

MANUAL DO CLIENTE UNIMED

Unimed 

Conselheiro Lafaiete



Prezado Beneficiário,
É uma grande satisfação recebê-lo como beneficiário Unimed, uma Cooperativa médica, fundada e administrada por médicos, com o principal objetivo de prestação de serviço médico-hospitalar de qualidade.

Cada Unimed é autônoma e juntas formam o Sistema Unimed, que atualmente é considerado o maior sistema privado de saúde do Brasil.

A Unimed cobre mais de 80% do território nacional e oferece serviços médicos a mais de 18 milhões de beneficiários, por meio de 360 Cooperativas médicas formadoras do Sistema Unimed Nacional.

Atualmente, somos 110 mil médicos cooperados e uma rede de recursos próprios e credenciados sempre à sua disposição.

Para sua comodidade e com a finalidade de prestarmos melhor atendimento, elaboramos este manual para orientá-lo.

Seja bem-vindo à Unimed!



LEVE A UNIMED CL
NA PALMA DA MÃO

APP UNIMED CLIENTE

1



Baixe o APP UNIMED CLIENTE
no Play Store ou App Store

2



Abra, Clique em Novo Cadastro
e siga os passos.
Autoexplicativo!

3



Faça seu login preenchendo:
número da carteirinha ou CPF
e sua senha!

- ✓ CARTEIRINHA VIRTUAL
- ✓ GUIA MÉDICO
- ✓ DEMONSTRATIVO DE IMPOSTO DE RENDA E MUITO MAIS...

BAIXE AGORA



CARTÃO DO BENEFICIÁRIO FRENTE

SAIBA IDENTIFICAR O SEU CARTÃO DA UNIMED

Tipo de Contratação

Individual ou familiar: o beneficiário contrata o plano na operadora.
Coletivo por adesão: contratação feita por associação profissional ou sindicato.
Coletivo empresarial: a empresa contrata o plano para o colaborador.

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

Data em que o beneficiário passou a ter direito ao plano.

Tipo de acomodação contratada

NOME DO PRODUTO
TIPO DE CONTRATAÇÃO

Unimed 
Nome da Unimed

Código do beneficiário

0 123 123456789012 1

02/03/1967
Data de Nascimento

INDIVIDUAL
Acomodação

31/12/2007
Vigência do plano

31/12/2007
Validade

Data de validade do cartão

MARIA DA SILVA A CARVALHO
Nome do Beneficiário

NA99 MASTER
Rede de Atendimento

9999
Atend.

NÃO REGULAMENTADO
Plano

NACIONAL
Abrangência

01
Via

Código da via do cartão

NÃO HÁ
Cobertura Parcial Temporária

LOREM IPSUM DOLOR AMET CONSECT
Contratante

AMBULATORIAL + HOSPITALAR SEM OBSTETRÍCIA + ODONTOLÓGICO
Segmentação Assistencial do Plano

Código da Unimed do local de atendimento do beneficiário

Abrangência contratada, podendo ser Nacional, Grupo de Estados, Estadual, Grupo de Municípios, Municipal

Nome da empresa ou contratante do plano

Descrição do produto contratado

Data de término da vigência da cláusula de cobertura parcial temporária

Define a amplitude de cobertura assistencial do plano de saúde. A segmentação assistencial é categorizada em: referência, hospitalar com obstetria, hospitalar sem obstetria, ambulatorial, odontológica e suas combinações.

CARTÃO DO BENEFICIÁRIO VERSO

SAIBA IDENTIFICAR O SEU CARTÃO DA UNIMED

Define a amplitude de cobertura assistencial do plano de saúde. A segmentação assistencial é categorizada em: referência, hospitalar com obstetrícia, hospitalar sem obstetrícia, ambulatorial, odontológica e suas combinações.

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 101 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

NOME FANTASIA DA ADMINISTRADORA NESSE LOCAL

SAC/Informações:
0800 000 000
ANS - nº XXXXXX

Cód. Prod. ANS: 00000000000000000000
CNS 0000000000000000

EST. PLURIPART. E NUMERADO, NOMINATIVO E INTRANSFERIVEL

número de telefone do SAC, se a Unimed possuir o serviço

registro da operadora na ANS conforme resolução normativa nº 16

código do produto ANS na Unimed contratada e número do registro da Operadora na ANS

Carência que o beneficiário possui. Porém, carências já cumpridas poderão ser omitidas e a frase «Sem carências a cumprir» constará neste local.

O seu cartão Unimed é uma garantia de que você está sempre bem protegido. Proteja-o também: evite sujar, riscar a tarja magnética, expor ao sol, molhar ou colocar o cartão em contato com aparelhos como rádios, tevês e celulares. Assim ele vai estar sempre funcionando, pra você se sentir bem cuidado. E se você perder o cartão ou ele for roubado, avise a Unimed para que todas as providências necessárias sejam tomadas.

Telefone: 0800 031 30 20

CARTÃO DO BENEFICIÁRIO

BAIXE O APP
UNIMED CLIENTE



1. Baixe o aplicativo **UNIMED CLIENTE**
2. Clique em **CARTEIRINHA**
3. Acesse o **GUIA MÉDICO** e muito mais



INFORME-SE

COMO FAZER UMA CONSULTA

Para agendar uma consulta eletiva, procure no Guia Médico o profissional que você deseja e marque o seu horário. No atendimento, será necessário apresentar o cartão do beneficiário e o documento de identidade. Sempre que possível, ao consultar um médico pela primeira vez, leve os exames já realizados.

EXAMES

Para realização de exames, entre em contato com o prestador de serviços descrito em seu guia médico ou o serviço de atendimento ao beneficiário da Unimed local em sua região, para receber orientações. Guarde seus exames antigos: eles valem muito.

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

INTERNAÇÕES

Procure um Hospital em seu Guia Médico para internações de urgência e emergência, o atendimento é prestado mediante a apresentação do cartão de identificação Unimed e do documento de identidade.





DIFERENÇA ENTRE PLANOS INDIVIDUAIS E COLETIVOS

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

Os planos com contratação coletiva são aqueles em que o beneficiário ingressa no plano de saúde contratado por uma empresa ou órgão público (coletivo empresarial); associação profissional, sindicato ou entidade assemelhada (coletivo por adesão).

Nos planos coletivos é um representante dessas pessoas jurídicas contratantes, com a participação ou não de uma administradora de benefícios, que negocia e define as características do plano a ser contratado. Assim, é importante que o beneficiário antes de vincular-se a um plano coletivo, em especial o por adesão, avalie a compatibilidade entre os seus interesses e os interesses da pessoa jurídica contratante.

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

COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT)	<p>Sendo constatado no ato da contratação que o beneficiário tem conhecimento de doença ou lesão preexistente (DLP), conforme declaração de saúde, perícia médica ou entrevista qualificada e Carta de Orientação ao beneficiário de entrega obrigatória, a operadora poderá oferecer cobertura total, após cumpridas eventuais carências, sem qualquer ônus adicional para o beneficiário. Caso a operadora opte pelo não oferecimento de cobertura total, deverá neste momento, oferecer a Cobertura Parcial Temporária (CPT) que é a suspensão, por até 24 meses, das coberturas para procedimentos de alta complexidade, informações cirúrgicas ou em leitos de alta tecnologia, relacionados exclusivamente à DLP declarada. Como alternativa a CPT é facultado à operadora oferecer o Agravo, que é um acréscimo no valor da mensalidade paga ao plano privado de assistência à saúde para que o mesmo tenha acesso regular à cobertura total, desde que cumpridas as eventuais carências. A operadora de planos de saúde não pode negar a cobertura de procedimentos relacionados a DLP não declaradas pelo beneficiário antes do julgamento de processo administrativo na forma prevista pela RN nº 162/2007.</p>	Coletivo Empresarial
	Com 30 Participantes ou mais	Não é permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravo, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação a pessoa jurídica contratante.
	Com menos de 30 participantes	É permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravo.
	Coletivo por Adesão	É permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravo, independente do número de participantes.
MECANISMOS DE REGULAMENTAÇÃO	<p>É importante que o beneficiário verifique: (1) se o plano a ser contratado possui co-participação e/ou franquia. Em caso positivo, é obrigatório constar no contrato quais os serviços de saúde e como será a sua participação financeira. (2) como é o acesso aos serviços de saúde, no plano que deseja contratar. Exigência de perícia por profissional de saúde, autorização administrativa prévia e/ou direcionamento a prestadores só são permitidas se houver previsão no contrato.</p>	
REAJUSTE	<p>Os planos individuais ou familiares precisam de autorização prévia da ANS para aplicação de reajuste anual, exceto para os de cobertura exclusivamente odontológica que devem ter cláusula clara elegendo um índice de preços divulgado por instituição externa. A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário, segundo faixas e percentuais de variação dispostos em contrato e atendendo a RN nº 63/2003.</p>	<p>Os planos coletivos não precisam de autorização prévia da ANS para aplicação de reajuste anual. Assim, nos reajustes aplicados às mensalidades dos contratos coletivos, prevalecerá o disposto no contrato ou índice resultante de negociação entre as partes contratantes (operadora de plano de saúde e pessoa jurídica), devendo a operadora obrigatoriamente comunicar os reajustes à ANS. O beneficiário deverá ficar atento à periodicidade do reajuste que não poderá ser inferior a 12 meses, que serão contados da celebração do contrato ou do último reajuste aplicado e não do ingresso do beneficiário ao plano. Embora não haja a necessidade de prévia autorização da ANS, esta faz um monitoramento dos reajustes anuais aplicados nos contratos coletivos. A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário, segundo faixas e percentuais de variação dispostos em contrato e atendendo a RN nº 63/2003.</p>
ALTERAÇÕES NA REDE ASSISTENCIAL DO PLANO	<p>Alterações na rede de prestadores de serviço devem ser informadas pela operadora, inclusive as inclusões. No caso de redimensionamento por redução de prestador hospitalar, a alteração necessita ser autorizada pela ANS antes da comunicação aos beneficiários. Esta comunicação deve observar 30 dias de antecedência no caso de substituição de prestador hospitalar para que a equivalência seja analisada pela ANS.</p>	
VIGÊNCIA	<p>A vigência mínima do contrato individual ou familiar é 12 meses com renovação automática.</p>	<p>A vigência mínima do contrato coletivo é negociada e tem renovação automática.</p>
REGRAS DE RESCISÃO E/OU SUSPENSÃO	<p>Nos planos individuais ou familiares a rescisão ou suspensão contratual unilateral por parte da Operadora somente pode ocorrer em duas hipóteses: por fraude; e/ou por não pagamento da mensalidade por período superior a sessenta dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, desde que o beneficiário seja comprovadamente notificado até o 50º dia de inadimplência.</p>	<p>Nos planos coletivos as regras para rescisão ou suspensão contratual unilateral são negociadas entre a pessoa jurídica contratante e a operadora de plano de saúde. É importante que o beneficiário fique atento às regras estabelecidas no seu contrato. A rescisão unilateral imotivada, por qualquer das partes, somente poderá ocorrer após a vigência do período de 12 meses e mediante prévia notificação da outra parte com antecedência mínima de 60 dias. Na vigência do contrato e sem anuência da pessoa jurídica contratante, a operadora só pode excluir ou suspender assistência à saúde de beneficiário em caso de fraude ou perda do vínculo de titular ou de dependência.</p>
PERDA DA CONDIÇÃO DE BENEFICIÁRIO NOS PLANOS COLETIVOS	<p>Nos planos coletivos os beneficiários titulares e seus dependentes podem ser excluídos do plano de saúde, que continua vigente, quando perdem o vínculo com a pessoa jurídica contratante, ou seja, com o sindicato, associação profissional ou congênera, órgão público ou empresa.</p>	
DIREITOS DOS ARTIGOS 30 E 31, DA LEI N.º 9656/1998, NOS PLANOS COLETIVOS EMPRESARIAIS	<p>Nos planos coletivos empresariais em que há participação financeira do beneficiário no pagamento da mensalidade, regular e não vinculada à co-participação em eventos, é assegurado ao mesmo o direito de permanência neste plano coletivo no caso de demissão sem justa causa ou aposentadoria. No caso de morte do titular demitido ou aposentado em gozo do benefício decorrente dos artigos 30 e 31, é assegurada a permanência do grupo familiar. O beneficiário tem um prazo máximo de 30 dias, após seu desligamento, para se manifestar junto à empresa/órgão público, com a qual mantinha vínculo empregatício ou estatutário, sobre a sua vontade de permanecer no plano de saúde. O beneficiário assume integralmente o pagamento da mensalidade quando opta pela permanência. O período de manutenção da condição de beneficiário do plano é de 6 meses no mínimo, e proporcional ao período em que o mesmo permaneceu vinculado e contribuindo para o plano de saúde como empregado ou servidor. Salientamos que o beneficiário perde o direito de permanência no plano de saúde do seu ex-empregador ou órgão público quando da sua admissão em um novo emprego ou cargo.</p>	

<p>DIREITO DE MIGRAR PARA PLANO INDIVIDUAL OU FAMILIAR APROVEITANDO CARÊNCIA DO PLANO COLETIVO EMPRESARIAL</p>	<p>Os beneficiários de planos coletivos empresariais que tiverem o benefício de plano de saúde extinto, terão o direito de se vincular a um plano da mesma operadora com contratação individual ou familiar, sem a necessidade de cumprimento de novos prazos de carência. Essa prerrogativa não se aplica aos planos de autogestões.</p> <p>A condição para exercer esse direito é que a operadora comercialize plano individual ou familiar.</p> <p>O beneficiário tem um prazo máximo de 30 dias, após a extinção do benefício, para contratar, junto à operadora, o plano individual ou familiar.</p> <p>Este direito não existe caso tenha havido apenas a troca de operadora por parte do contratante (órgão público ou empresa).</p>
<p>COBERTURA E SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL</p>	<p>Define o tipo de assistência à qual o beneficiário terá direito. Os planos podem ter assistência ambulatorial, hospitalar, obstétrica e odontológica. Essas assistências à saúde isoladas ou combinadas definem a segmentação assistencial do plano de saúde a ser contratado pelo beneficiário. A Lei nº 9.656/1998 definiu como referência o plano com assistência ambulatorial, hospitalar, obstétrica e urgência/emergência integral após 24h, em acomodação padrão enfermária. O contrato pode prever coberturas mais amplas do que as exigidas pela legislação, mas as exclusões devem estar limitadas às previstas na Lei nº 9.656/1998.</p> <p>A cobertura para acidente do trabalho ou doença profissional em planos coletivos empresariais é adicional e depende de contratação específica.</p>
<p>ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA</p>	<p>Aponta para o beneficiário a área em que a operadora de plano de saúde se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas. A abrangência geográfica pode ser nacional, estadual, grupo de estados, municipal ou grupo de municípios.</p>
<p>ÁREA DE ATUAÇÃO</p>	<p>É a especificação nominal do(s) estado(s) ou município(s) que compõem as áreas de abrangência estadual, grupo de estados, grupo de municípios ou municipal.</p> <p>É importante que o beneficiário fique atento a estas informações, uma vez que as especificações da área de abrangência e da área de atuação do plano, obrigatoriamente, devem constar no contrato de forma clara.</p>
<p>ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS</p>	<p>Quando houver participação Administradora de Benefícios na contratação de plano coletivo empresarial, a verificação do número de participantes para fins de carência ou CPT considerará a totalidade de participantes eventualmente já vinculados ao plano estipulado.</p> <p>Se a contratação for de plano coletivo por adesão, para fins de carência considerar-se-á como data de celebração do contrato coletivo a data do ingresso da pessoa jurídica contratante ao contrato estipulado pela Administradora de Benefícios.</p>
<p>DO REEMBOLSO</p>	<p>A UNIMED CL assegurará o reembolso nos limites das obrigações contratuais, das despesas efetuadas pelo beneficiário titular ou dependentes, nos casos exclusivos de urgência e emergência, quando não for comprovadamente possível o atendimento através de médicos cooperados e a utilização de serviços próprios ou contratados pelo SISTEMA NACIONAL UNIMED, exceto em hospitais de tabela própria e de alto custo.</p> <p>A solicitação do reembolso e envio da documentação deverá ser feita pelo beneficiário diretamente para a UNIMED CL, devendo para tanto apresentar os seguintes documentos:</p> <ol style="list-style-type: none"> preenchimento de formulário próprio de solicitação de reembolso; relatório do médico assistente, atestando a urgência ou a emergência, declarando o nome do paciente, descrição do tratamento e respectiva justificativa dos procedimentos realizados, data do atendimento, e, quando for o caso, período de permanência no hospital, e data da 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 dos médicos assistentes, auxiliares e outros, discriminando funções e o evento a que se referem, e se for o caso, a duração do ato anestésico; comprovantes relativos aos serviços de exames laboratoriais, de radiodiagnósticos, terapias e serviços auxiliares, acompanhados do pedido do médico assistente. <p>O beneficiário tem o prazo de 1 (um) ano para apresentar a documentação acima listada, sob pena de decaimento do seu direito ao reembolso.</p> <p>O reembolso será efetuado de acordo com a tabela da UNIMED CL no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados a partir do recebimento da documentação completa pela UNIMED CL, e seu valor não poderá ser inferior ao praticado por esta junto à rede assistencial do presente plano, descontados eventuais valores de coparticipação.</p> <p>Somente serão reembolsáveis as despesas vinculadas diretamente ao evento que originou o atendimento ao beneficiário, realizado enquanto perdurar o estado de urgência ou emergência e nos limites das condições deste contrato.</p> <p>Não serão reembolsados procedimentos realizados de forma programada, denominados eletivos, nos casos em que o beneficiário ou seu representante legal optar por ser atendido fora da abrangência geográfica do plano e em prestadores não credenciados ou cooperados da UNIMED CL.</p>

CONTRATAÇÃO	Determina se o plano destina-se à pessoa física ou jurídica. A contratação pode ser Individual/Familiar, Coletivo por Adesão ou Coletivo Empresarial.
PADRÃO DE ACOMODAÇÃO	Define o padrão de acomodação para o leito de internação nos planos hospitalares; pode ser coletiva ou individual.
COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS	É o conjunto de procedimentos a que o beneficiário tem direito, previsto na legislação de saúde suplementar pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura mínima obrigatória, e no contrato firmado com a operadora, conforme a segmentação assistencial do plano contratado. O beneficiário deve analisar detalhadamente as coberturas a que tem direito.
EXCLUSÕES DE COBERTURAS	É o conjunto de procedimentos a que o beneficiário não tem direito, previsto na legislação de saúde suplementar, conforme a segmentação assistencial do plano contratado.
DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES (DLP)	Doenças e lesões preexistentes - DLP - são aquelas existentes antes da contratação do plano de saúde, e que o beneficiário ou seu responsável saiba ser portador.

Para oferecer comodidade, conforto e agilidade a seus clientes a Unimed CL conta com a Central de Atendimento, onde são realizados os seguintes serviços:

Autorizações de exames, segunda via de boleto, segunda via de cartão, alteração de endereço e da data de vencimento do boleto, cálculo dos valores de exames e procedimentos a pagar nos planos participativos e em custo operacional, cancelamento de contratos, reclamações, sugestões e orientações sobre cobertura contratual.

Central de Atendimento - Av. Furtado, 355 - São Sebastião - Tel.: 3769-5000 - Funcionamento de 08h às 17h



Ouvidoria

Unimed Conselheiro Lafaiete

Telefone:
(31) 3769-5000

E-mail:
ouvidoria@unimedcl.com.br

Precisa falar conosco?
Estamos prontos para atender.

Canal aberto para receber e responder suas dúvidas, sugestões e reclamações.

Para informar-se sobre estes e outros detalhes da contratação de planos de saúde, o beneficiário deve contatar a Unimed CL

ESTE MANUAL NÃO SUBSTITUI O CONTRATO.

Unimed 
Conselheiro Lafaiete

Operadora: Unimed Conselheiro Lafaiete

CNPJ: 21.839.519/0001-38

Nº de registro na ANS: 345709

Site: www.unimedcl.com.br

Tel.: 31. 3769-5000

0800 031 30 20

3ª versão - 08/2021