MANUAL DO BENEFICIÁRIO

Unimed Chapecó

www.unimedchapeco.coop.br

SOBRE A UNIMED CHAPECÓ

Muito mais que curar doenças, a Unimed busca a cada dia um mundo mais saudável e feliz. O compromisso de cada profissional integrante deste universo chamado Unimed é o respeito pela vida. Prevenir e diagnosticar com a máxima precocidade, para oferecer tratamento de qualidade e de fácil acesso está entre nossas metas. O resultado é o bem-estar de nossos beneficiários e a conquista da qualidade de vida. Essa forma de ver o mundo traz as recompensas que a Unimed busca: sorrisos estampados em rostos cheios de saúde e vida.

A Unimed Chapecó possui cerca de 55 mil beneficiários assistidos pelo Plano de Saúde. Disponibiliza aos seus clientes 338 médicos cooperados especializados nas mais diversas áreas, além do Hospital Unimed, composto por um moderno Laboratório de Análises Clínicas e um avançado Centro de Diagnóstico por Imagem equipado com aparelhos de Tomografia Computadorizada, Ultrassom, Densitometria Óssea, Mamografia, Raio-x, Endoscopia, Colonoscopia e Broncoscopia, Litotripsia, Polissonografia, Centro Cardioneurovascular.

Unimed Chapecó

www.unimedchapeco.coop.br

HISTÓRIA

- No anseio de transformar o atendimento médico-hospitalar prestado em Chapecó e região, em 20 de fevereiro de 1992 foi constituída a Cooperativa de Trabalho Médico da Região Oeste Catarinense. A data representa, além do aniversário da Cooperativa, o início de um sistema de saúde de referência em toda a região. Na época em que foi criada, a Unimed Chapecó possuía 86 médicos sócios-fundadores de diferentes especialidades.
- A singular atendia cerca de 11 mil clientes e oferecia assistência médica a outros nove municípios do Oeste Catarinense. Desde a sua fundação, a Unimed Chapecó foi presidida pelos médicos José Aymone Neto, Luiz Carlos Scapucin, Luiz Roberto Dalla Costa, Geraldo Antunes Córdova e José Pegoraro Foresti. Antes de se tornar cooperativa, iniciou sua trajetória como seccional da Fundação Unimed e assim permaneceu por cerca de três anos. Naquela época, coube aos cooperados a administração de um novo sistema de atendimento médico, a consciência do cooperativismo e a colaboração mútua em prol de uma entidade médica que trazia consigo novidades e promessas.
- Com o tempo, a visão da importância dos investimentos em pessoas e serviços próprios cresceu e isso possibilitou a expansão da Cooperativa e de Chapecó no âmbito da saúde.
- Com as dificuldades enfrentadas pela Fundação Hospitalar e Assistencial Santo Antônio (FHASA) e com o sistema de saúde de Chapecó sobrecarregado, era evidente a necessidade da implantação de um hospital próprio com infraestrutura capaz de suprir as demandas de segurança, qualidade, valorização do trabalho médico e de atenção à saúde da região. Enquanto isso, a Unimed Chapecó seguia rumo a um futuro promissor na cidade ao firmar contrato com 65 empresas. Entre elas, a Cooperativa Central Aurora, primeira empresa de Chapecó a aderir ao Plano com a Singular e consolidou-se em seu maior contrato.
- Em 1996, iniciaram-se as negociações entre a Unimed Chapecó e a extinta FHASA, para que a primeira pudesse tomar posse da gestão da segunda. Vale destacar a atuação, entre outros, dos cooperados: Raul Perizzollo, José Francisco Aymone, Arno Hepp e Luiz Roberto Dalla Costa.
- A partir disto, o projeto de um hospital de qualidade compatível à realidade da cidade de Chapecó começa a tomar forma. Em 25 de agosto de 1997 iniciaram as obras de restauração da parte física do Hospital Santo Antônio, o que expandiu seu espaço físico original de 650 m² para 4.750 m². Então, em 5 de dezembro de 1998 foi inaugurado o hospital Uniclínicas, atualmente Hospital Unimed Chapecó.

Unimed Chapecó

O DESENVOLVIMENTO DO COMPLEXO UNIMED CHAPECÓ: SERVIÇOS PRÓPRIOS

Crescer de forma sustentável: este foi o norte da Unimed Chapecó ao longo dos anos. Preocupada com a assistência prestada à saúde da população e com desejo de oferecer aos médicos condições melhores para a realização de seu trabalho, a Singular de Chapecó passou a investir continuamente na capacitação das pessoas e em sua estrutura física, além da retenção de talentos. Ações que foram desenvolvidas tendo como foco na sustentabilidade e na perpetuação da cooperativa.

Tal estratégia permitiu a vinda de novos médicos e novas especialidades, agregando complexidade e qualidade ao atendimento da saúde dos chapecoenses e região.

ABRANGÊNCIA

A Unimed possui abrangência de 25 municípios: Águas de Chapecó, Águas Frias, Caxambu do Sul, Chapecó, Cordilheira Alta, Coronel Freitas, Cunhataí, Formosa do Sul, Galvão, Guatambu, Irati, Jardinópolis, Modelo, Nova Erechim, Nova Itaberaba, Novo Horizonte, Pinhalzinho, Planalto Alegre, Quilombo, Santiago do Sul, São Carlos, Saudades, Serra Alta, Sul Brasil, União do Oeste.

Unimed Chapecó

Prezado beneficiário!

A partir de agora, você e sua família conta com um plano de saúde da Unimed Chapecó elaborado para atender integralmente suas expectativas e necessidades, conforme a Regulamentação Dos Planos De Saúde, lei nº 9656/98.

Para sua comodidade e maior facilidade na utilização, elaboramos este manual que contém informações sobre os principais aspectos do contrato firmado com sua empresa e/ou individual familiar e as condições do plano que ela acaba de adquirir.

Para orientações e esclarecimentos, entre em contato com nossa Central de Atendimento 24h pelo 0800 644 1800, indicado no verso de seu cartão de identificação.

Boa leitura!

VEJA ALGUMAS DEFINIÇÕES QUE IRÃO FACILITAR A LEITURA DESTE MANUAL:

- *UNIMED CHAPECÓ: é uma operadora de plano de saúde, singular do sistema Unimed e regulamentada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Presta serviços de assistência à saúde aos beneficiários do plano através de seus médicos cooperados e de rede própria ou credenciada.*

- *ACIDENTE PESSOAL: é um evento exclusivo e de data caracterizada; ocorre de modo súbito, imprevisível e involuntário. Podendo ser causador de lesão física tornando necessário o tratamento médico.*

- *COBERTURA: é todo atendimento a que você tem direito conforme o plano contratado.*

- *COPARTICIPAÇÃO: é quando ocorre participação na quitação das despesas após determinados atendimentos. A cobrança desses valores é integrada à mensalidade, conforme a cláusula contratual.*

- *EMERGÊNCIA: é o evento que implica o risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o beneficiário, caracterizado em declaração do médico assistente.*

- *EMPRESA: é a pessoa jurídica que contrata a prestação de serviços de assistência à saúde para seus empregados, dirigentes ou associados.*

- *PLANO: é o produto contratado, conforme registro na Agência Nacional de Saúde Suplementar.*

- *PLANOS ANTIGOS (NÃO REGULAMENTADOS): são os planos privados de assistência à saúde anteriores à Lei nº 9.656/98. Ou seja, para contratos firmados até 1º de janeiro de 1999.*

Unimed Chapecó

- PLANOS NOVOS (REGULAMENTADOS): são aqueles contratos celebrados após 1º de janeiro de 1999, ou adaptados à Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998.

- SISTEMA UNIMED: é a integração de todas as Unimeds do Brasil, regularizadas por normas que buscam padronizar os processos operacionais. Desta maneira, garantindo a agilidade no atendimento, qualidade e abrangência da assistência médica hospitalar.

- TABELA REFERÊNCIA: é a lista indicativa de procedimentos e seus respectivos custos, utilizada nas situações em que sejam necessárias a aferição ou reembolso.

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

- BENEFICIÁRIO: é a pessoa física, inscrita na operadora de plano de saúde, que usufruirá dos serviços contratados, seja na qualidade de titular ou dependente.

FORMAS DE CONTRATAÇÃO DE PLANOS DE SAÚDE

Conheça os diferentes tipos de planos e suas principais características!

Coletivo Empresarial

- *A empresa contrato o plano para o beneficiário*

Principais características do plano Coletivo Empresarial:

Adesão: *Exige vínculo com pessoa jurídica por relação empregatícia ou estatutária.*

Carência: *Sim. Salvo para contrato com 30 ou mais beneficiários e para quem ingresso no plano em até 30 dias da celebração do contrato ou da vinculação a empresa.*

Cobertura: *Conforme o contrato e o Rol de Procedimentos.*

Rescisão: *Previsão em contrato e somente válida para o contrato como um todo.*

Cobrança: *Diretamente ao consumidor pela Pessoa Jurídica contratante.*

Coletivo por Adesão

- *A associação profissional ou sindicato contrato o plano para o beneficiário*

Principais características do plano Coletivo por Adesão:

Adesão: *Exige vinculo com a associação profissional ou sindicato.*

Carência: *Sim. Salvo para quem ingressa no plano em até 30 dias da celebração do contrato ou no aniversário do mesmo.*

Cobertura: *Conforme o contrato e o Rol de Procedimentos.*

Rescisão: *Previsão em contrato e somente válida para o contrato como um todo.*

Cobrança: *Diretamente ao consumidor pela pessoa jurídica contratante ou pela Administradora de Benefícios.*

Planos Individuais

- *Plano Individual ou Familiar: Beneficiário pode procurar diretamente à operadora*

Principais características do plano Individual ou Familiar:

Adesão: *Livre.*

Carência: *Sim.*

Cobertura: *Conforme o contrato e o Rol de Procedimentos.*

Rescisão: Apenas em caso de fraude e/ou falta de pagamento.

Unimed somos coop

QUAL O PLANO QUE ADQUIRI?

Quanto ao tipo de contratação:

- Individual ou Familiar
- Coletivo Empresarial
- Coletivo por Adesão

Quanto à abrangência geográfica, poderá ser:

- a) Nacional b) Estadual c) Municipal d) Grupo de Municípios

Quanto à formação do preço

- a) Pré-pagamento (pré-estabelecido) - Quando o valor da mensalidade é calculado antes da utilização da cobertura contratada;
- a) Coparticipação - É a participação financeira na despesa assistencial a título de fator moderador, a ser paga pelo beneficiário após a realização dos procedimentos e cobrada em conjunto com a mensalidade do plano de saúde;
- c) Sem fator moderador - Quando o beneficiário não participa no pagamento de cada procedimento realizado

Quanto ao padrão de acomodação

- Enfermaria (Acomodação coletiva)
- Apartamento (Acomodação individual)

Qual a área de abrangência de meu plano?

- Depende da abrangência geográfica contratada. Observe se o seu plano é local, estadual ou nacional junto ao cartão virtual. Verifique o seu contrato ou tire dúvidas na sua Unimed ou no RH de sua empresa.

COBERTURAS, CARÊNCIAS, CPT (COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA) E COPARTICIPAÇÃO

Para os planos não-regulamentados (ou seja, 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, conforme o segmento contratado (plano referência, ambulatorial, hospitalar e obstetrícia).

Os planos Regulamentados pela Lei 9.656/98, possuem as seguintes coberturas:

- Consultas clínicas, incluindo especialidades;
- Consultas obstétricas, incluindo pré-natal;
- Consultas psiquiátricas;
- Tratamentos ambulatoriais;
- Urgências ou emergências;
- Internações clínicas, psiquiátricas, cirúrgicas e obstétricas.

Em caso da previsão de mecanismos financeiros dispostos em contrato para internação hospitalar, o referido se beneficiará de todas as especialidades médicas. Contudo, a coparticipação nas internações psiquiátricas somente poderá ser exigida sob estas condições, que deverão ser previstas em contrato.

Unimed

somos coop

O QUE É CARÊNCIA?

Carência é o período para começar a usar o plano.

Para saber a partir de quando você poderá utilizar seu plano após a contratação, é importante verificar os prazos de carência. Carência é o tempo que você terá que esperar para ser atendido pelo plano de saúde em um determinado procedimento. Essa informação deve estar claramente disposta no seu contrato.

No caso dos planos de saúde contratados antes de janeiro de 1999, as regras de carência obedecem ao disposto em cada contrato. Já para os chamados "planos novos" - contratados a partir de 2/01/1999 – ou para os que foram adaptados à legislação, valem as regras de carência estabelecidas na Lei nº 9.656/98, descritas abaixo:

Por tipo de plano:

Planos individuais ou familiares: há aplicação de carência.

Planos coletivos empresariais: há aplicação de carência.

Há isenção de carência no seguinte caso:

a. Empresa com 30 ou mais beneficiários: isenção de carência desde que o beneficiário solicite o ingresso em até 30 dias da celebração do contrato ou da sua vinculação à empresa contratante.

Planos coletivos por adesão: há aplicação de carência.

Há isenção de carência nos seguintes casos:

a. Se o ingresso do beneficiário acontecer até 30 dias após a celebração do contrato.

b. Se o ingresso acontecer no aniversário do contrato.

Urgência e Emergência	24h
Consultas médicas	30 dias
Exames: laboratoriais, anatomopatológicos e citológicos, raio - x simples e contrastados, eletrocardiograma, eletroencefalograma, ultrassonografia	30 dias
Consultas/sessões de Fisioterapias	90 dias
Parto a Termo	300 dias
Consultas/Sessões com: fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo, nutricionista e psicoterapia	180 dias
Todos as demais coberturas	180 dias

O QUE É DECLARAÇÃO DE SAÚDE?

É o formulário que acompanha o Contrato do Plano de Saúde, onde o beneficiário ou seu representante legal deverá informar as doenças ou lesões preexistentes que tenha conhecimento no momento da contratação do plano. Para o seu preenchimento, o beneficiário tem o direito de ser orientado de forma gratuita por um médico credenciado/referenciado pela operadora. Se optar por um profissional de sua livre escolha, assumirá o custo desta opção.

Portanto, se você ou o beneficiário toma medicamentos regularmente, consulta médicos devido a problemas de saúde diagnosticados, realizou exames que identificaram alguma doença ou lesão, internou-se ou fez algum procedimento cirúrgico, DEVE DECLARAR ESTA DOENÇA OU LESÃO.

CPT - Cobertura Parcial Temporária

Aquela que admite a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos; relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal, por um período ininterrupto de até 24 meses a partir da data da contratação ou adesão ao plano de saúde.

O QUE É DOENÇA OU LESÃO PREEXISTENTE?

Doenças ou lesões Preexistentes (DLP) são aquelas que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano de saúde.

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

- A operadora não poderá impedi-lo de contratar o plano de saúde.
- A operadora irá oferecer a cobertura parcial temporária (CPT), haverá restrição de cobertura para cirurgias, leitos de alta tecnologia (UTI, unidade coronariana ou neonatal) e procedimentos de alta complexidade –PAC (tomografia, ressonância, etc) exclusivamente relacionados a doença ou lesão declarada, até 24 meses, contados desde a assinatura do contrato. Após o período máximo de 24 meses da assinatura contratual, a cobertura passará a ser integral de acordo com o plano contratado.
- Não haverá restrição de cobertura para consultas médicas, internações não cirúrgicas, exames e procedimentos que não seja, de alta complexidade, mesmo que relacionados à doença ou lesão preexistente declarada, desde que cumpridos os prazos de carências estabelecidos no contrato.

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

- A operadora poderá suspeitar de omissão de informação e, neste caso, deverá comunicar imediatamente ao beneficiário, podendo ofertar o CPT, ou solicitar abertura de processo administrativo junto à ANS, denunciando a omissão da informação.
- Comprovada a omissão de informação pelo beneficiário, a operadora poderá rescindir o contrato por fraude e responsabilizá-lo pelos procedimentos referentes à doença ou lesão não declarada.
- Caso seja realizada abertura de processo administrativo junto a ANS, até o julgamento final do processo pela ANS, não poderá ocorrer suspensão do atendimento nem rescisão do contrato.

Unimed

somos coop

O QUE É COPARTICIPAÇÃO?

É a participação financeira na despesa assistencial, a título de fator moderador, a ser paga pelo beneficiário após a realização dos procedimentos e cobrada em conjunto com a mensalidade do plano de saúde. A coparticipação incidirá sobre os seguintes serviços/procedimentos:

a) consulta de puericultura, demais consultas médicas em consultório e pronto socorro;

b) exames e procedimentos de diagnose, realizados em consultórios médicos, clínicas, laboratórios e hospitais em regime ambulatorial, incluindo materiais, medicamentos, honorários e taxas relacionadas à execução do exame;

c) consultas/sessões realizadas por profissionais de saúde, previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigentes à época do evento, tais como: fisioterapia, acupuntura, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo, nutricionista e psicoterapia, realizadas em regime ambulatorial, incluindo materiais, medicamentos, honorários e taxas relacionadas à execução dos procedimentos;

A coparticipação será de 50% (cinquenta por cento) sobre os valores constantes da Tabela de Referência de Coparticipação da CONTRATADA, vigente na data do atendimento, disponível no endereço eletrônico www.unimed.coop.br/chapeco, observado o limite máximo conforme contrato vigente por serviço/procedimento realizado.

Os valores constantes na Tabela de Referência de Coparticipação da CONTRATADA e respectivos limites máximos serão reajustados anualmente conforme condições estabelecidas na Cláusula de Reajuste.

Sempre que houver uma atualização do rol de procedimentos e eventos em saúde, publicada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, e forem inclusos procedimentos e/ou medicamentos, não listados acima e também não contemplados no rol anterior, incidirá a cobrança de coparticipação sobre as novas coberturas ambulatoriais incluídas.

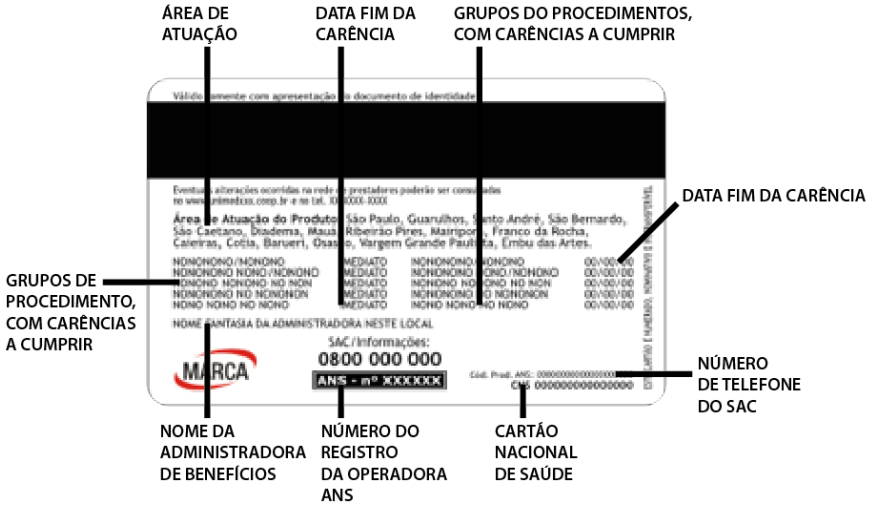
A inadimplência dos valores apurados a títulos de coparticipação sujeitará o CONTRATANTE às mesmas penalidades impostas à inadimplência das mensalidades.

Unimed somos coop

CARTÃO DO BENEFICIÁRIO

- A Unimed disponibilizará ao beneficiário o cartão virtual referente ao plano contratado, através do APP Unimed Cliente, cuja apresentação deverá ser acompanhada de documento de identidade. Desta forma, serão assegurados os direitos e vantagens do seu plano. Para acesso ao seu cartão virtual baixe o aplicativo Unimed Cliente em seu smartphone, realize o seu cadastro e tenha acesso ao seu cartão e de seus dependentes.
- É obrigação do beneficiário a devolução do cartão na hipótese de exclusão ou rescisão contratual motivada por qualquer uma das partes quando este utilizar o cartão físico. Além disso, proteja o seu cartão evitando riscar a tarja magnética, sujar, expor ao sol ou molhar. Assim, ele vai estar sempre funcionando para você se sentir bem cuidado.
- Caso aconteça a perda ou roubo do cartão, avise a Unimed para que as providências necessárias sejam tomadas através do 0800 644 1800.
- O uso indevido é proibido e, conforme a gravidade estará sujeito às consequências previstas em leis. Cuide do seu cartão que ele cuida de você.

Conheça o seu cartão Unimed



CONHEÇA SEU CARTÃO VIRTUAL UNIMED

Identificação da sua Unimed

Nome do produto e tipo de contratação do produto ("Individual ou familiar," "Coletivo por adesão" ou "Coletivo Empresarial")

Nome do cliente

Identificação do cliente

Tipo de Acomodação

Data da validade do cartão

Plano ("Regulamentado" "Adaptado" ou "não regulamentado")

Código de Rede de Atendimento/Tipo de Prestador que o cliente tem direito

Abrangência de utilização do plano, respeitando a rede cooperada/ contratada

Local de atendimento

Segmentação Assistencial do Plano

Data de nascimento

Data da adesão ao plano

Data da finalização do período de cobertura parcial temporária.

Código da via do cartão

Nome do contratante

CONHEÇA SEU CARTÃO VIRTUAL UNIMED

Área de atuação

Grupos de procedimentos, com carências a cumprir

Número do registro do produto na ANS

Cartão Nacional de Saúde

Número do registro da operadora na ANS

Número de telefone do SAC

Identificação da sua Unimed

Número do registro da operadora na ANS

CONHEÇA SEU CARTÃO VIRTUAL UNIMED

QR-CODE OPÇÃO DE LEITURA DO CARTÃO

- Verifique as informações relativas às carências e de cobertura parcial temporária disponíveis no seu cartão. Em caso de dúvidas, entre em contato pelo telefone SAC 0800 644 1800.
- Importante: Caso haja qualquer problema com o cartão, solicite a substituição imediatamente por meio do nosso serviço de atendimento ao cliente 0800 644 1800.

COMO ACESSAR O GUIA MÉDICO?

Acesse através do Site da Unimed Chapecó:

- Procure a opção Guia Médico que está localizado no centro da primeira página do site da Unimed: www.unimed.coop.br/chapeco.
- Acesse e insira o número da sua carteirinha;
- Escolha sua consulta desejada por cidade, tipo de recurso (hospitais, clínicas, laboratórios) ou especialidade (médicos).

Acesse através do APP Unimed Cliente:

- Baixe o APP Unimed Cliente em seu smartphone;
- Realize o cadastro no APP;
- Procure a opção Guia Médico;
- Escolha sua consulta desejada por cidade, tipo de recurso (hospitais, clínicas, laboratórios) ou especialidade (médicos).

Unimed Chapecó

POSSO UTILIZAR O SERVIÇO DE REMOÇÃO?

A CONTRATADA garantirá a cobertura da remoção do paciente para outro hospital nas situações abaixo descritas, de acordo com os recursos necessários a fim de garantir a manutenção da vida:

Após atendimentos classificados como urgência ou emergência, a CONTRATADA garantirá a cobertura da remoção do paciente nas seguintes situações:

- Se caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos da unidade para continuidade do atendimento, a **CONTRATADA garantirá a sua remoção para uma unidade hospitalar própria ou contratada, mais próxima, que disponha dos recursos necessários para o atendimento**, sem ônus para o(a) CONTRATANTE; e
- Quando for necessária a realização de eventos cirúrgicos, uso de leitos de alta tecnologia ou a realização de procedimentos de alta complexidade relacionados à doença ou lesão preexistente em período de cobertura parcial temporária, caberá à CONTRATADA o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do SUS mais próxima, que disponha dos recursos necessários para garantir a continuidade do atendimento. A responsabilidade da Operadora só cessará após o efetivo registro do paciente na Unidade do Sistema Único de Saúde – SUS.

Quando envolver acordo de cobertura parcial temporária e o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade não integrante do SUS, a CONTRATADA estará isenta da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

Nos casos de remoção para uma unidade do SUS sem apresentar risco de morte, estando o beneficiário em período de cobertura parcial temporária, o (a) CONTRATANTE e o prestador do atendimento devem negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a CONTRATADA desse ônus.

A CONTRATADA garantirá a remoção do beneficiário que tiver cumprido o período de carências, mediante autorização do médico assistente e consentimento do próprio beneficiário ou de seu responsável. A remoção será assegurada nas situações:

Quando o beneficiário estiver dentro da área de atuação e abrangência de cobertura do plano de saúde:

- De hospital ou pronto atendimento do SUS para um hospital da rede vinculado ao respectivo plano de saúde;
- De hospital ou pronto atendimento particular ou público (não integrante da rede da operadora) para um hospital da rede vinculado ao respectivo plano de saúde;

Unimed Chapecó

www.unimedchapeco.coop.br

- De hospital ou pronto atendimento da rede do respectivo plano de saúde para outro hospital da rede, vinculado ao respectivo plano de saúde mais próximo, quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos para continuidade de atenção ao beneficiário na unidade de saúde de origem;
- De clínica ou consultório público ou privado para um hospital da rede vinculado ao respectivo plano de saúde, somente em caso de indisponibilidade ou inexistência de unidade hospitalar ou pronto atendimento no município onde o paciente foi atendido, conforme regras estabelecidas na Resolução Normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar vigente na data do evento.
- Quando o beneficiário estiver fora da área de atuação e abrangência de cobertura do plano;
- De hospital ou pronto-atendimento privado ou público localizado fora da área de atuação do respectivo plano de saúde para hospital credenciado e vinculado ao plano de saúde, apto a realizar o devido atendimento, quando o evento que originou a necessidade do serviço tenha ocorrido dentro da área de atuação do plano de saúde.
- De hospital ou pronto-atendimento privado ou público, localizado fora da área de atuação do plano de saúde, para hospital credenciado na área de atuação e abrangência de cobertura e vinculado ao respectivo plano de saúde apto a realizar o devido atendimento, em caso de indisponibilidade ou inexistência de unidade hospitalar ou pronto atendimento no município demandado pelo beneficiário e/ou área de atuação do plano, conforme regras estabelecidas na Resolução Normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar vigente na data do evento.

Quando o paciente estiver internado em uma unidade hospitalar, que não possua o recurso para realizar determinados exames ou procedimentos indispensáveis para controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, a CONTRATADA garantirá a sua remoção para outro estabelecimento.

somos coop

REAJUSTE DE MENSALIDADES

- Seu plano foi contratado antes de 2 de janeiro de 1999? Se sua resposta for sim, isso significa que ele se encaixa na categoria de planos antigos, pois não foi adaptado à Lei nº 9.656/98.
- Nesses casos, os reajustes devem seguir os termos presentes no contrato. No entanto, caso o índice de reajustes não esteja explicitado nas cláusulas e os critérios de apuração e demonstração das variações estiverem omissos, será adotado o percentual de variação divulgado pela ANS.
- Seu plano foi contratado pelo seu empregador, sindicato ou associação? Então, significa que seu plano é do tipo coletivo, pois foi contratado por intermédio de uma pessoa jurídica (empresa que você trabalha, sindicato ou associação). Neste caso, os reajustes não são definidos pela ANS. 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. 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.

EM QUE SITUAÇÕES TENHO DIREITO AO REEMBOLSO E COMO DEVO PROCEDER?

Em caso de atendimento de urgência e emergência

- Quando não for possível a utilização de serviços próprios, contratados ou credenciados pela CONTRATADA, que fazem parte da rede de atendimento do respectivo plano e desde que o atendimento tenha sido realizado dentro da área de abrangência geográfica e atuação do plano.
- O reembolso será nos limites das obrigações contratuais, após a checagem da existência de carências, cobertura parcial temporária, área de abrangência e atuação do plano, segmentação e Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento. O valor será de acordo com os valores praticados pela CONTRATADA junto à rede de prestadores do respectivo plano.

Unimed Chapecó

Em caso de inexistência ou indisponibilidade de prestador para o atendimento de urgência e emergência e/ou eletivo

- Urgência e emergência: em caso de inexistência ou indisponibilidade de prestador de serviço assistencial da rede de atendimento do plano no município onde foi realizado o atendimento, desde que o município faça parte da área de abrangência e atuação do plano.
- Eletivo: em caso de inexistência ou indisponibilidade de prestador de serviço assistencial, do respectivo plano no município onde foi requerido o atendimento pelo beneficiário, desde que:

1. Após comunicado prévio do beneficiário à CONTRATADA, através de um dos canais indicados no verso do cartão do plano de saúde quanto a necessidade de atendimento e dificuldade de agendamento, em razão da inexistência ou indisponibilidade de prestador de serviço assistencial da rede de atendimento deste plano;

2. A CONTRATADA não tenha assegurado o atendimento solicitado pelo beneficiário ou responsável nos prazos e condições estabelecidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar em normativos vigentes;

3. O município onde foi realizado o atendimento é parte da área de abrangência e atuação do plano.

Documentos necessários:

- Nota fiscal ou recibo com assinatura/identificação, CPF/CNPJ e registro de conselho de classe do profissional que realizou o atendimento.
- Descrição dos atendimentos realizados contendo o valor unitário de cada item;
- Formulário devidamente preenchido, principalmente no item IV - Justifica (motivo pelo qual fez o atendimento em caráter particular);
- Cópia do cartão da Unimed e, se possível, cópia do cartão onde consta os dados bancários (somente frente);
- Laudo/declaração/justificativa do médico assistente informando o quadro clínico.
- Para internações: Descritivos da conta hospitalar e demais gastos.

Para exames, encaminhar pedido médico bem como justificativa médica para a realização dos atendimentos.

A documentação pode ser enviada à Operadora no endereço de e-mail: reembolso@unimedchapeco.coop.br, digitalizada e legível; entregue no atendimento presencial da Unimed Chapecó (setor de autorizações) situado na rua Barão do Rio Branco, 284 – E, Ed Belenzier, Sala 14; ou encaminhada via correio (Endereço: Rua Porto Alegre, 132 - D - Centro - Chapecó - SC - CEP: 89.802-131).

Dúvidas, solicitação de envio de formulário de reembolso e demais esclarecimentos referentes a solicitação poderão ser resolvidos via WhatsApp 49 3361-1800 (opção 1- Autorizações -> opção 2 – Orientações acerca de reembolso), em nosso atendimento presencial, ou através do Canal de Atendimento 0800 644 1800.

COMO ACONTECEM AS INCLUSÕES E EXCLUSÕES DE BENEFICIÁRIOS?

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

A movimentação de inclusão deve ser entregue à Unimed Chapecó até o dia 10 de cada mês para vigência a partir do dia 1° do mês seguinte, desde que não haja pendencia no processo de inclusão.

A movimentação de exclusão deve ser entregue na Unimed Chapecó até o dia 15 de cada mês para vigência a partir do dia 1° do mês seguinte desde que não haja pendencia no processo de exclusão.

Os formulários para movimentação estão disponíveis no site: https://www.unimed.coop.br/site/web/chapeco/formularios-manuais-e-contratos-plano-de-saude.

Os beneficiários terão direito ao atendimento se as inscrições ocorrerem no prazo estabelecido em contrato. Verifique com o RH de sua empresa essa condição.

Se o beneficiário titular for excluído, 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. As inclusões devem ser solicitadas presencialmente e as exclusões podem ser solicitadas pelo beneficiário titular ou contratante pagador de forma presencial, via site ou através do telefone 0800 644 1800.

QUEM É CONSIDERADO DEPENDENTE E QUAL DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA PARA INCLUSÃO?

Você pode incluir como seus dependentes no plano de saúde:

- Esposo (a): Cópia CPF, CNS, RG e Certidão de Casamento;
- Companheiro (a): Cópia CPF, CNS, RG e Escritura Pública ou Declaração Particular (assinada pelo casal e reconhecida em cartório);
- Filhos menores de 06 anos: Cópia CNS, Cópia da Certidão de Nascimento e CPF quando disponível;
- Filhos a partir de 06 anos: Cópia do CPF, CNS e RG;
- Filhos Adotivos: Mesma documentação prevista para filhos menores e a partir dos 06 anos. Se ainda não tiver Certidão de Nascimento, apresentar o termo de guarda para fins de adoção;
- Filho menor de 12 (doze) anos cuja paternidade tenha sido reconhecida judicial ou extrajudicialmente: Mesma documentação prevista para filhos menores de 06 anos mais a sentença transitada em julgado em processo de reconhecimento da paternidade;
- Enteados: Mesma documentação prevista para filhos menores e a partir dos 06 anos mais a comprovação de convivência do casal;
- Criança ou adolescente solteiro até 24 anos incompletos: Mesma documentação prevista para filhos menores mais o documento de decisão judicial que comprove a guarda, tutela ou curatela do beneficiário titular;

Inaptos a partir de 24 anos, filhos e aqueles sob curatela do beneficiário titular: Mesma documentação prevista para filhos a partir dos 06 anos mais o Termo de Curatela.

COMO FICA A INCLUSÃO DOS RECÉM-NASCIDOS?

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. O responsável legal deverá apresentar o seu Cartão beneficiário e o seu documento de identidade. 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. A partir desse prazo, o filho já deverá estar inscrito na assistência médica e só será atendido com o seu cartão do beneficiário pessoal.

Obs: No caso dos planos coletivos, o beneficiário deve requerer a inclusão do recém-nascido junto ao RH da empresa.

Unimed Chapecó

PORTABILIDADE DE CARÊNCIAS

A RN Nº 438, DE 3 DE DEZEMBRO DE 2018, dispõe sobre a regulamentação da portabilidade de carências para beneficiários de planos privados de assistência à saúde, revoga a Resolução Normativa - RN n° 186, de 14 de janeiro de 2009, que dispõe sobre a regulamentação da portabilidade das carências previstas no inciso V do art. 12 da Lei n° 9.656, de 3 de junho de 1998, e sem a imposição de cobertura parcial temporária, e revoga os artigos 1º, 3º, 4º e 7º e o §2º do artigo 9º, todos da RN n° 252, de 28 de abril de 2011, que dispõe sobre as regras de portabilidade e de portabilidade especial de carências.

Requisitos para mudar de plano sem cumprir novas carências:

- O plano atual deve ter sido contratado após 1 de janeiro de 1999 ou ter sido adaptado à Lei dos Planos de Saúde (Lei n° 9.656/98);
- O contrato deve estar ativo, ou seja, o plano atual não pode estar cancelado;
- O beneficiário deve estar em dia com o pagamento de mensalidades;
- O beneficiário deve cumprir o prazo mínimo de permanência no plano, caso seja 1° Portabilidade
- Ter completado 2 anos no plano de origem ou 3 anos se tiver cumprido Cobertura Parcial em 2° Portabilidade.
- Se já tiver feito portabilidade para um plano antes, o limite de permanência exigido é de no mínimo 1 ou 2 anos caso tenha feito portabilidade para o plano atual com coberturas não previstas no plano anterior.

O PREÇO DO PLANO DE DESTINO DEVE SER COMPATÍVEL AO PLANO ATUAL. QUANDO PODE SER SOLICITADA A PORTABILIDADE DE CARÊNCIAS?

- Após o cumprimento do prazo mínimo de permanência no plano, a portabilidade pode ser solicitada a **qualquer momento.**
- Se o beneficiário estiver internado, a portabilidade só pode ser requerida **após alta da internação.**

Unimed Chapecó

SITUAÇÕES ESPECÍFICAS DE PORTABILIDADE:

- Há casos em que o beneficiário é dispensado do cumprimento de alguns requisitos para efetuar a portabilidade de carência previstos nas regras gerais.
- Nessas situações, a portabilidade pode ser solicitada dentro de 60 dias, contados com início no momento em que o beneficiário toma conhecimento do cancelamento do plano atual (plano origem).
- Abaixo estão os casos específicos e as regras:

	Situações		
1	2	3	4
Cancelamento do plano coletivo pela operadora ou pessoa jurídica (empresa ou associação)	Falecimento do titular do plano	Titular desligado da empresa (seja por demissão com ou sem justa causa, exoneração, aposentadoria ou pedido de demissão)	O beneficiário perdeu a condição de dependente no plano do titular.

QUE DOCUMENTOS É PRECISO APRESENTAR PARA REALIZAR A PORTABILIDADE DE CARÊNCIAS?

- Comprovante de pagamento das três últimas mensalidades ou das três últimas faturas, se for plano na modalidade de pós pagamento; ou declaração da operadora do plano de origem ou do contratante que comprove a quitação das mensalidades.
- Comprovante de prazo de permanência, que poderá ser proposta de adesão assinada, contrato assinado, declaração da operadora de origem ou do contratante do plano atual;
- Relatório de compatibilidade entre os planos de origem e destino ou n° de protocolo, ambos emitidos pelo Guia ANS de Planos de Saúde;
- Se o plano de destino for coletivo, comprovante de que esta apto para ingressar no plano. No caso de empresário individual, comprovante de atuação para contratação de plano empresarial. Ou seja, vinculo com a PJ;
- Quando a portabilidade for deferida: comprovante de cancelamento do plano anterior no prazo de 07 dias, caso contrário, serão aplicadas as carências normais.

PRAZO DA OPERADORA

- A operadora do novo plano possui o limite de até 10 dias para análise do pedido de portabilidade. Caso não haja resposta da operadora após esse prazo, será considerada válida.

INATIVOS

Lei nº 9.656/98 e RN nº 488

- 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.

Em que situações o beneficiário deve procurar a Unimed para solicitar autorização prévia?

Para solicitações realizadas por médico não cooperado e cirurgião dentista é necessária transcrição da guia.

Como regra, as solicitações são online, contudo, ainda existem casos em que são realizadas através de guia física, para os quais é necessário que o beneficiário busque o atendimento presencial da Unimed mais próxima. Para todas as solicitações acima descritas, é necessário o encaminhamento de laudos de exames complementares e justificativas médicas.

Para internações e procedimentos de alta complexidade, a demanda será avaliada pela auditoria médica e análise contratual, baseando-se nas normas estabelecidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Nos casos em que for necessária realização de perícia médica, a operadora entrará em contato com o beneficiário para o agendamento.

Local e horário de atendimento do Setor de Autorizações

Central de Autorização

Rua Barão do Rio Branco, 284-E, Ed Belenzier, 2° piso, Sala 14 Centro Chapecó/SC.

Atendimento de segunda a sexta-feira das 7h30 às 18h, sem fechar ao meio-dia

Unimed Chapecó

ATENDIMENTOS COM EQUIPE MULTIPROFISSIONAL (NUTRICIONISTA, FONOAUDIÓLOGA, TERAPEUTA OCUPACIONAL, PSICOLOGIA).

Os atendimentos em Chapecó são realizados no Espaço Viver Bem e necessitam de autorização prévia.

NOS CASOS DE ATENDIMENTO ELETIVO, COMO SERÁ FORNECIDO O SERVIÇO?

O atendimento eletivo será assegurado pela contratada por qualquer prestador ou médico da rede assistencial do plano e habilitado para o atendimento, sem direito de escolha do profissional pelo beneficiário. Ocorrerá nos prazos e condições estabelecidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar em normativos vigentes na data da demanda.

Qual o prazo para o atendimento?

Consulta básica - pediatria, clínica médica, cirurgia geral, ginecologia e obstetrícia	7 (sete) dias
Consulta nas demais especialidades	14 (catorze) dias
Consulta/ sessão com fonoaudiólogo	10 (dez) dias
Consulta/ sessão com nutricionista	10 (dez) dias
Consulta/ sessão com psicólogo	10 (dez) dias
Consulta/ sessão com terapeuta ocupacional	10 (dez) dias

A contagem do prazo para garantia do atendimento se inicia na data da solicitação do serviço ou atendimento, mediante contato do beneficiário ou responsável com a CONTRATADA/OPERADORA.

Consulta/ sessão com fisioterapeuta	10 dias
Consulta e procedimentos realizados em consultório/ clínica com cirurgião-dentista	7 dias
Serviços de diagnóstico por laboratório de análises clínicas em regime ambulatorial	3 dias
Demais serviços de diagnóstico e terapia em regime ambulatorial	10 dias
Procedimentos de alta complexidade (PAC)	21 dias
Atendimento em regimento hospital-dia	10 dias
Atendimento em regime de internação eletiva	21 dias
Urgência e emergência	Imediato
Consulta de retorno	A critério do profissional responsável pelo atendimento

Unimed Chapecó

DIREITOS E DEVERES DOS BENEFICIÁRIOS

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.

SOS UNIMED

O serviço de SOS traz tranquilidade e segurança para você e sua família!

- Ambulâncias com estrutura médica e de enfermagem á disposição 24 h;
- Atendimentos em qualquer situação de urgência e emergência no PERÍMETRO URBANO DE CHAPECÓ, seja a domicílio, em locais públicos ou no trabalho (Exceto acidentes de trânsito e casos que envolvam boletins de ocorrência conforme determina legislação);
- Transportes em caso de remoção para internação;
- Cobertura 24 horas, 7 dias por semana;
- O atendimento será realizado na área territorial urbana do município de Chapecó;
- O serviço pode ser acionado através da regulação médica no número 0800.0.488.488
- Para mais informações, ligue no número (49) 3361-1875.

CANAIS DE ATENDIMENTO

ATENDIMENTO DE PRIMEIRA INSTÂNCIA

O atendimento de primeira instância ocorre sempre que o beneficiário realizar sua primeira manifestação para registro de dúvidas, sugestões, elogios, solicitações e reclamações.

O contato é realizado gratuitamente por meio dos canais abaixo e o prazo de retorno é de até 05 dias úteis.

- Call Center: 0800 644 1800 atendimento 24h, 7 dias da semana;
- Fale com a Unimed: https://www.unimed.coop.br/home/fale-com-a-unimed ;
- Fale Conosco: https://www.unimed.coop.br/web/chapeco/fale-conosco ;
- APP Unimed Cliente – através do Link fale com a Unimed.
- Deficientes Auditivos: http://unimed.me/10089a
- Presencial: anexo à Internação do Hospital Unimed Chapecó

OUVIDORIA

Passou pelos canais de atendimento de 1ª instância, e não teve seu retorno dentro do prazo, ou não ficou satisfeito com a solução?

Acione a Ouvidoria!

https://www.unimed.coop.br/web/chapeco/ouvidoria

Telefone: (49) 3361-1888

E-mail: ouvidoria@unimedchapeco.coop.br

Acesso para deficientes auditivos http://unimed.me/10089a

Horário de Atendimento: De segunda a sexta-feira, das 8h às 12h30 e 13h30 às 17h30.

* Unidade de segunda instância, ATENDIMENTO RECURSAL. Deve ser acionada quando a sua demanda não foi devidamente tratada pelos canais do 1° nível de atendimento.

* Canal exclusivo para requerimento de reanálise de negativas.

CANAL DO BENEFICIÁRIO

Disponível no site da Unimed Chapecó, o Portal reúne todas as informações que você necessita saber sobre o seu plano de saúde.

Para acessá-lo, entre no site da Unimed Chapecó: www.unimed.coop.br/chapeco, clique em “Canal do Beneficiário” na parte inferior da página e insira seus dados pessoais.

Unimed

somos coop

Fale com a Unimed

0800 644 1800

24h - gratuito (fixo e celular)

Chat de Atendimento Online

24h - www.unimed.coop.br/chapeco

PORTAL DO BENEFICIÁRIO

Disponível no site da Unimed Chapecó, o Portal reúne todas as informações que você necessita saber sobre o seu plano de saúde.

Para acessá-lo, entre no site da Unimed Chapecó: www.unimed.coop.br/chapeco, clique em “Beneficiário” e insira seus dados pessoais.

Unimed Chapecó

ENDEREÇOS E CONTATOS

Unimed Chapecó - Cooperativa de Trabalho Médico da Região Oeste Catarinense

Av. Porto Alegre, 132 D

Bairro: Centro

Cidade: Chapecó - SC

CEP: 89802-130

Fone e WhatsApp (49) 3361-1800

Centro de Diagnóstico por Imagem

Av. Porto Alegre, 132 D

Bairro: Centro

Cidade: Chapecó - SC

CEP: 89802-130

Fone: (49) 3361-1880 / (49) 3361-1830 / WhatsApp (49) 3361-1800

Espaço Viver Bem – Programa de Medicina Preventiva

Rua: Barão do Rio Branco, 460 E, esquina com a General Osório (Entrada pela General Osório)

Bairro: Centro

Cidade: Chapecó – SC

CEP: 89801 - 030

Fone:(49) 3361-1812/ WhatsApp (49) 3361-1800

Hospital Unimed Chapecó

Av. Porto Alegre, 132 D

Bairro: Centro

Cidade: Chapecó - SC

CEP: 89802-130

Fone e WhatsApp (49) 3361-1800

SAC 0800 644 1800

Laboratório Unimed Chapecó - Anexo ao Hospital Unimed Chapecó

Av. Porto Alegre, 132 - D

Bairro: Centro

Cidade: Chapecó - SC

CEP: 89802-130

Fone: (49)3361-1850 e 3361-1851 / WhatsApp (49) 3361-1800

Fisioterapia Unimed Chapecó

Av. Porto Alegre 132 - D (5º andar do Hospital Unimed Chapecó)

Bairro: Centro

Cidade: Chapecó – SC

CEP: 89802-130

Fones: (49) 3323-1307 / WhatsApp (49) 3361-1800

Autorização Unimed

Rua Barão do Rio Branco, 284 E, Edifício Belenzier, 2º pavimento, sala 14

Bairro: Centro

Cidade: Chapecó - SC

CEP: 89802-130

Fone: (49) 3361-1820 / WhatsApp (49) 3361-1800

Unimed Personal

Rua Barão do Rio Branco, 460 E, esquina com a General Osório (Entrada pela General Osório)

Bairro: Centro

Cidade: Chapecó – SC

CEP: 89801 - 030

Fone:(49) 3361-1815

Setor Comercial Unimed Chapecó

Rua Barão do Rio Branco, nº 284-E, Edifício Belenzier, Sala 12.

Bairro: Centro

Cidade: Chapecó - SC

CEP: 89.802-130

Fone/WhatsApp: (49) 3361-1818

E-mail: comercial@unimedchapeco.coop.br

Centro de Oncologia Unimed Chapecó

Av. Porto Alegre 132 - D (5º andar do Hospital Unimed Chapecó)

Bairro: Centro

Cidade: Chapecó – SC

CEP: 89802-130

Fones: (49) 3322-2191/3323-1235 / WhatsApp (49) 3361-1800

Saúde Ocupacional Unimed Chapecó

Av. Fernando Machado, nº 119 D, Centro Comercial Fernando Machado, Sala 14.

Bairro: Centro

Cidade: Chapecó - SC

CEP: 89.802-110

Fone: (49) 3361-1841 / WhatsApp (49) 3361-1800

Setor Gestão de Contratos Unimed Chapecó

Rua Barão do Rio Branco, nº 284-E, Edifício Belenzier, Sala 15.

Bairro: Centro

Cidade: Chapecó

CEP: 89.802-130

Fone: (49) 3361-1814 / WhatsApp (49) 3361-1800

E-mail: solicitacaogc@unimedchapeco.coop.br

Unimed Chapecó

ANEXOS

Operadora: Unimed Chapecó Cooperativa de Trabalho Médico da Região Oeste Catarinense

CNPJ: 85.283.299/0001-91
Nº de Registro na ANS: 35.429-5
Site: http://www.unimedchapeco.com.br
Tel: (49) 3361-1800

Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde

Diferenças 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.

Aspectos a serem observados na contratação ou ingresso em um plano de saúde

	PLANOS INDIVIDUAIS OU FAMILIARES	PLANOS COLETIVOS	
CARÊNCIA	É permitida a exigência de cumprimento de período de carência nos prazos máximos estabelecidos pela Lei 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)	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, internações 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 do processo administrativo na forma prevista pela RNº 162/2007.	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 REGULAÇÃO	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.		
REAJUSTE	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.	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.	
ALTERAÇÕES NA REDE ASSISTENCIAL DO PLANO	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.		
VIGÊNCIA	A vigência mínima do contrato individual ou familiar é 12 meses com renovação automática.	A vigência mínima do contrato coletivo é negociada e tem renovação automática	
REGRAS DE RESCISÃO E/OU SUSPENSÃO	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.	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.	

Perda da condição de beneficiário nos planos coletivos

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 congênere, órgão público ou empresa.

Direitos dos artigos 30 e 31, da Lei n.º 9.656/1998, nos planos coletivos empresariais

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.

Direito de migrar para plano individual ou familiar aproveitando carência do plano coletivo empresarial

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.

A condição para exercer esse direito é que a operadora comercialize plano individual ou familiar.

O beneficiário tem um prazo máximo de 30 dias, após a extinção do benefício, para contratar, junto à operadora, o plano individual ou familiar. Este direito não existe caso tenha havido apenas a troca de operadora por parte do contratante (órgão público ou empresa).

Cobertura e segmentação assistencial

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 enfermaria. 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.

A cobertura para acidente do trabalho ou doença profissional em planos coletivos empresariais é adicional e depende de contratação específica.

Abrangência geográfica

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.

Área de atuação

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.

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.

Administradora de Benefícios

Quando houver participação de 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.

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.

Para informar-se sobre estes e outros detalhes da contratação de planos de saúde, o beneficiário deve contatar a operadora. Permanecendo dúvidas, pode consultar a ANS pelo site www.ans.gov.br ou pelo Disque-ANS (0800-701-9656).

ESTE MANUAL NÃO SUBSTITUI O CONTRATO.

O Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde é uma exigência da Resolução Normativa 195/2009, da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)
Av. Augusto Severo, 84 - Glória - CEP: 20021-040
Rio de Janeiro - RJ

Disque-ANS: 0800 701 9656
www.ans.gov.br
ouvidoria@ans.gov.br

ANEXOS

Unimed Chapecó	TENHO DIREITO AO REEMBOLSO DE ATENDIMENTO?	GLA.GCC.0042/02 Implantação: 10/2016 2ª Revisão: 05/2019

Unimed Chapecó
CNPJ: 85.283.299/0001-91
Nº de registro na ANS: 35.429-5
Site: www.unimed.coop.br/chapeco
Tel.: (49) 3361-1800

PIN-SS - Portal de Informações do Beneficiário da Saúde Suplementar: http://www.unimed.coop.br/chapeco. Acesse os dados cadastrais do seu plano e histórico de utilização conforme **RN 389**.

Prezado beneficiário (a)!

Pensando na sua segurança, proteção e tranquilidade, além de facilitar o acesso às informações referentes ao seu plano de saúde, elaboramos um guia rápido e prático com orientações a respeito do reembolso de procedimentos, consultas e internações. Aqui, você encontra a resposta para as principais dúvidas referentes a este processo.

QUANDO É ASSEGURADO O DIREITO AO REEMBOLSO DE ATENDIMENTO?

Em caso de atendimento de urgência e emergência

Quando não for possível a utilização de serviços próprios, contratados ou credenciados pela CONTRATADA, que fazem parte da rede de atendimento do respectivo plano e desde que o atendimento tenha sido realizado dentro da área de abrangência geográfica e atuação do plano.
O reembolso será nos limites das obrigações contratuais, observadas as carências, cobertura parcial temporária, área de abrangência e atuação do plano, segmentação e Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente a época do evento. O valor será de acordo com os valores praticados pela CONTRATADA junto à rede de prestadores do respectivo plano.

Em caso de inexistência ou indisponibilidade de prestador para o atendimento de urgência e emergência e/ou eletivo

a. *Urgência e emergência*: em caso de inexistência ou indisponibilidade de prestador de serviço assistencial da rede de atendimento do plano no município onde foi realizado o atendimento, desde que o município faça parte da área de abrangência e atuação do plano.

b. *Eletivo*: em caso de inexistência ou indisponibilidade de prestador de serviço assistencial, do respectivo plano no município onde foi requerido o atendimento pelo beneficiário, desde que:

1. O beneficiário ou seu responsável tenham comunicado previamente a CONTRATADA, através de um dos canais indicados no verso do cartão do plano de saúde, quanto a necessidade de atendimento e dificuldade de agendamento em razão da inexistência ou indisponibilidade de prestador de serviço assistencial da rede de atendimento deste plano;

2. A CONTRATADA não tenha assegurado o atendimento solicitado pelo beneficiário ou responsável nos prazos e condições estabelecidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar em normativos vigentes;

3. O município onde foi realizado o atendimento faça parte da área de abrangência e atuação do plano.

Unimed Chapecó	TENHO DIREITO AO REEMBOLSO DE ATENDIMENTO?	GLA.GCC.0042/02 Implantação: 10/2016 2ª Revisão: 05/2019

NOS CASOS DE ATENDIMENTO ELETIVO, COMO O SERVIÇO SERÁ FORNECIDO?

O atendimento eletivo solicitado será assegurado pela CONTRATADA nos prazos e condições estabelecidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar em normativos vigentes na data da demanda, em qualquer prestador ou médico da rede assistencial do plano, habilitado para o atendimento e, não necessariamente, um prestador ou médico específico escolhido pelo beneficiário.

QUAL O PRAZO PARA O ATENDIMENTO?

A contagem do prazo para garantia do atendimento se inicia na data da solicitação do serviço ou atendimento mediante contato do beneficiário ou responsável com a CONTRATADA/OPERADORA.

COMO DEVE SER FEITA A SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO?

A solicitação de reembolso, deverá ser formalizada pelo (a) CONTRATANTE ou beneficiário, junto a CONTRATADA no prazo máximo de 1 ano da data do atendimento ou da alta. Deverá ser anexada a respectiva solicitação a documentação original relativa às despesas efetuadas (cópia da conta do atendimento, documento fiscal que deverá conter CNPJ/CPF do profissional ou estabelecimento que realizou o atendimento). Também é necessário apresentar:
Casos de atendimento de urgência ou emergência: declaração do médico assistente atestando e comprovando que se tratava de uma situação de urgência ou emergência; ou
Casos de atendimento eletivo: número do protocolo fornecido pela CONTRATADA na solicitação de serviço ou atendimento realizado pelo beneficiário ou responsável.

QUAL O PRAZO PARA O REEMBOLSO?

A CONTRATADA terá o prazo adicional máximo de 30 (trinta) dias para análise da documentação e eventual reembolso do valor devido, descontadas as coparticipações previstas na cláusula Mecanismos de Regulação.

ANS – nº 354295

Unimed Chapecó

ANEXOS

Unimed Chapecó	**INFORMAÇÕES MÍNIMAS ACERCA DOS TIPOS DE CONTRATAÇÃO: EMPRESARIAL OESTE REFERÊNCIA 50% COPARTICIPAÇÃO**	GLA.GCC. Implantação: 06/2015 3ª Revisão: 05/2019

Operadora: Unimed Chapecó
CNPJ: 85.283.299/0001-91
Nº de registro na ANS: 35.429-5
Site:www.unimed.coop.br/chapeco
Tel.: (49) 3361-1800

PIN-SS - Portal de Informações do Beneficiário da Saúde Suplementar: em http://www.unimed.coop.br/chapeco. Acesse os dados cadastrais do seu plano e histórico de utilização do plano conforme **RN 389**.

Planos individuais ou familiares	Planos de saúde coletivos
São aqueles contratados diretamente pelo beneficiário, com ou sem seu grupo familiar.	Se dividem em empresarial e coletivo por adesão. Os empresarias são contratados em decorrência de vínculo empregatício para seus funcionários. Os coletivos por adesão são contratados por pessoa jurídica de caráter profissional, classista ou setorial para seus vinculados (associados ou sindicalizados, por exemplo). Na contratação destes planos pode haver a participação de Administradoras de Benefícios.

Tanto os planos individuais quanto os planos coletivos são regulados pela ANS e devem cumprir as exigências do órgão regulador com relação à assistência prestada e à cobertura obrigatória. **Veja as particularidades de cada tipo:**

	Plano Individual ou Familiar	Plano Coletivo por Adesão	Plano Coletivo Empresarial
Quem pode ingressar em um plano de saúde?	Qualquer indivíduo.	Indivíduo com vínculo à pessoa jurídica por relação profissional, classista ou setorial.	Indivíduo com vínculo a pessoa jurídica por relação empregatícia ou estatutária.
Carência	Até 24 horas para urgência e emergência*; 180 dias para demais casos (por exemplo, internação); e 300 dias para o parto a termo.	Não há carência para indivíduos que ingressarem no plano em até 30 dias da celebração do contrato coletivo; não há carência para novos filiados que ingressarem no plano em até 30 dias do primeiro aniversário do contrato após a sua filiação; a aplicação de carência, quando houver, segue as regras do plano individual.	Não há carência para indivíduos que ingressarem no plano em até 30 dias da celebração do contrato ou da vinculação a pessoa jurídica, em contratos com 30 ou mais indivíduos; a aplicação de carência, quando houver, segue as regras do plano individual.
Cobertura parcial temporária (CPT) em caso de doença ou lesão preexistente (DLP)**	Por até dois anos, a partir da data de ingresso no plano, a operadora poderá suspender a cobertura de procedimentos de alta complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos para DLP.	Por até dois anos, a partir da data de ingresso no plano, a operadora poderá suspender a cobertura de procedimentos de alta complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos para DLP.	Não poderá haver suspensão temporária da cobertura de procedimentos de alta complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos em contratos com 30 ou mais indivíduos, quando o indivíduo ingressar no plano em até 30 dias da celebração do contrato ou da vinculação à pessoa jurídica.
Rescisão pela operadora	A operadora poderá rescindir o contrato em caso de fraude ou por não pagamento de mensalidade a partir de 60 dias consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato. O consumidor deve ser notificado até o 50º dia da inadimplência.	A operadora poderá rescindir o contrato desde que haja previsão contratual e que valha para todos os associados. O beneficiário poderá ser excluído individualmente pela operadora em caso de fraude, perda de vínculo com a pessoa jurídica contratante, ou por não pagamento. O contrato coletivo somente pode ser rescindido imotivadamente após a vigência do período de doze meses. A notificação deve ser feita com 60 dias de antecedência.	A operadora poderá rescindir o contrato desde que haja previsão em contrato e que valha para todos os associados. O beneficiário poderá ser excluído individualmente pela operadora em caso de fraude, perda de vínculo com a pessoa jurídica contratante, ou por não pagamento. O contrato coletivo somente pode ser rescindido imotivadamente após a vigência do período de doze meses. A notificação deve ser feita com 60 dias de antecedência.
Reajuste***	Reajuste anual e limitado a índice divulgado pela ANS. Nos planos exclusivamente odontológicos o índice de reajuste deve estar estabelecido no contrato. ***	Reajuste negociado entre a operadora e a pessoa jurídica de acordo com as regras estabelecidas no contrato; reajuste único para agrupamento de contratos com menos de 30 vidas. ***	Reajuste negociado entre a operadora e a pessoa jurídica de acordo com as regras estabelecidas no contrato; reajuste único para agrupamento de contratos com menos de 30 vidas. ***

* Para maiores informações leia Resolução CONSU 13 de 03 de novembro de 1998;
** Para maiores informações leia a Carta de Orientação ao Beneficiário, instituída pela Resolução Normativa - RN nº 162, de 17 de outubro de 2007;
*** Incide o reajuste por mudança de faixa etária em todos os tipos de planos, conforme previsto em contrato. (NR)

Este documento também está disponível através do *link*: www.unimed.coop.br/chapeco, integrando a Identificação Padrão da Saúde Suplementar, em conformidade com a Resolução Normativa n° 360/2014 e atualizações.

ANS – nº 354295

Unimed Chapecó

ANEXOS

Unimed Chapecó	GUIA DE LEITURA CONTRATUAL "RESUMO DO CONTRATO": EMPRESARIAL NACIONAL APTO 50% COPARTICIPAÇÃO	GLA.GCC. Implantação: 01/2015 3ª Revisão: 05/2019

Operadora: Unimed Chapecó
CNPJ: 85.283.299/0001-91
Nº de registro na ANS: 35.429-5
Site: www.unimed.coop.br/chapeco
Tel.: (49) 3361-1800

PIN-SS - Portal de Informações do Beneficiário da Saúde Suplementar: em http://www.unimed.coop.br/chapeco. Acesse os dados cadastrais do seu plano e histórico de utilização do plano conforme **RN 389.**

CONTRATAÇÃO	Determina se o plano destina-se à pessoa física ou jurídica. A contratação pode ser Individual/Familiar, Coletivo por Adesão ou Coletivo Empresarial.	Contrato: *página*
SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL	Define a amplitude da cobertura assistencial do plano de saúde. A segmentação assistencial é categorizada em: referência, hospitalar com obstetrícia, hospitalar sem obstetrícia, ambulatorial, odontológica e suas combinações.	Contrato: *página*
PADRÃO DE ACOMODAÇÃO	Define o padrão de acomodação para o leito de internação nos planos hospitalares; pode ser coletiva ou individual.	Contrato: *página*
ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA E ATUAÇÃO	Área em que a operadora de plano de saúde se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas. À exceção da nacional, é obrigatória a especificação nominal do(s) estado(s) ou município(s) que compõem as áreas de abrangência estadual, grupo de estados, grupos de municípios ou municipal.	Contrato: *página*
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.	Contrato: *página*
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.	Contrato: *página*
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.	Contrato: *página*
CARÊNCIAS	Carência é o período em que o beneficiário não tem direito a coberturas após a contratação do plano. Quando a operadora exigir cumprimento de carência, este período deve estar obrigatoriamente escrito, de forma clara, no contrato. Após cumprida a carência, o beneficiário terá acesso a todos os procedimentos previstos em seu contrato e na legislação, exceto eventual cobertura parcial temporária por DLP.	Contrato: *página*
MECANISMOS DE REGULAÇÃO	São os mecanismos financeiros (franquia e/ou co-participação), assistenciais (direcionamento e/ou perícia profissional) e/ou administrativos (autorização prévia) que a operadora utiliza para gerenciar a demanda e/ou utilização dos serviços de saúde.	Contrato: *página*
VIGÊNCIA	Define o período em que vigorará o contrato.	Contrato: *página*
RESCISÃO/ SUSPENSÃO	A rescisão põe fim definitivamente à vigência do contrato. A suspensão descontinua a vigência do contrato.	Contrato: *página*
REAJUSTE	O reajuste por variação de custos é o aumento anual de mensalidade do plano de saúde em razão de alteração nos custos, ocasionada por fatores tais como inflação, uso de novas tecnologias e nível de utilização dos serviços. A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário.	Contrato: *página*
CONTINUIDADE NO PLANO COLETIVO EMPRESARIAL (ART. 30 E 31 DA LEI Nº 9.656/1998)	A existência da contribuição do empregado para o pagamento da mensalidade do plano de saúde, regular e não vinculada à co-participação em eventos, habilita ao direito de continuar vinculado por determinados períodos ao plano coletivo empresarial, nos casos de demissão sem justa causa ou aposentadoria, observadas as regras para oferecimento, opção e gozo, previstas na Lei e sua regulamentação.	Contrato: *página*

Para informar-se sobre estes e outros detalhes do contrato, o beneficiário deve contatar sua operadora. Permanecendo dúvidas, pode consultar a ANS pelo site www.ans.gov.br ou pelo Disque-ANS (0800-701-9656).

ESTE GUIA NÃO SUBSTITUI A LEITURA INTEGRAL DO CONTRATO.

O Guia de Leitura Contratual é uma exigência da Resolução Normativa 195/2009, da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

ANS Agência Nacional de Saúde Suplementar — Ministério da Saúde — BRASIL UM PAÍS DE TODOS GOVERNO FEDERAL

Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)
Av. Augusto Severo, 84 – Glória – CEP: 20021-040
Rio de Janeiro – RJ

Disque-ANS: 0800 701 9656
www.ans.gov.br
ouvidoria@ans.gov.br

ANS – nº 354295

Unimed Chapecó

Unimed
Chapecó

www.unimedchapeco.coop.br