

Manual do Cliente Unimed

Conheça seu
Plano de Saúde
e saiba como usá-lo.

CUIDAR DE VOCÊ. ESSE É O PLANO.



Sumário

Introdução	3
Cartão do Beneficiário	4
Guia Médico	6
Consultas	8
Exames e Procedimentos	9
Prazos Máximos de Atendimento	10
Como Utilizar	11
Coberturas, Carências e CPT	12
Serviços e Coberturas Adicionais	13
Urgência e Emergências	15
Importância do contrato	16
Plano Adquirido	17
Reajustes e Mensalidades	19
Reembolso	21
Direitos e Deveres do beneficiário	22
Inclusões e Exclusões de Beneficiários	23
Dependentes	24
Demitidos e Aposentados	25
Recém-nascidos e Recém-casados	26
SAC / Ouvidoria	27
Portal de Serviços	28
Portabilidade	29
Auditoria	31
Inativos	32
Glossário	33



**Seja
bem-vindo
a Unimed
Andradas!**

Introdução

Prezado (a) beneficiário (a),

É uma grande satisfação recebê-lo (a) como beneficiário (a) Unimed, uma Cooperativa médica cuja missão é atender com atenção e respeito, oferecendo trabalho digno aos cooperados, valorizando nossos colaboradores e praticando sustentabilidade em prol da comunidade Andradense.

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

Para sua comodidade e com a finalidade de prestarmos melhor atendimento, elaboramos este manual para orientá-lo sobre como proceder na utilização do seu plano. Para que você tenha o máximo de tranquilidade e segurança leia-o atentamente.

Em caso de dúvidas relacionadas ao seu plano, entre em contato conosco através dos nossos canais de atendimento, teremos prazer e satisfação em atendê-lo!

**Obrigada por escolher a Unimed Andradas.
Conte com a gente sempre que precisar.**

Cartão do Beneficiário

A Unimed fornecerá ao beneficiário e/ou usuário o cartão referente ao plano contratado, com prazo de validade, cuja a 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 do beneficiário e outros documentos fornecidos pela Unimed, na hipótese de exclusão ou rescisão contratual motivada por qualquer uma das partes. O uso indevido é proibido e, de acordo com a gravidade, estará sujeito às consequências previstas em leis.

- ▶ O seu cartão é pessoal e intransferível. Para ser atendido, tenha-o sempre em mãos, juntamente com sua carteira de identidade.
- ▶ Verifique as informações relativas às carências, cobertura parcial temporária impressas no seu cartão e consulte as condições de contratação.
- ▶ Mantenha seus dados cadastrais sempre atualizados. Qualquer alteração, não deixe de nos comunicar.
- ▶ Em caso de roubo, extravio ou caso haja qualquer problema com o cartão, informe a Unimed para que todas as providências necessárias sejam tomadas.

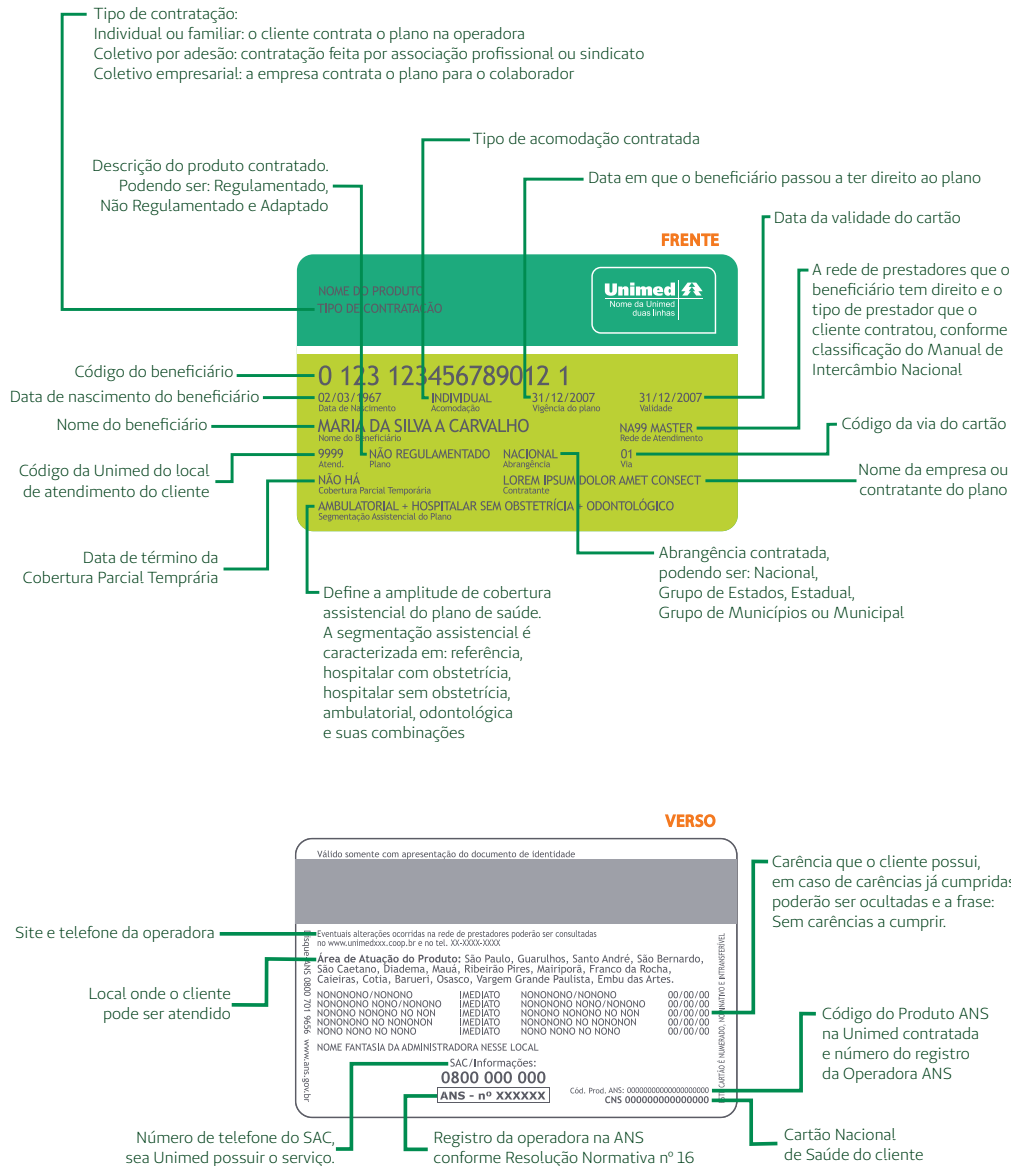
Dica Unimed

Cuide do seu cartão que ele cuida de você.

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



SAIBA IDENTIFICAR SEU CARTÃO DA UNIMED:

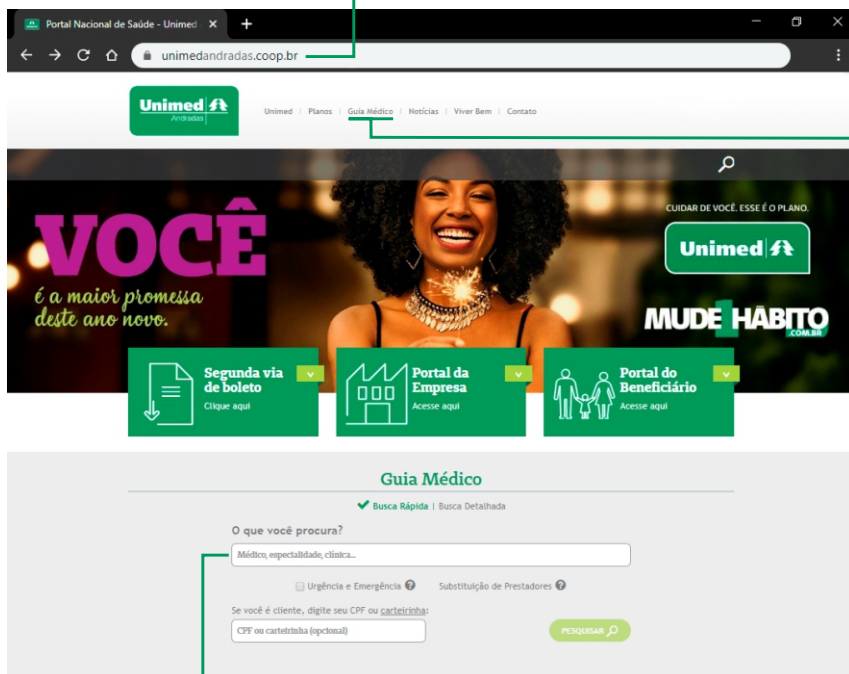


Guia Médico

No Guia Médico é possível encontrar a relação de prestadores de serviços assistenciais, como médicos, clínicas, profissionais da saúde, laboratórios e hospitais.

1 Acesse

www.unimedandradas.coop.br



2 O Guia médico está localizado na barra de menus ou logo abaixo do banner na página principal.

3 Digite o que está procurando, por nome, especialidade ou cidade

ALCIO JACINTO CONTTRI (CRM 31078)

R E

Especialidade(s): Urologia (RQE: 28923)

Titulações e Certificados: Urologia

Centro - Andradas / MG - Tel.: (35) 3731-1306

Mais detalhes

Tipo de estabelecimento
 Especialidade médica
 Endereço Completo
 Telefone de contato

LEGENDA DOS ÍCONES DOS ATRIBUTOS DE QUALIFICAÇÃO UNIMED:

A Programa de Acreditação

N Comunicação de eventos adversos

R Residência

E Título de Especialista

Q Qualidade Monitorada

I Certificação ISO 9001

P Pós-graduação Lato Sensu

M Mestrado

D Doutorado/Pós-Doutorado

G Certificação de Entidades Gestoras de outros Programas de Qualidade

Consultas

Para agendar uma consulta eletiva, procure no Guia Médico o profissional que você deseja e marque o seu horário. No atendimento, será obrigatório 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.

Os atendimentos serão prestados por médicos cooperados e serviços credenciados do Sistema Nacional Unimed, dentro do território nacional, de acordo com a rede contratada.

Quando você estiver em outra cidade, entre em contato com a Unimed mais próxima para saber quais são os locais em que você poderá receber atendimento. É sempre necessário esse contato antes de se dirigir a um profissional ou a um estabelecimento de saúde.

Dica Unimed

Você precisa mesmo de pronto-socorro?

Os pronto-socorros dos hospitais precisam estar livres para os casos de emergência. Se você tiver algum sintoma que possa esperar, procure o seu médico de confiança. Ele tem o seu histórico. E você vai ajudar alguém que realmente precisa de um pronto-socorro.

Exames e Procedimentos

Alguns exames e procedimentos necessitam de autorização prévia, com a guia de solicitação médica preenchida e o cartão do beneficiário em mãos você poderá solicitar informações por meio dos seguintes canais:

presencial

nas unidades de atendimento da Unimed;

central de atendimento

por meio do telefone 0800 300 4700

É importante saber que após liberadas, as guias de solicitação médica têm 60 dias de validade. Portanto, verifique a sua disponibilidade para realizar tal exame ou procedimento antes de liberá-lo.

Dica Unimed

Seus exames 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 o suficiente.

Como Utilizar:

Exames e Procedimentos:

Os exames e procedimentos serão autorizados pela Unimed de acordo com a cobertura contratada. O atendimento será realizado de acordo com os procedimentos médicos referenciados pela Agência Nacional de Saúde (ANS) no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento.

Havendo divergência entre uma solicitação médica e a autorização o pedido de autorização poderá ser negado. Só vai acontecer se o que for solicitado não estiver previsto contratualmente, não preencher requisitos e diretrizes de utilização fixados pela ANS ou estiver expressamente excluído de cobertura, conforme art. 10 da Lei 9.656/98.

Destacamos ainda que solicitações de autorização poderão ser analisadas por Auditoria médica, e sempre que persistir uma divergência médica poderá ser solicitada uma terceira opinião, escolhida de comum acordo entre a operadora e o médico assistente.

Internações Eletivos:

Dirija-se a Unimed da cidade em que o internamento será realizado tendo em mãos o documento de identidade, o Cartão do beneficiário, a guia de internamento, os exames, o laudo e a justificativa médica. No local, você receberá orientações de como proceder para liberar a guia.

Dica Unimed

Faça como a Unimed: proteja você.

A Unimed cerca você de cuidados pra você não ter preocupações com a sua saúde. Faça o mesmo. Cuide-se bem, viva bem. Com a mente e o corpo em dia, talvez você nem precise da Unimed. Mas ela está sempre aqui para você se sentir ainda mais seguro.



10

Prazos Máximos de Atendimento

Para garantir a qualidade e a agilidade do seu atendimento dentro dos prazos ao lado 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.

Serviços	Prazo máximo para o atendimento (dias úteis)
Consulta básica - pediatria, clínica médica, cirurgia geral, ginecologista obstretrícia	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)
Consulta e procedimentos realizados em consultório / clínica com cirurgião-dentista	07 (sete)
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
Consulta de retorno	A critério do profissional responsável pelo atendimento

Fonte: site da ANS

Coberturas, carências e CPT

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

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

- 24 (vinte e quatro) horas para atendimento ambulatorial de urgências e emergências**
- 300 (trezentos) dias para parto a termo
- Até 180 dias para os demais procedimentos

* Para planos coletivos empresarial, consulte o responsável pelo plano de sua entidade.

** 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 a 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.

Serviços e Coberturas Adicionais

A Unimed disponibiliza aos seus clientes a remoção **terrestre e aérea**.

Remoção terrestre

É uma cobertura para pacientes internados, que precisam de transferência nos limites da abrangência geográfica contratada.

Remoção aérea

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

Mais informações: 0800 300 4700

Saúde Integral

É um benefício de assistência à saúde aos beneficiários adultos e idosos da Unimed Andradas, envolvendo uma equipe multidisciplinar com ações de promoção da saúde, prevenção e tratamento de doenças com objetivo de facilitar o atendimento aos beneficiários

Dica Unimed

Viver bem: 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. É por isso que a Unimed promove a saúde e a qualidade de vida acima de tudo.

Importante:

Cessados os prazos de cobertura legal, a responsabilidade financeira pelo internamento e demais procedimentos necessários passa a ser do contratante, restando somente a Operadora a responsabilidade de remoção, caso sua continuidade de dê pelo SUS. 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 do plano.

Urgência	Emergência
Plano ambulatorial	
Atendimento limitado às primeiras 12 horas em ambulatório	Atendimento limitado às primeiras 12 horas em ambulatório
Plano hospitalar sem obstetrícia	
Acidentes pessoais: atendimento integral	Carência cumprida (180 dias): atendimento integral
Complicações no processo gestacional: Atendimento limitado às primeiras 12 horas em ambulatório	Carência a cumprir (após 24 horas): atendimento limitado às primeiras 12 horas em ambulatório
Plano hospitalar com obstetrícia	
Acidentes pessoais: atendimento integral	Carência cumprida (180 dias): atendimento integral
Complicações no processo gestacional, com carência cumprida (180 dias): atendimento integral	
Complicações no processo gestacional, com carência a cumprir (após 24 horas): atendimento limitado às primeiras 12 horas em ambulatório	Carência a cumprir (após 24 horas): atendimento limitado às primeiras 12 horas em ambulatório
Plano referência	
Atendimento integral	Atendimento integral

Urgência e Emergências

Toda dor causa aflição e ansiedade, mas nem tudo deve ser entendido como urgência ou emergência. Os atendimentos de urgência e emergência são realizados após decorridas 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 às primeiras 12 (doze) horas de atendimento em regime ambulatorial ou prazo inferior se, dentro desse período, o quadro clínico evoluir para internação.

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 às primeiras 12 (doze) horas de atendimento em regime ambulatorial ou prazo inferior se, dentro desse período, o quadro clínico evoluir para internação. Nos casos de urgência envolvendo complicação no processo gestacional, se o beneficiário estiver em período de carência para internações e para o parto ou não possuir a segmentação hospitalar, a cobertura é restrita às primeiras 12 (doze) horas de atendimento em regime ambulatorial ou prazo inferior se, dentro desse período, o quadro clínico evoluir para internação. Ainda em relação a complicações no processo gestacional, se o beneficiário estiver em período de carência apenas para o parto, mas já tiver cumprido a carência para internações, haverá cobertura de atendimento nos regimes ambulatorial e hospitalar.

Importância do Contrato

Certifique-se de seus direitos e deveres, informando-se em detalhes sobre os benefícios do plano contratado por você diretamente, ou mesmo por meio de sua empresa ou entidade representativa. O cliente que paga um plano de saúde tem direito a tudo aquilo que contratou. A Unimed, em nenhum momento, se nega a cumprir o que está definido em contrato, mutuamente acertado. No entanto, é importante frisar: o plano deve ser utilizado com consciência. Ele não é um bem de consumo, ele consiste num benefício. A receita que uma pessoa gera, cobre as despesas de outro cliente, e vice-versa. Se não fosse assim, sua sustentação (para as operadoras de planos de saúde e para os próprios beneficiários) seria impossível.

A sua utilização correta ajuda a minimizar os custos e os índices de reajustes futuros, mantendo o equilíbrio entre receitas e despesas. Quando se fala em utilização correta, não se quer dizer restrição à consulta e acesso aos exames necessários. Significa, apenas, não repetir procedimentos desnecessários e buscar cuidar de seu cartão de saúde, como se fosse um cartão de crédito. Ele não é infinito, porque os recursos em saúde não o são.

Inclui também não ficar mudando de especialistas infinitamente. Se o diagnóstico de um determinado sintoma está difícil, duas opiniões, ou no máximo três, podem ser suficientes. Nosso pedido é apenas para que possamos dizer não ao desperdício. Afinal, desperdício em saúde significa, invariavelmente, deixar alguém sem o atendimento adequado. E quanto mais acontecer o uso inadequado do plano de saúde, mais transtornos poderão ocorrer para a operadora de seu plano e também para você.

Plano Adquirido

Quanto ao tipo de contratação

a) Individual ou Familiar: Permite livre adesão de consumidores pessoa física, 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: todo território nacional

b) Estadual: um único estado

c) Municipal: um único município

d) Grupo de Municípios: alguns municípios de um ou mais estados

e) Grupo de Estados: alguns estados

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 mensalidade é calculado após a utilização da cobertura contratada e o total de despesas é repassado à pessoa jurídica contratante

c) Pós-pagamento em rateio (pós-estabelecido em rateio): Quando o valor da mensalidade é calculado após a utilização da cobertura contratada e o total de despesas é dividido, pela operadora ou pela pessoa jurídica contratante, entre todos os beneficiários do plano, independente da utilização da cobertura

Quanto a segmentação assistencial e cobertura

a)ambulatorial: Só para consultas, exames e terapias

b)hospitar sem obstetrícia: Só para internação sem cobertura para parto

c)hospitar com obstetrícia: Só para internação com cobertura para parto

d)ambulatorial+hospitar sem obstetrícia: Para consultas, exames, terapias e internação

e)ambulatorial+hospitar com obstetrícia: Para consultas, exames, terapias, internação e parto

f)odontológico: Para consultas e exames odontológicos

g)Referência: Para consultas, exames, terapias, internação, parto e cobertura total após 24 horas da adesão ao plano em acomodação enfermaria

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 parte da despesa assistencial diretamente ao prestador da rede credenciada, no ato da utilização do serviço

c)Sem fator moderador: Quando o beneficiário não participa no pagamento de cada procedimento realizado

Quanto à época da contratação (segundo vigência da Lei 9.656/98 de 02/01/1999)

a)Regulamentados (contratos firmados a partir da Lei acima citada)

b)Não-regulamentados (contratos firmados antes da Lei acima citada)

c)Adaptados (contratos firmados antes da Lei acima citada, mas que foram editados para ajustá-los à cobertura da Lei 9.656/98 e demais normas da ANS - Agência Nacional de de Saúde)

Quanto ao padrão de acomodação

a)Enfermaria (Acomodação coletiva)

b)Apartamento (Acomodação individual)

Em caso de dúvidas verifique o seu contrato ou entre em contato com sua Unimed ou no RH de sua empresa, se o seu plano for coletivo.

Reajustes de Mensalidades

Seu plano foi contratado antes de 2 de janeiro de 1999?

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

Seu plano foi contratado pelo seu empregador, sindicato ou associação?

Se seu plano for do tipo coletivo, ou seja, se ele foi contratado por intermédio de uma pessoa jurídica (exemplo: a empresa em que você trabalha, sindicato ou associação ao qual está vinculado), os reajustes não são definidos pela ANS. Nesses casos, a Agência apenas acompanha os aumentos de preços, os quais devem ser combinados mediante negociação entre as partes (contratante e contratada) e devidamente comunicados à ANS em até 30 dias da sua efetiva aplicação.

No entanto, caso o seu contrato coletivo possua menos de 30 beneficiários, o reajuste aplicado deverá ser igual ao dos demais contratos com menos de 30 beneficiários da mesma operadora. Há exceções em que o contrato coletivo com menos de 30 beneficiários não faz parte do Agrupamento de Contratos. As exceções são:

- Contratos firmados antes de 1º de janeiro de 1999 e não adaptados à Lei nº 9.656/1998
- Contratos de planos exclusivamente odontológicos
- Contratos de plano exclusivo para ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa ou aposentados
- Contratos de planos com formação de preço pós-estabelecido
- Contratos firmados antes de 1º de janeiro de 2013 e não adaptados para contemplar a Resolução Normativa (RN) nº 309/2012, por opção da pessoa jurídica contratante.

Reajuste para planos Pessoa Física

Para planos Pessoa Física, a ANS define, anualmente, o índice autorizado para reajuste dos planos médico-hospitalares com ou sem cobertura odontológica contratados posteriormente à Lei nº 9656/98. Mesmo com essa definição, as operadoras só podem aplicar esse reajuste após avaliação e autorização expressa da ANS. Isso acontece porque, em geral, por questões naturais, quanto mais idosa a pessoa, mais necessários e mais frequentes se tornam os cuidados com a saúde. As faixas etárias variam conforme a data de contratação do plano e os percentuais de variação precisam estar expressos no contrato.

Consulte o quadro ao lado e verifique as condições de reajuste conforme a data de contratação do plano e a faixa etária do beneficiário.

Contratação	Faixa etária	Observações
Até 2 de Janeiro de 1999	Não se aplica	Deve seguir o que estiver escrito no contrato.
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.
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 RN nº 63, publicada pela ANS em dezembro de 2003, determina que o valor fixado para a última faixa etária (59 anos ou mais) não pode ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa (0 a 18). 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.

Reembolso

A Unimed assegurará o reembolso, no limite das obrigações e abrangência geográfica contratadas, das despesas efetuadas pelo beneficiário com assistência à saúde, nos casos exclusivos de urgência ou emergência, conforme tabela praticada pela Unimed, quando não for possível a utilização de serviços próprios, contratados ou credenciados. O reembolso será efetuado no prazo de até 30 (trinta) dias corridos, de acordo com os parâmetros constantes do seu contrato (no caso de contratos empresariais, verificar com o RH da sua empresa esta condição) ou na legislação aplicável, mediante a apresentação dos seguintes documentos:

- a) Solicitação formal do pedido na Unimed.
- b) 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 da alta hospitalar.
- c) Conta hospitalar discriminando materiais e medicamentos consumidos, com preço por unidade, juntamente com notas fiscais, faturas ou recibos do hospital.
- d) Recibos individualizados de honorários dos médicos assistentes, auxiliares e outros, discriminando o evento a que se referem, com carimbo legível do médico, inclusive o número do CRM.
- e) 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.
- f) O pagamento do reembolso será realizado por meio eletrônico. Para tal, será necessário nome completo e CPF do correntista. O prazo estabelecido para o pagamento será em no máximo 30 dias.

Importante: Tire cópia dos recibos/notas fiscais antes de solicitar o reembolso, para fins de comprovação das informações contidas na sua declaração de Imposto de Renda.

Direitos e Deveres do beneficiário

Direitos

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

Deveres

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

Dica Unimed

Se o seu plano é empresarial conheça os detalhes.

O seu plano Unimed faz parte dos benefícios que a sua empresa, conselho profissional, sindicato, associação, cooperativa, dentre outras pessoas jurídicas, oferece a você. Então pergunte ao RH ou ao setor responsável por esse benefício na instituição a qual está ligado quais são os direitos que o plano coletivo lhe dá e o que é que você deve fazer. Se ainda tiver dúvidas, fale com a Unimed. Conhecer bem os seus direitos e deveres vai ajudá-lo a utilizar melhor o seu plano, sem correr o risco de qualquer transtorno. Com as coisas bem claras, tudo fica mais fácil e mais seguro.

Inclusões e Exclusões de Beneficiários

No caso de Planos Coletivos, o indivíduo deve procurar o RH de sua empresa e solicitar a inclusão ou exclusão de seus dependentes que serão efetivadas e enviadas à Unimed. Qualquer inclusão deve ser providenciada no prazo mencionado no contrato firmado com a sua empresa (admissão do beneficiário titular, casamento, nascimento...)

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

Se o beneficiário titular for excluído, todos os demais dependentes serão excluídos. Se o contrato for rescindido, todos os beneficiários serão excluídos. **Nos Planos Individuais ou Familiares** as inclusões e exclusões de dependentes são deliberadas pelo beneficiário titular ou contratante pagador.

Dependentes

Usualmente, são dependentes:

a) Cônjuge

b) Os filhos solteiros, de acordo com a idade limite firmada em seu contrato (no caso de planos coletivos, verifique com o RH esta condição)

c) O enteado, o menor sob a guarda por força da decisão judicial e o menor tutelado, que ficam equiparados aos filhos

d) O (a) companheiro(a), havendo união estável, na forma da lei, sem eventual concorrência com o cônjuge.

e) Os filhos comprovadamente incapazes para os atos da vida civil

* São considerados dependentes do titular, aptos a aderirem ao plano, aqueles descritos no contrato firmado. Perderão a condição de dependência e, portanto, serão excluídos do plano aqueles que atingirem a idade limite ou que, de algum modo, percam o vínculo familiar com o titular.

Observação: Além do rol acima mencionado, você poderá ter direito a incluir outras pessoas como dependentes, desde que previsto em seu contrato ou no contrato de sua empresa ou entidade representativa.

Demitidos e Aposentados

O aposentado ou ex-empregado exonerado ou demitido sem justa causa, que contribuía para o custeio de seu plano privado de saúde, tem direito de manter as mesmas condições de cobertura assistencial que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, sem prejuízo de eventuais vantagens obtidas em negociações coletivas. Não é considerada contribuição à coparticipação paga única e exclusivamente em procedimentos, na utilização dos serviços de assistência médica e nem pagamentos relativos a mensalidade dos dependentes.

Condições:

- Ter sido beneficiário de plano coletivo decorrente de vínculo empregatício;
- Ter contribuído com pelo menos parte do pagamento de seu plano de saúde;
- Assumir o pagamento integral do benefício;
- Não ser admitido em novo emprego que possibilite o acesso a plano de saúde;
- Formalizar a opção de manutenção do plano no prazo máximo de 30 dias, contados a partir da comunicação do empregador sobre o direito de manutenção do gozo do benefício.

Dependentes:

O direito ao uso do plano é extensivo obrigatoriamente ao grupo familiar que estava inscrito quando da vigência do contrato de trabalho, se assim desejar. No caso de morte do titular, seus dependentes continuam no plano pelo tempo restante que o mesmo tinha direito.

Tempo:

- Aposentado que contribuiu por 10 anos ou mais tem direito de se manter no plano enquanto a empresa oferecer esse benefício a seus empregados ativos e dentro das condições acima.
- Aposentado que contribuiu por período inferior a 10 anos poderá permanecer no plano por um ano para cada ano de contribuição e dentro das condições acima.
- Ex-empregados exonerado ou demitido sem justa causa, a manutenção será correspondente a 1/3 (um terço) do tempo de permanência em que tenha contribuído, com o mínimo assegurado de 6 meses e um máximo de 24 meses.

Recém-nascidos e Recém-casados

O recém-nascido (filho natural ou adotado) que não possui o Cartão do beneficiário será atendido, desde que esteja acompanhado por um dos responsáveis legais inscritos no plano com cobertura obstétrica, que deverá apresentar o seu Cartão do beneficiário, seu documento de identidade e a certidão de nascimento do bebê.

O recém-nascido (filho natural ou adotado) só receberá atendimento sem o seu Cartão do beneficiário durante os primeiros 30 (trinta) dias a contar de seu nascimento. Caso esteja vigente o período de carência do representante legal, o filho deverá cumprir carência pelo período que ainda falta ser cumprido pelo representante legal.

Se o plano não possuir cobertura obstétrica, o recém-nascido poderá ser inscrito como dependente, no entanto, precisará cumprir os prazos de carência. Após os primeiros 30 dias, a contar do seu nascimento, o recém-nascido deverá estar inscrito na assistência médica e só será atendido com o seu Cartão do beneficiário pessoal.

O recém-casado terá isenção de carências, dependendo da previsão contratual. Os documentos necessários são a certidão de nascimento (no caso dos recém-nascidos) e a certidão de casamento ou declaração de união estável (no caso dos recém-casados).

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.

SAC / Ouvidoria

SAC

O Serviço de Atendimento ao Cliente é o canal disponível para o cliente realizar a sua primeira manifestação (solicitações, sugestões, elogios, reclamações, dúvidas) junto a Unimed Andradas.

SAC: **0800 300 4700**.

Canal Fale conosco: **www.unimed.coop.br/web/andradas/fale-conosco**.

Ouvidoria

É um canal de comunicação diferenciado, em função das suas características de autonomia, independência e imparcialidade. Ela não substitui e nem invalida a atuação dos canais de primeiro atendimento hoje existentes na Unimed, mas está sempre pronta a atendê-lo(a), caso não tenha obtido sucesso em seu atendimento junto aos demais canais.

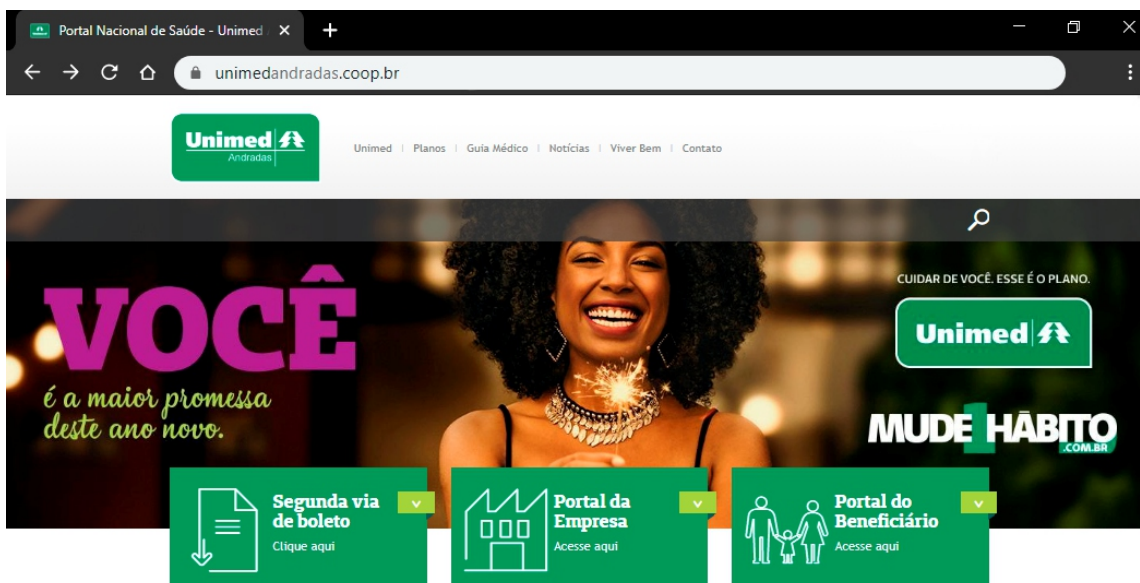
Por se tratar de um atendimento em segunda instância, preencha o formulário específico no site. Lembre-se: é obrigatório indicar o número do protocolo do primeiro atendimento ou, na ausência deste, as seguintes informações no campo “digite sua mensagem”: data, local, nome do atendente e canal de comunicação utilizado para o primeiro atendimento. O prazo para resposta da Ouvidoria é de 7 (sete) dias úteis, sendo admitida a pactuação de prazo superior, nos casos excepcionais ou de maior complexidade.

Ouvidoria: **www.unimed.coop.br/web/andradas/ouvidoria**

Portal de Serviços

Alguns serviços disponíveis on-line:

- Emissão da 2ª via do boleto bancário atualizado
- Rede local, estadual e nacional
- No Portal, você também tem acesso ao Guia Médico on-line (redes local, estadual e nacional). Se precisar e não tiver em mãos o impresso ou a versão mobile (smartphones e tablets), entre em contato com sua Unimed.



O Acesso a todas essas funções estão disponíveis na página inicial no site: www.unimedandradras.coop.br

Portabilidade

RN nº 186 e IN/DIPRO nº 19

É a possibilidade de contratar um 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 exigíveis e já cumpridos no plano de origem. Essa possibilidade vigora para os planos individuais e familiares e para os planos coletivos por adesão, contratados a partir de 02/01/1999.

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 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 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 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 (sessenta) dias a contar do término do vínculo de dependência.

RESOLUÇÃO NORMATIVA – RN N° 186, DE 14 DE JANEIRO DE 2009

Dispõe sobre a regulamentação da portabilidade das carências previstas no inciso V do art. 12 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e sem a imposição de cobertura parcial temporária.

Art. 3º O beneficiário de plano de contratação individual ou familiar ou coletiva por adesão, contratado após 1º de janeiro de 1999 ou adaptado à Lei nº 9656, de 1998, fica dispensado do cumprimento de novos períodos de carência e de cobertura parcial temporária na contratação de novo plano de contratação individual ou familiar ou coletivo por adesão, na mesma ou em outra operadora de plano de assistência à saúde, desde que sejam atendidos simultaneamente os seguintes requisitos: (Redação dada pela RN nº 252, de 29/04/2011)

I – estar adimplente junto à operadora do plano de origem, conforme inciso I do art. 8º;

II – possuir 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. (Redação dada pela RN nº 252, de 29/04/2011)

III – o plano de destino estar em tipo compatível com o do plano de origem, conforme disposto no Anexo desta Resolução;

IV – a faixa de preço do plano de destino ser igual ou inferior à que se enquadra o seu plano de origem, considerada a data da assinatura da proposta de adesão; e

V – o plano de destino não estar com registro em situação “ativo com comercialização suspensa”, ou “cancelado”.

§1º As faixas de preço previstas no inciso IV deste artigo serão definidas em Instrução Normativa a ser expedida pela Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos – DIPRO e serão baseadas na Nota Técnica de Registro de Produto – NTRP e/ou em outros instrumentos a serem definidos pela referida Diretoria.

§2º A portabilidade de carências deve ser requerida pelo beneficiário no período compreendido entre o primeiro dia do mês de aniversário do contrato e o último dia útil do terceiro mês subsequente, ressalvado o disposto no § 4º do artigo 8º desta Resolução. (Redação dada pela RN nº 252, de 29/04/2011)

§3º A operadora do plano de origem deve comunicar a todos os beneficiários tratados no caput a data inicial e final do período estabelecido no parágrafo 2º deste artigo, no mês anterior ao referido período, por qualquer meio que assegure a sua ciência. (Incluído pela RN nº 252, de 29/04/2011)

§4º O requisito previsto na alínea “a” do inciso II deste artigo não será exigível do beneficiário que for inscrito no plano de origem na forma da alínea “b” do inciso III do artigo 12, da Lei nº 9.656, de 1998. (Incluído pela RN nº 252, de 29/04/2011)

Fonte:

Auditoria

(Resolução CFM nº 1.614/2001)

atividade de auditoria em saúde garante a qualidade da assistência médica, respeitando as normas técnicas, éticas e administrativas. Por se tratar de atividade que envolve recursos financeiros e interesses conflitantes, as ações e processos obedecerão a uma gestão racional dos recursos disponíveis e a garantia de uma relação equilibrada entre custo e benefício. A auditoria médica exige bom senso e conhecimento técnico da matéria que se vai auditar e o médico investido da função de auditor encontra-se sob a égide do Código de Ética Médica.

Inativos

Lei nº 9.656/98 e RN nº 279

Tem direito a se manter no plano de saúde, aposentados que tenham contribuído com o plano empresarial e empregados demitidos sem justa causa, para todos os planos contratados a partir de janeiro de 1999 ou adaptados à lei 9.656/98. O ex-empregado deverá ter contribuído no pagamento do plano durante a vigência de seu contrato de trabalho e deverá assumir integralmente a mensalidade após o desligamento. Os aposentados que contribuíram por mais de dez anos podem manter o plano pelo tempo que desejarem ou enquanto perdurar o contrato de plano de saúde com a empresa.

Quando o período for inferior, cada ano de contribuição dá direito a um ano no plano coletivo depois da aposentadoria. Os demitidos sem justa causa ou exonerados poderão permanecer no plano de saúde por um período equivalente a um terço do tempo em que contribuíram com o plano, respeitado o limite mínimo de seis meses e máximo de dois anos ou até conseguirem um novo emprego que tenha o benefício de plano de saúde.

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

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 direito e deveres definidos em 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 cooperado/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 e 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 clientes e ele deve disseminar os atributos desta 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 Unimeds de outras cidades.

Plano – É o produto registrado na ANS que a empresa (no caso de pessoa jurídica) ou indivíduo (no caso de pessoa física) contratou com a Unimed. Cada plano ou produto corresponde a um contrato.

Sistema Unimed – É o conjunto de todas as Unimeds, 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 usuário, nos casos exclusivos de urgência ou emergência, quando não for comprovadamente possível a utilização de serviços próprios, contratados ou credenciados pelo Sistema Unimed, bem como serve de base de cálculo para os planos coparticipativos.

Unidades de atendimento – São postos de atendimento das Unimeds 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 processo gestacional

Material desenvolvido por:

CUIDAR DE VOCÊ. ESSE É O PLANO.



Última atualização:

JANEIRO 2020

CUIDAR DE VOCÊ. ESSE É O PLANO.



atendimento ao cliente

0800 300 4700

www.unimedandradas.coop.br