Manual do cliente

COMO USAR MELHOR O SEU PLANO DE SAÚDE.

Unimed Belém

Cuidar de você. Esse é o plano.

Índice

06 Seu cartão do Beneficiário

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

09 Como acessar o guia médico?

11 Como fazer uma consulta?

12 Como fazer exames e procedimentos?

13 Como fazer internamentos eletivos?

15 Prazos máximos para o atendimento

17 Central de Agendamento

18 Autorização de exames e procedimentos

19 Coberturas, carências e CPT

21 Remoção terrestre e aérea

23 Por que é importante ler o contrato

24 Qual é o plano que adquiri?

26 Qual a área de abrangência de meu plano?

28 Em que situações tenho direito ao reembolso e como devo proceder?

30 Como acontecem as inclusões e exclusões de beneficiários?

31 Quem pode ser dependente?

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

33 Portal de serviços

34 Direitos e deveres dos beneficiários

35 Serviço de atendimento ao cliente – SAC

36 Ouvidoria

37 Contatos da Unimed Belém

40 Portabilidade

41 Portabilidade especial de carências

42 Vendas

44 Fidelização

45 Auditoria

46 Inativos

47 Glossário

Prezado Beneficiário,

Neste guia você encontrará informações e orientações para utilizar seu plano e as principais informações relativas à cooperativa, além dos procedimentos para atendimento nos casos de urgência, emergência e internação.

Em caso de dúvida, procure nossa Central de Atendimento pelo número **4009-5000** ou pelo e-mail **sac@unimedbelem.com.br**

Atenciosamente,

Unimed Belém
Cuidar de você. Esse é o plano.

Cuidar faz bem.
A Unimed Belém
pensa em você.

Seu cartão do Beneficiário

- A Unimed fornecerá ao beneficiário/usuário o cartão do beneficiário referente ao plano contratado, com prazo de validade, cuja apresentação deverá ser acompanhada de documento de identidade, assegurando dessa forma os direitos e vantagens do seu plano.

  É obrigação do beneficiário a devolução do cartão 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.

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

Conheça seu cartão Unimed

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

- O seu cartão é pessoal e intransferível. Para ser atendido, tenha-o sempre em mãos, juntamente com a sua carteira de identidade.

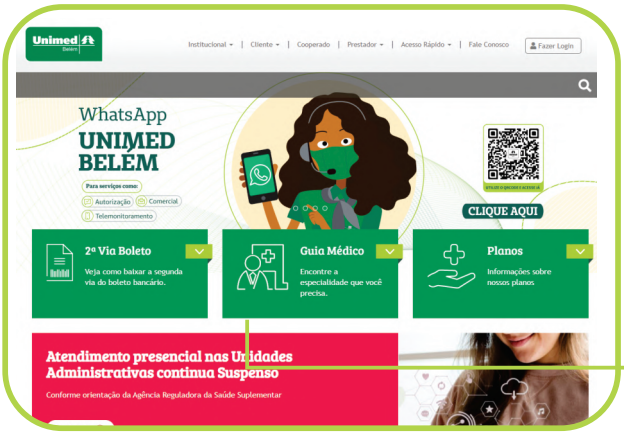
Verifique as informações relativas às carências e de cobertura parcial temporária impressas no seu cartão e consulte as condições de contratação. Caso tenha dúvida, entre em contato pelo telefone SAC **4009-5000**.

Mantenha seus dados de cadastro sempre atualizados. Qualquer alteração, não deixe de nos comunicar.

IMPORTANTE

Em caso de roubo, extravio do cartão ou mais informações, entre em contato. Caso haja qualquer problema com o cartão, solicite a substituição imediatamente por meio do nosso serviço de atendimento ao cliente.

Como acessar o guia médico?



1

O Guia médico é localizado no menu principal do site.

2

Faça a consulta desejada por: tipo de recurso, especialidade, nome, cidade e área de atuação.

3

Encontre o telefone e endereço.

Legenda das Qualificações:

ACBA
Padrão internacional de qualidade

ADICQ
Padrão nacional de qualidade

AIQG
Padrão internacional de qualidade

ACNA
Padrão nacional de qualidade

APALC
Padrão nacional de qualidade

E
Título de Especialista

N
Comunicação de eventos adversos

P
Profissional com especialização

Q
Qualidade monitorada

R
Profissional com residência

Como fazer uma consulta?

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

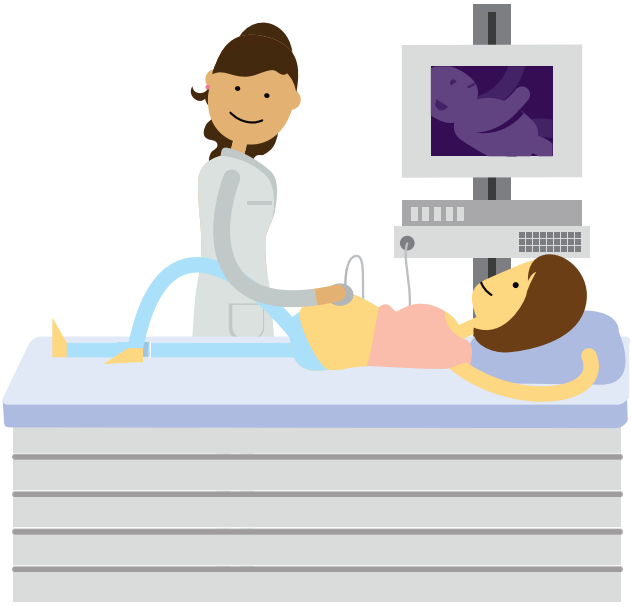
Os atendimentos serão prestados por médicos cooperados e serviços credenciados do Sistema Nacional Unimed, dentro do território nacional, de acordo com a rede contratada.

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.

O contato de todas as Unimeds do Sistema Nacional, bem como a rede credenciada, pode ser obtido no site **www.unimed.coop.br**

Como fazer exames e procedimentos?

Em caso de dificuldades em realizar agendamento, você pode entrar em contato com nossa Central de Agendamento pelo número **4009-5000** ou pelo e-mail **sac@unimedbelem.com.br**. Lembre-se a guia médica após autorização vale por 30 dias.



Como fazer internamentos eletivos?

Para solicitar Guia de Internação eletiva,o cliente deverá procurar as Sedes Administrativas Curuzú ou Estação Saúde Reduto, a guia vale por 30 dias. Tenha 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.

Prazos máximos para o 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, ginecologia e obstetrícia	07 (sete)
Consulta nas demais especialidades	14 (catorze)
Consulta / sessão com fonoaudiólogo	10 (dez)
Consulta / sessão com nutricionista	10 (dez)
Consulta / sessão com psicólogo	10 (dez)
Consulta / sessão com terapeuta ocupacional	10 (dez)
Consulta / sessão com fisioterapeuta	10 (dez)
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

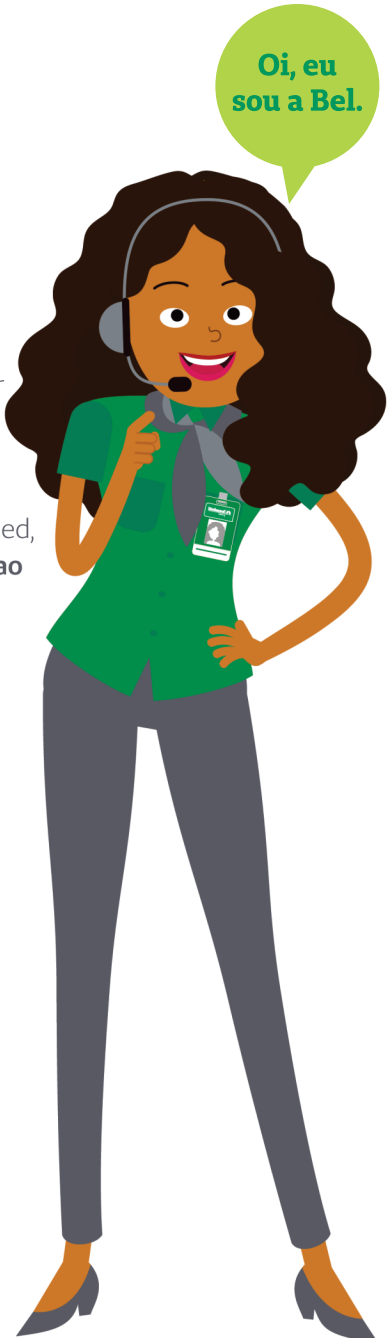
Fonte: *Site da ANS*

Central de Agendamento

Para agilizar e garantir atendimento com as especialidades médicas cooperadas e serviços credenciados, os beneficiários da Unimed Belém dispõem da Central de Agendamento para marcar consultas, exames e cirurgias.

Caso encontre dificuldades ou demora para ser atendido pela rede credenciada do Sistema Unimed, basta contatar a Bel no **Serviço de Atendimento ao Cliente SAC 4009-5000** para registrar a sua demanda na Central de Agendamento.

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



Autorização de exames e procedimentos

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

Exames e procedimentos podem ter o pedido de autorização negado. Só vai acontecer se o que for solicitado não estiver previsto contratualmente, não preencher requisitos/diretrizes de utilização fixados pela própria Agência Nacional de Saúde Suplementar ou estiver expressamente excluído de cobertura, conforme art. 10 da Lei 9.656/98. Além disso, algumas solicitações são negadas após análise de uma terceira opinião, escolhida de comum acordo entre a operadora e o médico assistente, sempre que persistir uma divergência médica.

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;
- E 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.

Unimed
Belém
UTI
De Nigris
OTM-2964

Remoção terrestre e aérea

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: **3266 8000**

Urgências e Emergências

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

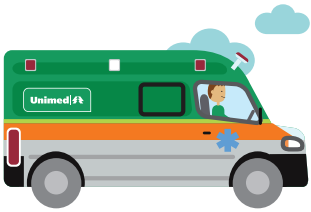
É o evento que implica no risco imediato de morte ou de lesões irreparáveis para o beneficiário, caracterizado em declaração do médico assistente. Na emergência, se o beneficiário estiver em período de carência ou não possuir a segmentação hospitalar, a cobertura é restrita às primeiras 12 (doze) horas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



Por que é importante ler o 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.

Qual é o plano que adquiri?

Quanto ao tipo de contratação

a) Individual ou Familiar – Permite livre adesão de beneficiários, com ou sem grupo familiar.

b) Coletivo Empresarial – Permite adesão da população que é vinculada à pessoa jurídica, por relação empregatícia ou estatutária (servidores públicos no regime da Lei 8.112/90 e leis congêneres).

c) Coletivo por Adesão – Permite adesão da população que mantém vínculo com pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou social, como sindicatos, associações, cooperativas e fundações.

Quanto à abrangência geográfica

a) Nacional;

b) Estadual;

c) Municipal;

d) Grupo de Municípios;

e) Grupo de Estados.

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.

Quanto à formação do preço

a) Pré-pagamento (pré-estabelecido) – Quando o valor da mensalidade é calculado antes da utilização da cobertura contratada.

Quanto ao fator moderador

a) Coparticipação – Quando o beneficiário paga parte da despesa assistencial diretamente à operadora, após a realização do procedimento;

b) Sem fator moderador – Quando o beneficiário não participa no pagamento de cada procedimento realizado.

Quanto à época da contratação

a) Regulamentados (contratos firmados a partir de 02/01/1999, depois da vigência da Lei 9.656/98);

b) Não-regulamentados (contratos firmados antes de 02/01/1999, antes da vigência da Lei 9.656/98);

c) Adaptados (contratos firmados antes de 02/01/1999, mas que foram editados para ajustá-los à cobertura da Lei 9.656/98 e demais normas da ANS – Agência Nacional de de Saúde).

Quanto ao padrão de acomodação

a) Enfermaria (Acomodação coletiva);

b) Apartamento (Acomodação individual).

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.

Qual a área de abrangência de meu plano?

Vai depender da abrangência geográfica contratada. Observe se o seu plano é local, estadual ou nacional.

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

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 resposabilidade financeira pelo internamento de demais procedimentos necessários passa a ser do contratante, restando somente à operadora a responsabilidade de remoção, caso sua continuidade se 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 ao 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	Carência a cumprir (após 24 horas): atendimento limitado às primeiras 12 horas em ambulatório
Complicações no processo gestacional, com carência a cumprir (após 24 horas): atendimento limitado às primeiras 12 horas em ambulatório	
Plano referência	
Atendimento integral	Atendimento integral

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

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 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.

Em caso de dúvidas, consulte a Unimed Belém.

DICA Unimed

É arriscado se automedicar.

Médicos estudam muito para entender o seu corpo. É perigoso não seguir à risca o que eles recomendam ou se irritar quando eles não prescrevem nenhum remédio. Acredite: você vai ficar melhor se confiar no que o seu médico diz.

Como acontecem as 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.

DICA Unimed

Coloque a sua saúde na cabeça.

A nossa mente é muito poderosa. Ela pode nos ajudar a fugir de vícios, como o álcool e o cigarro. Pode nos ensinar a evitar os sentimentos negativos, mantendo um bom diálogo com as pessoas, gostando do que a gente faz e curtindo a vida. Tenha isso sempre em mente que você vai ser mais feliz e saudável.

Quem pode ser dependente?

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.

Como fica a inclusão dos 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, mas precisará cumprir o prazo de carência.

A partir desse prazo, já 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).

OBSERVAÇÃO

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.

Portal de serviços

Alguns serviços disponíveis on-line:

Emissão da 2º 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 a Unimed. Se necessário, busque o fale conosco, acesse:

www.**unimedbelem**.com.br

Atedimento de autorização eletiva pela ferramenta **WhatsApp (91) 4009-5999.**

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.

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 corretamene o seu cartão do beneficiário.

DICA Unimed

A sua consulta é um momento importante.

Um médico dedica tempo à saúde de muitas pessoas. Pense nisso. Marque a consulta ou exame com antecedência e desmarque se não puder ir. Se todos fizerem isso, o atendimento vai ficar mais fácil e rápido. E nem você nem os outros vão ficar esperando à toa.

Serviço de atendimento ao cliente – SAC

O **SAC** (Serviço de Atendimento ao Cliente) é o canal disponível para o cliente realizar a sua primeira manifestação (solicitações, sugestões, elogios, reclamações e dúvidas) junto a Unimed Belém. Além desse, disponibilizamos também o canal Fale conosco que está disponível no site **www.unimedbelem.com.br**

SAC **4009 5000** ou **0800 729 6000**
sac@unimedbelem.com.br

Presencial – Unidade Curuzu
(8h às 18h – Segunda a Sexta exceto feriado)

Chat – Site: www.unimedbelem.com.br
(8h às 18h – segunda a sexta exceto feriado)

Ouvidoria

A **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 **ouvidoria@unimedbelem.com.br** – *canais de atendimento/ouvidoria.* Lembre-se, é obrigatório indicar o número do protocolo do primeiro atendimento ou, na ausência deste, as seguintes informações no campo 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
ouvidoria@unimedbelem.com.br

Contatos da Unimed Belém

SEDE ADMINISTRATIVA
Tv. Curuzu, 2212
T.: 4009-5000

ESTAÇÃO SAÚDE – REDUTO
Rua Manoel Barata, 1508
T.: 4009-5900

HOSPITAL PEDIÁTRICO UNIMED
Rua Bernal do Couto, 766
T.: 4009-5101 | 4009-5102

HOSPITAL DR. JÚLIO NOBRE CRUZ – UNIDADE BR
BR-316, Km. 5 – Ananindeua
T.: 4009-5400

UNIDADE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DOCA
Av. Doca de Souza Franco, s/n
T.: 4009-5503

HOSPITAL GERAL UNIMED
Rua Domingos Marreiros, 189
T.: 4009-5800

UNIDADE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA BATISTA CAMPOS
Tv. Presidente Pernambuco, 388
T.: 4009-5700 | 4009-5701

LABORATÓRIO UNIMED
Av. Alm. Barroso, 728
T.: 4009-5590

POLICLÍNICA UNIMED
Av. Alm. Barroso, 728
T.: 4009-5190 | 4009-5191

UNIDADE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
Rua Senador Manoel Barata, 1555
T.: 4009-5923

Rede Prestadora de Serviço.

A possibilidade de escolha dos beneficiários é restrita à relação de prestadores de serviços disponível no endereço eletrônico www.unimed.coop.br, de acordo com a rede de atendimento expressa no Cartão do beneficiário. Para ter acesso a sua rede, cada beneficiário deve preencher adequadamente no site o número do seu cartão do beneficiário ou solicitá-la diretamente à SUA EMPRESA (planos coletivos).

Portabilidade

RN nº 438 e IN/DIPRO nº 19

PORTABILIDADE DE CARÊNCIAS: É um processo pelo qual pode-se mudar de plano de saúde sem ter que cumprir nova carência. Isso significa que terá imediatamente a cobertura do novo plano que pode ser pela mesma operadora ou outra seguindo todas as regras de Portabilidade exigidas pela ANS.

Desde o dia 03/06/19 tem novas regras de portabilidade de carências dos planos de saúde determinadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). A partir de agora, os beneficiários de planos coletivos empresariais também poderão mudar de plano ou de operadora sem cumprir carência. Além disso, a chamada "janela" (prazo para exercer a troca) deixa de existir, assim como a necessidade de compatibilidade de cobertura entre planos, por exemplo, o beneficiário que possui um plano ambulatorial poderá fazer portabilidade para um plano ambulatorial + hospitalar – o consumidor cumpre carência apenas para os serviços extras.

Para realizar a portabilidade de carências, o beneficiário deve consultar os planos compatíveis com o atual mas mantêm a exigência de compatibilidade de preço na maior parte dos casos. É possível consultar os planos compatíveis por meio do Guia ANS de Planos de Saúde, ferramenta disponível na página da Agência (www.ans.gov.br). A ANS preparou também uma cartilha com informações importantes sobre o tema para orientar os consumidores sobre esclarecimentos de prazos e critérios para realização da portabilidade, como a compatibilidade entre planos, documentos exigidos e o acesso ao Guia ANS

Para ter direito à portabilidade é necessário: manter o vínculo ativo com o plano atual; estar adimplente (sem débitos) junto à operadora; ter cumprido o prazo de permanência exigido no plano (1ª portabilidade no mínimo de dois anos no plano de origem e três se tiver cumprido cobertura parcial temporária – CPT e na 2ª portabilidade em diante, mínimo de um ano de permanência no plano de origem ou no mínimo de dois anos se o beneficiário mudar para um plano com coberturas não previstas no plano de origem ; que o plano de destino (que quer pedir a portabilidade) tenha faixa de preço igual ou inferior ao plano atual, com exceção de portabilidade especial, planos empresariais e pós-pagamento.

Portabilidade especial de carências

Independentemente do tipo de plano de saúde e da data da assinatura do contrato, a portabilidade especial de carências pode ser utilizada em três casos: Por beneficiário de operadora que tenha seu registro cancelado pela ANS (60 dias a contar da data de publicação no Diário Oficial); por dependente que perdeu seu vínculo com o plano, seja por falecimento do titular, ou em decorrência de perda da condição para continuar no plano como dependente (o prazo é de 60 dias a partir da data de falecimento do titular, ou da extinção do vinculo); por ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado; estar no plano de extenção (ex-funcionário) e o prazo será de 60 dias antes do termino do benefício).

Para Informações: temos disponibilizado para o atendimento ao cliente nosso e-mail **comercial@unimedbelem.com.br**, **telefone:4009-5995 e WhatsApp 4009-5184** das 08h às 18h de segunda a sexta-feira.

Vendas

É setor que comercializa os planos da Unimed Belém tanto pessoa física como pessoa jurídica.
A comercialização dos produtos disponíveis pela Unimed Belém pode ser realizada por colaboradores internos, na unidade Estação Saúde Reduto em horário comercial, das 08h às 18, de segunda a sexta-feira, e externos da Unimed Belém.
Ainda, fica disponível, para vendas de produtos, o portal da Unimed Belém, através do site **www.unimedbelem.com.br**, no campo "**Vendas**" disponível na opção "**Acesso Rápido**" .

Para informações:
temos disponibilizado para o atendimento ao cliente nosso e-mail **comercial@unimedbelem.com.br**, **telefone: 4009-5995 e WhatsApp: 4009-5184.**

Fidelização

(Atendimento na Estação Saúde, de 08h às 18h, e por telefone 4009-5995).

O setor de Fidelização da Unimed Belém pode ser acionado pelo Beneficiário ou acionar os Beneficiários nos seguintes casos:

1. Atraso de mensalidades (até 60 dias de atraso);
2. Inadimplência (Acima de 60 dias de atraso);
3. Cancelamento de planos Cancelamento de Plano via presencial);
4. Emissão e entrega de boletos;
5. Ressarcimento dos valores da mensalidade;
6. Transferência de contrato;
7. Migração de contratos para outra abrangência;
8. Tutela antecipada.

Auditoria

(Resolução CFM nº 1.614/2001)

A 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.

Fonte: *http://www.portalmedico.org.br/pareceres/CFM/2011/44_2011.htm*

Inativos

Lei nº 9.656/98 e RN nº 279

Têm direito a se manterem 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.

Fonte: http://unimed.me/1g4uNDd

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.

FUNDAÇÃO ABRINQ RECONHECE
EMPRESA AMIGA DA CRIANÇA

CUIDAR DE VOCÊ. ESSE É O PLANO.

Unimed Belém

Membro da Aliança Cooperativa Internacional

"Cooperativismo: caminho para a democracia e a paz."
Roberto Rodrigues

ANS - nº 303976