

MANUAL DO BENEFICIÁRIO

VERSÃO 1

01/07/2019



CUIDAR DE VOCÊ. ESSE É O PLANO.

Unimed 
Marília

SUMÁRIO

1. Introdução	4
2. Cartão do Beneficiário	5
3. Como acessar o Guia Médico e 2º Via do boleto	6
4. Prazos máximos para o atendimento	8
5. Qual é o plano que você adquiriu?	9
6. Cobertura do seu plano	10
7. Outras informações do seu plano	11
8. Dicas de utilização do plano	13
9. Carências	14
10. Reembolso	14
11. Como acontecem as inclusões e exclusões de beneficiários?	15
12. Portal de serviços	15
13. Portabilidade	15
14. Portabilidade especial	16
15. Remoção Aérea e Terrestre	16
16. Espaço Viver Bem	16
17. Fale com a Unimed Canais de atendimento	18

INTRODUÇÃO

Prezado beneficiário,

A Unimed Marília é uma cooperativa de trabalho médico, fundada e administrada por profissionais da medicina. A organização tem como principal objetivo oferecer cuidados à saúde, prezando pelo atendimento humanizado e de qualidade. Fundada em 30 de Agosto de 1991, a cooperativa atua em Álvaro de Carvalho, Alvinlândia, Campos Novos Paulista, Echaporã, Garça, Júlio Mesquita, Lupércio, Marília, Ocaçu, Oriente, Oscar Bressane, Pompeia e Vera Cruz.

Nossos beneficiários tem acesso a uma rede de atendimento qualificada, com médicos, hospitais, laboratórios, clínicas e uma Central de Relacionamento com o Cliente.

A cooperativa ainda oferece produtos e serviços diferenciados, para melhor atender às suas necessidades e também de sua família.

Cada Unimed é autônoma e juntas formam o Sistema Unimed, o maior sistema cooperativista de trabalho médico do mundo e também a maior rede de assistência à saúde do Brasil, presente em 84% do território nacional.

Agora, como beneficiário da Unimed Marília, você integra o time de clientes desta cooperativa e é com grande satisfação que o recebemos.

Preparamos este Manual do Beneficiário para que você o tenha sempre em mãos, ou mantenha em local de fácil acesso, pois o conteúdo o ajudará com dicas e informações sobre como usar o seu plano da melhor forma, garantindo a sua saúde, segurança e satisfação.

Além deste manual, estamos sempre à sua disposição, por meio da nossa Central de Relacionamento com o Cliente, e também pelo nosso site, onde de forma prática, segura e fácil você consegue resolver assuntos como: 2ª via de boleto, consultar o Guia Médico, entre outros.

SEJA MUITO BEM-VINDO À UNIMED MARÍLIA E CONTE SEMPRE CONOSCO.

CARTÃO DO BENEFICIÁRIO

O seu cartão é pessoal e intransferível. Carregue-o sempre com você e o mantenha em bom estado.

Para ser atendido, você precisa ter o cartão sempre em mãos, juntamente com um documento de identificação com foto.

É muito importante que os dados de cadastro estejam sempre atualizados. Qualquer alteração comunique a Unimed Marília.

Importante!

Em caso de perda, roubo ou extravio do cartão, procure imediatamente o setor de Atendimento da Unimed Marília.

Haverá cobrança de R\$ 6,00 no boleto bancário por solicitação de 2ª via. Caso você tenha sido roubado ou furtado, com a apresentação do Boletim de Ocorrência a taxa não será cobrada.

Caso o seu plano seja empresarial, consulte a área de Recursos Humanos da sua empresa.

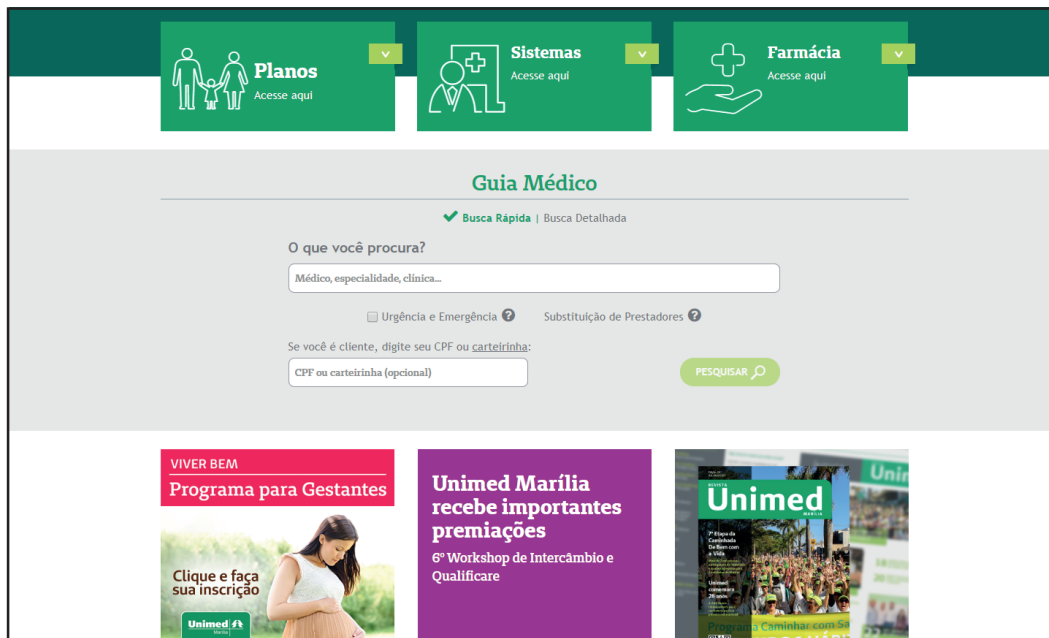


Aprenda a identificar as informações que estão em seu cartão Unimed:

1. Código do Cliente
2. Data de Nascimento
3. Nome do Beneficiário
4. Número de Identificação da Singular
5. Cobertura Parcial Temporária (identifica o período de carência)
6. Tipo de Plano
7. Nome do Contratante
8. Emissão da Via
9. Acesso à Rede
10. Validade do Cartão
11. Abrangência do Contrato
12. Vigência do Plano
13. Acomodação do Hospitalar
14. Jurídico ou Familiar

COMO ACESSAR O GUIA MÉDICO

1º Passo: Acessar o site da Unimed Marília (<https://www.unimed.coop.br/web/marilia>). Ainda na página inicial você encontra uma caixa em cinza apontando: “O que você procura”. No canto esquerdo da tela, está o texto: “Se você é cliente, digite o CPF ou carteirinha”, como destacado abaixo. Nesse campo, deverão ser preenchidas as informações para o avanço à próxima etapa.



2º Passo: Ao preencher os dados corretamente, você será redirecionado para uma nova página. Assim, basta completar os itens apontados para encontrar o seu médico. A seguir você pode verificar o modelo da página.



Obs.: O guia completo com o nome de todos os sócios cooperados e prestadores de serviços ainda pode ser baixado para seu computador, smartphone e/ou tablet.

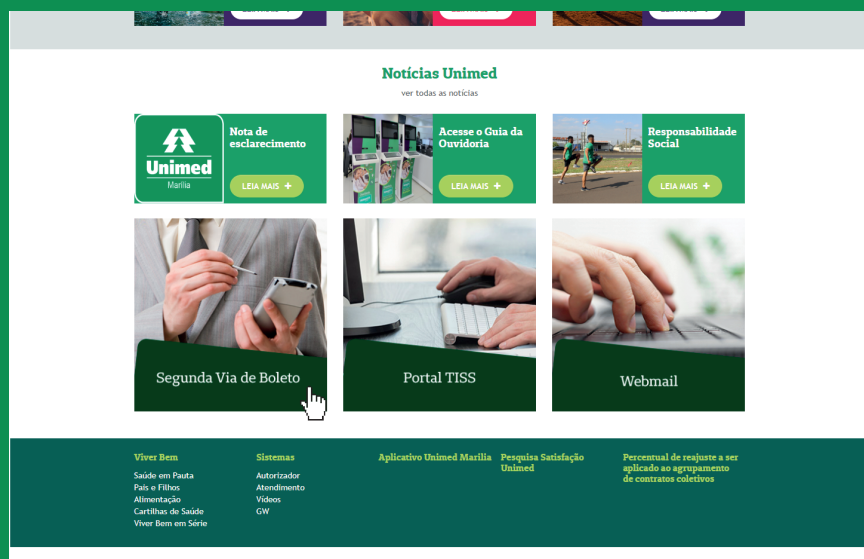
COMO ACESSAR A 2ª VIA DO BOLETO

SEGUNDA VIA DO BOLETO



Não recebeu ou extraviou o boleto?

Acesse o site da Unimed Marília e imprima boletos vencidos e a vencer na hora em que desejar, pelo link: www.unimed.coop.br/web/marilia



ANS - nº 33.610-6

1.

Preencha os campos indicados com o número e senha do seu cartão Unimed.

2.

Para primeiro acesso, basta cadastrar-se com dados pessoais para fazer a emissão da 2ª via do boleto.

PRAZOS MÁXIMOS PARA O ATENDIMENTO

Para garantir a qualidade e a agilidade do seu atendimento dentro dos prazos abaixo mencionados, é fundamental que você apresente a documentação necessária quando solicitada. Para ser atendido dentro dos prazos, você deverá ter cumprido os períodos de carência 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.

Caso encontre dificuldades ou demora para ser atendido pela rede de atendimento da Unimed, basta contatar o setor de Ouvidoria, por meio do telefone (14) 3402-2500.

O atendimento cumpre as determinações das Resoluções Normativas nº 259 e 268, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

SERVIÇOS	PRAZO MÁXIMO PARA O ATENDIMENTO Dias úteis
Consulta básica: pediatria, clínica médica, cirurgia geral, ginecologia e obstetrícia	07 (sete)
Consulta nas demais especialidades	14 (catorze)
Consulta – sessão com fonoaudiólogo	10 (dez)
Consulta – sessão com nutricionista	10 (dez)
Consulta – sessão com psicólogo	10 (dez)
Consulta – sessão com terapeuta ocupacional	10 (dez)
Consulta – sessão com fisioterapeuta	10 (dez)
Serviços de diagnóstico por laboratório de análises clínicas em regime ambulatorial	03 (três)
Demais serviços de diagnóstico e terapia em regime ambulatorial	10 (dez)

Procedimentos de Alta Complexidade (PAC)	21 (vinte e um)
--	-----------------

Atendimento em regimento hospital-dia	10 (dez)
---------------------------------------	----------

Atendimento em regime de internação eletiva	21 (vinte e um)
---	-----------------

Urgência e emergência	Imediato
-----------------------	----------

QUAL É O PLANO QUE VOCÊ ADQUIRIU?

Consulte as informações no seu cartão

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) Grupo de Municípios
- c) Local

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.

b) Franquia – Quando o beneficiário paga diretamente ao prestador da rede credenciada ou referenciada no ato da utilização do serviço, por não ser responsabilidade contratual da operadora.

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.

Para os contratos regulamentados as coberturas 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

São os atendimentos realizados em consultórios ou ambulatorios, incluindo realização de pequenas cirurgias, primeiros socorros e outros procedimentos que não exijam uma estrutura mais complexa para atendimento, tais como:

- Consultas
- Serviços de apoio diagnóstico
- Consulta e procedimentos em consultório, pronto-socorro e pronto atendimento
- Atendimentos caracterizados como de urgência e emergência, que demandem atenção continuada, pelo período máximo de 12 horas, em leitos ambulatoriais.

Cobertura hospitalar

São os atendimentos realizados em ambientes hospitalares por exigirem uma estrutura mais complexa para atendimento, tais como:

- Internações clínicas e cirúrgicas
- Procedimentos obstétricos e partos, quando contratados.

Segue abaixo alguns procedimentos cuja necessidade está relacionada à continuidade da assistência prestada em internação hospitalar:

- Hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD
- Quimioterapia
- Radioterapia
- Nutrição parenteral ou enteral
- Hemoterapia
- Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica

- Embolização e radiologia intervencionista.

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 – Cirurgias buco-maxilo-facial que necessitem de ambiente hospitalar.*

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

OUTRAS INFORMAÇÕES DO SEU PLANO

Cobertura com limitações

- Os portadores de transtornos psiquiátricos que necessitem de internação terão direito ao custeio, no máximo 30 dias, contínuos ou não, por ano de contrato não cumulativo, em hospital ou unidade especializada. Caso seja necessário a continuidade do tratamento, haverá a cobrança de coparticipação conforme estabelecido em contrato.
- Estarão cobertos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões autoinfligidas.

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. Assim, no mínimo, 6 meses e, no máximo, 24 meses, passando então a assumir as responsabilidades referente às mensalidades e as participações integralmente.

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.

Exclusões

Saiba quais procedimentos estão excluídos da cobertura do seu plano:

- Procedimentos odontológicos
- Procedimentos realizados fora da rede de atendimento Unimed
- Escleroterapia de varizes

- Procedimentos cirúrgicos, pré ou pós-operatórios, inclusive os relacionados a doador, relativos a transplantes, exceto os de rins e de córneas
- Produtos de toalete e higiene pessoal
- Serviços telefônicos e qualquer outra despesa que não seja vinculada diretamente à cobertura contratual
- Exames e medicamentos ainda não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia
- Cirurgias e tratamentos não éticos ou ilegais
- Cirurgia para mudança de sexo
- Inseminação artificial
- Atendimento nos casos de calamidade pública, conflitos sociais, guerras, revoluções e outras perturbações de ordem pública, e ainda de envenenamentos de caráter coletivo ou outra causa física que atinja maciçamente a população, quando declarada pela autoridade competente
- Medicamentos importados não nacionalizados
- Enfermagem em caráter particular em regime hospitalar ou domiciliar
- Cirurgias plásticas, exceto as reparadoras, decorrentes de acidentes ocorridos na vigência deste contrato, e que estejam causando problemas funcionais
- Tratamentos clínicos e/ou cirúrgicos por motivo de sensibilidade, para rejuvenescimento, bem como para prevenção de envelhecimento, ganho de peso e emagrecimento
- Tratamentos com finalidade estética, cosmética ou para alterações somáticas
- Vacinas, medicamentos e materiais cirúrgicos que não sejam ministrados em internações ou em atendimentos em pronto-socorros
- Necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma de cabelo
- Fornecimento de próteses e órteses não ligados ao ato cirúrgico ou para fins estéticos, bem como o fornecimento de órtese, prótese e materiais, mesmo que ligados ao ato cirúrgico, mas que sejam de procedência estrangeira
- Aparelho ortopédico
- Aluguel e fornecimento de equipamentos hospitalares e similares
- Consultas e atendimento domiciliares, mesmo em caráter de emergência e urgência
- Tratamentos em SPA, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais e clínicas de idosos
- Exames admissionais, demissionais, periódicos, mudança de função e retorno ao trabalho
- Laudo para sanidade mental e atividades físicas
- Atestado de saúde para banho de piscina e ginástica
- Exame de DNA para confirmação de paternidade
- Remoção domiciliar
- Assistência Domiciliar
- Atendimento em hospitais de alto custo e tabela própria

Reajustes

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

- Anualmente, na data base (aniversário) do contrato
- 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

A coparticipação é o percentual cobrado dos beneficiários de acordo com o contrato sobre o valor pago ao prestador, e portanto será reajustado sempre que houver reajuste ao prestador.

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 do beneficiário e um documento de identificação com foto (ver pág. 5).

Em caso de perda do cartão de beneficiário, comunique o fato ao Recursos Humanos da empresa, ou na sede da Unimed, evitando, assim, que um desconhecido utilize seu cartão.

Nunca empreste o seu cartão de beneficiário 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.

Urgência e emergência

São consideradas situações de urgência e emergência aquelas que dependem da ação imediata do médico e, portanto, não podem aguardar o agendamento de uma consulta em consultório.

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.

Quando procurar um pronto atendimento:

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

CARÊNCIAS

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
Urgências e emergências	24 horas
Consultas	60 dias
Exame de análises clínica	60 dias
Exames de Alto Custo	180 dias
Internações Clínicas ou cirúrgicas	180 dias
Procedimentos obstétricos	300 dias
DLP	24 meses

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.

REEMBOLSO

A partir da necessidade do beneficiário de encontrar um médico cooperado ou prestador credenciado, para realizar determinado serviço (atendimento), A Unimed Marília disponibiliza a rede prestadora credenciada no site www.unimedmarilia.com.br.

Reembolso – Atendimento eletivo:

O reembolso, decorrente de atendimento eletivo, quando necessário, ocorrerá somente nos casos em que o beneficiário solicita auxílio a operadora na busca do prestador e se depara com a indisponibilidade ou a inexistência de rede para o caso demandado, tendo então que arcar com os custos de forma particular.

Reembolso – Atendimento urgência e emergência:

O beneficiário terá direito ao reembolso, nos limites das obrigações contratuais, das despesas efetuadas com assistência à saúde, em casos de urgência ou emergência, quando não for possível a utilização dos serviços credenciados deste produto, desde que

realizado na cidade de Marília, de acordo com a relação de preços de serviços médicos e hospitalares praticados pelo respectivo produto, pagáveis no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a entrega da seguinte documentação:

a) relatório do médico assistente, declarando o diagnóstico, tratamento efetuado e data do atendimento;

b) conta hospitalar discriminada, incluindo a prescrição e evolução médica, evolução de enfermagem, ficha anestésica, descrição cirúrgica, ficha de controle de gases, relação dos materiais e medicamentos;

c) recibos originais de honorários dos médicos assistentes, auxiliares e outros, discriminando as funções e o evento a que se referem;

d) os comprovantes originais relativos aos serviços de exames laboratoriais, radiodiagnósticos e serviços auxiliares.

O prazo de prescrição para que o beneficiário apresente os documentos acima referidos é de 01 (um) ano contados da data do evento.

O valor do reembolso nas urgências e emergências não poderá ser superior ao valor praticado pela operadora junto à rede de prestadores do respectivo plano.

INCLUSÕES E EXCLUSÕES DE BENEFICIÁRIOS

No caso de **Planos Coletivos**, o beneficiário deve procurar o setor responsável de sua empresa e/ou da entidade de classe 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 de liberadas pelo beneficiário titular ou contratante pagador.

PORTABILIDADE

RESOLUÇÃO NORMATIVA – RN Nº 438, DE 3 DE DEZEMBRO DE 2018

Art. 3º Para realizar a portabilidade de carências, devem ser atendidos simultaneamente os seguintes requisitos:

I – o vínculo do beneficiário com o plano de origem deve estar ativo;

II – o beneficiário deve estar adimplente junto à operadora do plano de origem;

III – o beneficiário deve ter cumprido prazo de permanência:

a) 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

b) 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;

IV – 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;

V – 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;

VI – caso o plano de destino seja de contratação coletiva, o beneficiário deverá possuir vínculo com a pessoa jurídica contratante do plano, ou o beneficiário deverá ser ou possuir vínculo com empresário individual.

PORTABILIDADE POR PERDA DE VÍNCULO

Art. 8º A portabilidade de carências poderá ser exercida em decorrência da extinção do vínculo de beneficiário e 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, nas seguintes hipóteses:

I – pelo beneficiário dependente, em caso de morte do titular do contrato;

II – pelo beneficiário dependente, em caso de perda da condição de dependência do beneficiário;

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.

Espaço Viver Bem

A Unimed Marília, pensando em oferecer mais qualidade de vida a seus beneficiários, oferece diversos programas de medicina preventiva. O Espaço Viver Bem disponibiliza para seus beneficiários, sem custos adicionais, um processo de aprendizagem em saúde, com foco em ações preventivas. Os programas compõem um processo de aprendizagem em saúde, com alvo na melhor qualidade de vida.

A maior parte dos problemas de saúde são decorrentes de hábitos e condições crônicas mal controladas, tais como tabagismo, obesidade, sedentarismo, hipertensão arterial, diabetes, doença pulmonar obstrutiva crônica, entre outros.

Considerando-se responsável por seus beneficiários, não apenas em oferecer meios para o tratamento das complicações tardias dessas doenças, mas com ações focadas na proteção e prevenção, a Unimed Marília cuida para que a saúde dessas pessoas seja impactada positivamente. A ideia é ajudar o beneficiário a conquistar uma nova e melhor condição de saúde, evitando o surgimento precoce de doenças crônicas. Prevenir é sempre o melhor remédio.

Equipe Viver Bem

O Viver Bem dispõe de uma equipe multiprofissional qualificada, que atua com foco no autocuidado por meio de educação em saúde.

Programa de promoção à saúde e de prevenção de riscos e doenças

Para ingressar nos Programas do Viver Bem o beneficiário da Unimed Marília deverá passar por uma avaliação inicial de saúde, realizada pela equipe multiprofissional. Nesta avaliação será preenchido um questionário com o histórico de saúde, que será analisado pela equipe multiprofissional, a qual direcionará o beneficiário para um dos programas específicos. A avaliação inicial é aplicada presencialmente por um profissional treinado para desenvolver essa atividade.

Programas:

- Programa de Prevenção a Quedas
- Programa Caminhar com Saúde
- Programa de Controle do Diabetes
- Programa de Controle de Hipertensão
- Programa de Combate ao Tabagismo
- Programa Crescer Saudável
- Grupo de Orientação a Gestantes
- Grupo Emagrecer Saudável

Serviços:

- Nutrição
- Fonoaudiologia
- Enfermagem
- Terapia ocupacional
- Fisioterapia
- Psicologia

Para mais informações, acesse o site: <https://www.unimed.coop.br/web/marilia/espaco-viver-bem>

FALE COM A UNIMED MARÍLIA – CANAIS DE ATENDIMENTO

Sede Administrativa Unimed

Endereço: Rua Bororós, 225

Telefones: (14) 3402-2500

Assistência Domiciliar

Endereço: Rua Cel. José Brás, 1145

Telefone: (14) 3402-2516

Pronto Atendimento – PA

Endereço: Av. Sampaio Vidal, 1125

Telefone: (14) 3402-2515

Farmácia

Endereço: Rua Bahia, 718

Telefone: (14) 2105-6699

Saúde Ocupacional

Endereço: Rua General Osório, 1160

Telefone: (14) 2105-8188

Espaço Viver Bem

Endereço: Rua Cel. José Brás, 1087

Telefone: (14) 2105-8191

APS – Atenção Plena a Saúde

Endereço: Rua Cel. José Brás, 1087

Telefone: (14) 3402-2504

Ouvidoria

Telefone: (14) 3402-2500

Central de Relacionamento

Telefone: 0800 201 2500

No site da Unimed Marília você encontra alguns serviços, são eles:

- Emissão da 2ª via do boleto bancário atualizado
- Guia Médico on-line
- Visualização do cartão do Beneficiário
- Posição cadastral
- Despesas de utilização
- Canal do Beneficiário (informações pessoais e extrato de utilização)

Acesse www.unimedmarilia.com.br e conheça todos os nossos serviços.

Passo a passo para instalação do
UNIMED SP CLIENTES:

1



Posicione a câmera do seu celular para escanear o código ao lado

Se preferir, vocês pode pesquisar por **Unimed SP Clientes** dentro da App Stores ou Google Play para realizar o download.

2



Escolha a opção disponível conforme indicação do fabricante e ou modelo compatível do seu smartphone (para Apple, App Store e para sistema Android o Google Play).

3



Baixe o aplicativo **Unimed SP Clientes** e realize o cadastro para utilizá-lo.

CUIDAR DE VOCÊ. ESSE É O PLANO.

