259 da ANS.

O reembolso será efetuado no prazo de até 30 (trinta) dias corridos, de acordo com os parâmetros constantes do seu contrato ou na legislação aplicável, mediante a apresentação dos seguintes documentos:

- Solicitação formal do pedido na Unimed
- Relatório do médico assistente, quando for o caso, declarando o nome do paciente, descrição do tratamento e justificativa dos procedimentos realizados, data do atendimento, e, quando for o caso, período de permanência no hospital e data de alta hospitalar
- Conta hospitalar discriminando materiais e medicamentos consumidos, com preço por unidade, juntamente com notas fiscais, faturas ou recibos do hospital
- Recibos individualizados de honorários de médicos assistentes, auxiliares e outros, discriminando o evento a que se referem, com carimbo legível do médico, inclusive o número do CRM
- Comprovantes relativos aos serviços de exames complementares de diagnóstico e terapia, e serviços auxiliares, acompanhados do pedido do médico assistente com carimbo legível do médico, inclusive o número do CRM
- O pagamento do reembolso será realizado por meio eletrônico (depósito). Para tal, será necessário cópia do documento de Identidade, CPF, comprovante de endereço, cartão do plano de saúde e cartão do banco ou folha talão de cheque. O prazo estabelecido para pagamento será em, no máximo, 30 dias

Readequação da mensalidade conforme faixa etária

A mensalidade é cobrada de acordo com a idade do beneficiário. De 2 de Janeiro de 1999 a 1 de Janeiro de 2004 era dividido em sete faixas etárias conforme item 1. A partir de 1 de Janeiro de 2004, passou a ser dividido em dez faixas etárias conforme item 2 da tabela abaixo. Desta forma, pode o beneficiário em um mesmo mês sofrer a readequação da mensalidade em virtude do aniversário do contrato e por alteração da faixa etária.

Contratação	Faixa etária	Observações
1 – Entre 2 de Janeiro de 1999 e 1 de Janeiro de 2004	0 a 17 anos (1ª faixa) 18 a 29 anos 30 a 39 anos 40 a 49 anos 50 a 59 anos 60 a 69 anos 70 anos ou mais	A resolução do Conselho de Saúde Suplementar (CONSU) 06/98 determina, também, que o preço da última faixa (70 anos ou mais) poderá ser no máximo, seis vezes maior que o preço da faixa inicial (0 a 17 anos). Consumidores com mais de 60 (sessenta) anos e que participem do contrato há mais de 10 (dez) anos, não podem sofrer a variação por mudança de faixa etária.
2 – Após 1 de Janeiro de 2004 (Estatuto do Idoso)	0 a 18 anos 19 a 23 anos 24 a 28 anos 29 a 33 anos 34 a 38 anos 39 a 43 anos 44 a 48 anos 49 a 53 anos 54 a 58 anos 59 anos ou mais	A Resolução Normativa nº 63*, publicada pela ANS em dezembro de 2003, determina que o valor fixado para a última faixa (59 anos ou mais) não pode ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa (0 a 18 anos) e que as tabelas de preços sejam dez faixas etárias. A RN determina, também, que a variação acumulada entre a sétima e a décima faixa não pode ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixa.

*Para ter acesso à Resolução Normativa nº 63 e outras acessem: www.ans.gov.br

Como acontecem as inclusões e exclusões de beneficiários? ●●●●●●

No caso de Planos Coletivos Empresariais ou Coletivos por Adesão o beneficiário deve procurar o setor de Recursos Humanos da empresa e solicitar a inclusão ou exclusão sua ou dos seus dependentes. O setor de Recursos Humanos encaminhará para a Unimed providenciar a inclusão ou exclusão dos beneficiários.

Nos planos Individuais ou Familiares as inclusões e exclusões de dependentes são realizadas pelo beneficiário titular diretamente na Unimed Missões/RS.

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

De acordo com a RN 412/2016 (Dispõe sobre a solicitação de cancelamento do contrato do plano de saúde individual ou familiar, e de exclusão de beneficiário de contrato coletivo empresarial ou por adesão)

O cancelamento do contrato de plano de saúde individual ou familiar poderá ser solicitado pelo titular, das seguintes formas:

- I – presencialmente, na sede da operadora, em seus escritórios regionais ou nos locais por ela indicados
- II – por meio de atendimento telefônico disponibilizado pela operadora

A Solicitação de Exclusão de Beneficiários de **Contrato Coletivo Empresarial**

Do Envio da Solicitação de Exclusão de Beneficiário de Contrato Coletivo Empresarial

- **Art. 7º** O beneficiário titular poderá solicitar à pessoa jurídica contratante, por qualquer meio, a sua exclusão ou a de dependente de contrato de plano de saúde coletivo empresarial.
- **§1º** A pessoa jurídica contratante deverá cientificar a operadora em até 30 (trinta) dias que, a partir de então, ficará responsável pela adoção das providências cabíveis ao processamento da exclusão.
- **§2º** Expirado o prazo disposto no §1º deste artigo sem que a pessoa jurídica tenha providenciado a comunicação de exclusão do beneficiário à operadora, o beneficiário titular poderá solicitar a exclusão diretamente à operadora.
- **§3º** A exclusão tem efeito imediato a partir da data de ciência pela operadora.
- **Art. 8º** Caberá à operadora prestar ao beneficiário as informações previstas no art. 15 desta RN,.

Subseção II

- Da Entrega do Comprovante de Recebimento da Solicitação de Exclusão de Beneficiário de Contrato Coletivo Empresarial
- Art. 9º Caberá à operadora fornecer ao titular solicitante o comprovante de recebimento da solicitação de exclusão de beneficiário de contrato coletivo empresarial.
- Art. 10. A entrega do comprovante de recebimento da solicitação ao beneficiário não exime a operadora do dever de prestar as informações dispostas no artigo 15 desta RN.

Da Solicitação de Exclusão de Beneficiários de Contrato Coletivo Por Adesão

Subseção I

- Dos meios de solicitação de exclusão de beneficiário de contrato coletivo por adesão

- **Art. 11.** O beneficiário titular poderá solicitar a sua exclusão ou de beneficiário dependente de contrato coletivo por adesão:

I – à pessoa jurídica contratante do plano privado de assistência à saúde

II – à administradora de benefícios, quando figurar no contrato firmado entre a pessoa jurídica contratante e a operadora

III – à operadora de planos privados de assistência à saúde.

- **§ 1º** As solicitações de exclusão recebidas pela pessoa jurídica contratante e pela administradora de benefícios, mencionadas, respectivamente, nos incisos I e II deste artigo, serão encaminhadas à operadora, para adoção das providências cabíveis.
- **§ 2º** As solicitações de exclusão formuladas perante a pessoa jurídica contratante, mencionada no inciso I deste artigo, tem efeito imediato a partir da data de sua ciência pela operadora.
- **§ 3º** Nas solicitações recebidas pela administradora de benefício e pela operadora, mencionadas, respectivamente, nos incisos II e III deste artigo, o beneficiário poderá utilizar de qualquer uma das formas previstas no art. 4º desta RN, e a exclusão pleiteada terá efeito imediato.
- **§ 4º** Em complemento às formas descritas no § 3º deste artigo, a administradora de benefícios deverá disponibilizar, em seu sítio na internet, a possibilidade de que o beneficiário efetue a solicitação de exclusão.
- **Art. 12.** O beneficiário deverá ser informado do disposto no artigo 15 desta RN.

Subseção I

- Do fornecimento de informações aos beneficiários sobre as consequências do cancelamento ou exclusão do contrato de Plano de Saúde

Art. 15. Recebida pela operadora ou administradora de benefícios, a solicitação do cancelamento do contrato de plano de saúde individual ou familiar ou de exclusão de beneficiários em plano coletivo empresarial ou coletivo por adesão, a operadora ou administradora de benefícios, destinatária do pedido, deverá prestar de forma clara e precisa, no mínimo, as seguintes informações:

- **I – eventual ingresso em novo plano de saúde poderá importar:**

a) no cumprimento de novos períodos de carência, observado o disposto no inciso V do artigo 12, da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998

b) na perda do direito à portabilidade de carências, caso não tenha sido este o motivo do pedido, nos termos previstos na RN nº 186, de 14 de janeiro de 2009, que dispõe, em especial, 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

c) no preenchimento de nova declaração de saúde, e, caso haja doença ou lesão preexistente – DLP, no cumprimento de Cobertura Parcial Temporária – CPT, que determina, por um período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data da contratação ou adesão ao novo plano, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos

d) na perda imediata do direito de remissão, quando houver, devendo o beneficiário arcar com o pagamento de um novo contrato de plano de saúde que venha a contratar

- **II – efeito imediato e caráter irrevogável da solicitação de cancelamento do contrato ou exclusão de beneficiário, a partir da ciência da operadora ou administradora de benefícios**
- **III – as contraprestações pecuniárias vencidas e/ou eventuais coparticipações devidas, nos planos em pré-pagamento ou em pós-pagamento, pela utilização de serviços realizados antes da solicitação de cancelamento ou exclusão do plano de saúde são de responsabilidade do beneficiário**

- IV – as despesas decorrentes de eventuais utilizações dos serviços pelos beneficiários após a data de solicitação de cancelamento ou exclusão do plano de saúde, inclusive nos casos de urgência ou emergência, correrão por sua conta
- V – a exclusão do beneficiário titular do contrato individual ou familiar não extingue o contrato, sendo assegurado aos dependentes já inscritos o direito à manutenção das mesmas condições contratuais, com a assunção das obrigações decorrentes
- VI – a exclusão do beneficiário titular do contrato coletivo empresarial ou por adesão observará as disposições contratuais quanto à exclusão ou não dos dependentes, conforme o disposto no inciso II do parágrafo único do artigo 18, da RN nº 195, de 14 de julho de 2009, que dispõe sobre a classificação e características dos planos privados de assistência à saúde, regulamenta a sua contratação, institui a orientação para contratação de planos privados de assistência à saúde e dá outras providências.

Quem pode ser dependente? ●●●●●●

I – São considerados beneficiários dependentes:

- a) O(a) esposo(a) ou o(a) companheiro(a) da união estável;
- b) Os(as) filhos(as) solteiros(as) menores de 18 (dezoito) anos e os inválidos(as), equiparando-se o(a) adotado(a), o(a) enteado(a), o(a) menor cuja guarda seja designada por determinação judicial e o(a) menor tutelado(a)
- c) Os(as) filhos(as) estudantes em curso superior, até 24 (vinte e quatro) anos.

Como fica a inclusão dos recém-nascidos e recém-casados? ●●●●●●

- O recém-nascido (filhos 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, seu documento de Identidade e a Certidão de Nascimento do bebê.
- O recém-nascido (filho natural ou adotado) receberá atendimento sem o seu Cartão de Beneficiário durante os primeiros 30 (trinta) dias a contar de seu nascimento, desde que o parto tenha sido realizado com cobertura assistencial da Unimed Missões/RS.
- 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.
- Se o plano não possuir cobertura obstétrica, o recém-nascido poderá ser inscrito como dependente, mas precisará cumprir prazos de carência. Se incluído dentro dos 30 primeiros dias do nascimento, aproveitará as carências do titular.
- A partir 31º dia do nascimento, já deverá estar inscrito no plano de saúde e só será atendido com o seu próprio cartão Unimed.
- Os documentos necessários para a inclusão são a Certidão de Nascimento, CPF e Cartão do SUS.
- O recém-casado terá isenção de carências, dependendo da previsão contratual.
- Os documentos necessários são a Certidão de Casamento ou Declaração de União Estável (no caso dos recém-casados), CPF e cartão do SUS.
- **Obs:** No caso dos planos coletivos, o beneficiário pode requerer cópias das cláusulas contratuais, referendadas no guia de leitura contratual, à operadora ou ao RH da empresa.



Portabilidade ●●●●●●

Portabilidade é a possibilidade de trocar de plano de saúde dentro da mesma operadora ou com uma operadora diferente e ficar dispensado de cumprir novos períodos de carência ou de cobertura parcial temporária exigível e já cumprido no plano de origem. A portabilidade é possível desde que o plano de destino seja compatível com o plano atual.

Essa possibilidade vigora para planos individuais e familiares e para os planos coletivos empresariais, contratados a partir de 02/01/1999.

As regras de portabilidade são aplicadas conforme Resolução Normativa (RN) nº 186 e a Instrução Normativa da Diretoria de Normas e Habitação dos Produtos (IN/DIPRO) nº 19, ambas da Agência Nacional de Saúde.

PORTABILIDADE ESPECIAL

Independentemente do tipo de plano de saúde e da data da assinatura do contrato, a portabilidade especial de carências pode ser utilizada em quatro casos:

- Por dependente que perdeu seu vínculo com o plano, por falecimento do titular. O prazo é de 60 dias a partir da data de falecimento do titular
- Por beneficiário de operadora que tenha seu registro cancelado pela ANS ou que esteja em processo de Liquidação Extrajudicial (falência). O prazo de 60 dias para exercício da portabilidade começa a contar a partir da data de publicação de Resolução Operacional da ANS no Diário Oficial da União, podendo ser prorrogado
- Por ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado durante o período de manutenção da condição de beneficiário garantida pelos artigos 30 e 31 da Lei 9.656/98. Nesse caso, a portabilidade deve ser requerida entre o primeiro dia do mês de aniversário do contrato e o último dia útil do terceiro mês subsequente ou no prazo de 60 dias antes do término do período de manutenção da condição de beneficiário
- Por beneficiários que tiverem seu vínculo com o beneficiário titular do plano extinto em decorrência da perda de sua condição de dependente, devendo exercer no prazo de 60 dias a contar do término do vínculo de dependência

Portal de Serviços ●●●●●●

Alguns serviços disponíveis online:

- Emissão de 2ª via do boleto bancário atualizado
- Visualizador do extrato
- Cancelamento de plano
- Acesso à rede credenciada
- No portal, você também tem acesso ao Guia Médico on-line (rede grupo de municípios, estadual e nacional). Se precisar e não tiver em mãos o impresso ou a versão mobile (smartphones e tablets), entre em contato com a Unimed Missões/RS – (55) 3313-0500.

Se necessário, busque o Fale Conosco. Acesse nosso site:

www.unimedmissoes.com.br

Serviço de atendimento ao beneficiário

A Unimed Missões/RS disponibiliza canais de relacionamento com os beneficiários. Para realizar a sua manifestação (solicitações, sugestões, elogios, reclamações e dúvidas) junto a Unimed Missões/RS acesse

Canal Fale Conosco que está disponível em nosso site:

www.unimedmissoes.com.br

- **Telefone:** 0800 725 0506
- **Sede da cooperativa:** (55) 3313 0500
- **Hospital Regional Unimed Missões:** (55) 3312-0700

Escritórios regionais:

- **São Luiz Gonzaga:** (55) 3352-4278
- **São Borja:** (55) 3431-3986

Unimed Fone: 0800 723 3333

- **E-mail:**
unimed@unimedmissoes.com.br
- **SOS Emergência:** 0800-510 0500
- **Serviços de Imagem:** (55) 3312-0761

• **Laboratório:**

(55) 3312-0714

• **Pronto Atendimento:**

(55) 3312-0704

• **Facebook:**

facebook.com/unimedmissoes

• **Instagram:**

@unimedmissoes

• **Linkedin:**

Unimed Missões/RS

- Pesquisa anual de satisfação
- Urnas disponíveis nas recepções

Portal do Beneficiário ●●●●●●

A Unimed Missões/RS disponibiliza um canal exclusivo para que você tenha acesso a informações do seu plano:

Acesse: www.unimedmissoes.com.br

>Portal do Beneficiário>Beneficiário>Não sou Cadastrado>(preencha os campos)>Continuar

Na sequência, após finalizar o cadastro, você receberá um e-mail para confirmação. Clique no link indicado e aparecerá o menu do Portal do Beneficiário para você ter mais facilidade e comodidade.

Rede prestadora de serviço ●●●●●●

A possibilidade de escolha dos beneficiários é restrita à relação de prestadores de serviços disponível no endereço eletrônico www.unimedmissoes.com.br de acordo com a área de atendimento expressa no Cartão Unimed. Para ter acesso a sua rede, cada beneficiário deve preencher adequadamente no site o número do seu cartão Unimed.



Ouvidoria ●●●●●●

A Unimed Missões/RS, preocupada em oferecer a melhor assistência à saúde aos seus beneficiários, instituiu a Ouvidoria como um canal de mediação para a resolução de sua necessidade.

Se eventualmente você não obteve sucesso ao buscar solução para seu pedido ou reclamação através das áreas convencionais de atendimento ao beneficiário, recorra à Ouvidoria Unimed.

Para alcançar seus objetivos, a atuação da Ouvidoria é norteadada pela medição, imparcialidade, transparência e autonomia.

COMO RECORRER À OUVIDORIA?

Como unidade de segunda instância, para você ser atendido pela Ouvidoria da Unimed Missões/RS é imprescindível que já tenha passado pelos canais tradicionais de atendimento, como Fale Conosco, Atendimento Presencial, através do 0800 725 0506 ou outras áreas competentes.

Preencha o formulário através do link:

unimed.coop.br/web/missoes/fale-com-a-unimed/ouvidoria



- **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.

- **VIVER BEM É O MELHOR REMÉDIO**

Não tem segredo: para viver mais e melhor você deve ter bons hábitos. Praticar atividades físicas, buscar o equilíbrio, seguir uma dieta saudável e dormir bem são alguns exemplos. É por isso que a Unimed, mais do que cuidar da sua saúde, incentiva os cuidados preventivos e promove a qualidade de vida acima de tudo.

- **FIQUE ATENTO ÀS CONSULTAS**

Um médico dedica tempo à saúde de muitas pessoas. Pense nisso. Quando for marcar alguma consulta ou exame, faça-o com antecedência e desmarque se não puder ir. Se todos fizerem isso, o atendimento vai ficar mais fácil e rápido. E nem você, e nem os outros, precisarão esperar mais do que o necessário.

- **AUTOMEDICAÇÃO, NÃO!**

Médicos estudam muito para entender o seu corpo. É perigoso não seguir à risca o que eles recomendam e desnecessário se irritar quando eles não prescrevem remédio algum. Confie no seu médico. Ele sabe o que é melhor para você.

- **CUIDE DO SEU CARTÃO QUE ELE CUIDA DE VOCÊ**

O seu cartão magnético 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 elétricos. E, se você perder o cartão ou ele for roubado, avise a Unimed para que todas as providências necessárias sejam tomadas.

• FIQUE POR DENTRO DO SEU PLANO

Conhecer bem os seus direitos e deveres vai ajudar você a utilizar melhor o seu plano, sem precisar passar por chateações. Com as coisas bem claras, tudo fica mais fácil e mais seguro. Se o seu plano Unimed for empresarial, peça detalhes desse benefício ao setor responsável na empresa para a qual trabalha e, se ainda tiver dúvidas, fale com a sua Unimed.

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 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. 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, respeitando o limite mínimo de seis meses e máximo de dois anos ou até conseguirem um emprego que tenha o benefício de plano de saúde.

É garantido ao aposentado ou demitido o direito de manter a condição e beneficiário individualmente ou com seu grupo familiar, além da inclusão de novo cônjuge e filhos no período da manutenção de condição de beneficiário no plano de aposentado ou demitido.

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

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.

• IDENTIFICAÇÃO SEMPRE À MÃO

Sempre que for passar por uma consulta ou precisar ir a um pronto atendimento, lembre-se de ter com você seu cartão magnético Unimed e um documento com foto, como carteira de identidade ou motorista. A identificação correta facilita o atendimento e otimiza tempo.

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

Uso consciente do plano •••••

• GUARDE SEUS EXAMES ANTIGOS: ELES VALEM MUITO

Fazer exame leva tempo e é um pouco desconfortável. E se, o seu plano tem coparticipação, uma parte do custo é cobrado de você. Por isso seus exames são valiosos. Guarde todos e leve para seu médico na próxima consulta. Ele vai avaliar se você precisa de novos exames. Às vezes, os que você já fez são suficientes.

Glossário •••••

• ACIDENTE PESSOAL

É uma situação súbita, imprevisível, involuntária e violenta, causadora de lesão física que torna necessário o tratamento médico.

• BENEFICIÁRIO

Pessoa física, titular ou dependente, que possui direitos e deveres definidos pela legislação e em contrato assinado com a operadora de plano privado de assistência à saúde, para garantia da assistência médico-hospitalar e/ou odontológica.

- **COBERTURA**

É o agrupamento de procedimentos de acordo com a segmentação assistencial contratada.

- **COPARTICIPAÇÃO**

É a participação na despesa assistencial a ser paga pelo usuário à operadora, após a realização do procedimento.

- **EMERGÊNCIA**

É o evento que implica no risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o usuário, caracterizado em declaração do médico cooperadora/assistente.

- **EMPRESA**

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

- **EXAMES CLÍNICOS**

O exame clínico é aquele realizado pelo médico, durante a consulta, com o objetivo de estabelecer um diagnóstico. A realização do exame físico, aliada à anamnese (entrevista sobre histórico do paciente), pode dispensar exames complementares. No entanto, se julgar necessário, o médico pode solicitar exames adicionais, a fim de diagnosticar mais precisamente o problema e determinar o melhor tratamento.

- **EXAMES COMPLEMENTARES**

O exame complementar é aquele feito em clínicas ou laboratórios. Com o objetivo de confirmar um diagnóstico, auxiliar o médico na definição do tratamento mais adequado para o problema apresentado.

- **GUIA MÉDICO**

É um dos principais pontos de contato entre a marca Unimed e seus beneficiários e ele deve disseminar os atributos dessa marca. Ter um Guia Médico padronizado e reconhecível em qualquer parte do país potencializa estes atributos e confere maior credibilidade ao Sistema Unimed.

- **INTERCÂMBIO**

É o atendimento prestado por uma Unimed (Singular) de uma determinada cidade a beneficiários de Unimed de outras cidades.

- **PLANO**

É o produto registrado pela ANS que a empresa (no caso pessoa jurídica) ou beneficiário (no caso pessoa física) contratou com a Unimed. Cada plano ou produto corresponde a um contrato.

- **SISTEMA UNIMED**

É o conjunto de todas as Unimed, Cooperativas de trabalho médico, constantes da relação entregue a você ou a sua empresa, associadas entre si ou vinculadas contratualmente, para prestação de serviços aos beneficiários.

- **TABELA REFERÊNCIA**

É a tabela utilizada para a efetivação do pagamento do reembolso ao usuários, nos casos exclusivos de urgência ou emergência, quando não for comprovadamente possível a utilização dos serviços próprios, contratados ou credenciados pelo Sistema Unimed, bem como serve de base de cálculo para plano coparticipativos.

- **UNIDADES DE ATENDIMENTO**

São postos de atendimentos das Unimed que estão distribuídas na área de ação, para facilitar o atendimento dos beneficiários.

- **URGÊNCIA**

É o evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no progresso gestacional.

Unimed | 
Missões/RS

ANS - nº 31.161-8

