



Unimed 
Marília

Manual do Beneficiário

VERSÃO 02
05/05/2024

SUMÁRIO

Introdução	4
Aplicativo Unimed SP - Clientes	5
Cartão Virtual do Beneficiário	6
Como acessar o Guia Médico no site pelo computador	7
Como acessar o Guia Médico no seu celular	8
Como acessar a 2ª Via do boleto	9
Prazos máximos para o atendimento	10
Tabela de serviços e prazos	11
Qual é o plano que você adquiriu?	12
Cobertura do seu plano	13
Outras informações do seu plano	14
Dicas de utilização do plano	16
Carências	17
Reembolso	17
Como acontecem as inclusões e exclusões de beneficiários?	18
Portabilidade	18
Portabilidade especial	19
Espaço Viver Bem	19
Programas do EVB para promoção da saúde	20
Unidades de Serviços próprios Unimed Marília	20
Canais especiais de atendimento aos beneficiários	22

INTRODUÇÃO

Prezado beneficiário,

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

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

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

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

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

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

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

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

APP UNIMED SP CLIENTES

Com o aplicativo UNIMED SP - CLIENTES, o beneficiário tem as soluções e facilidades para gerenciar o seu plano e seus dados sempre à mão na hora do atendimento.

Para fazer o download, busque por “UNIMED SP - CLIENTES” na loja de aplicativos de seu celular.



Com este aplicativo você tem:

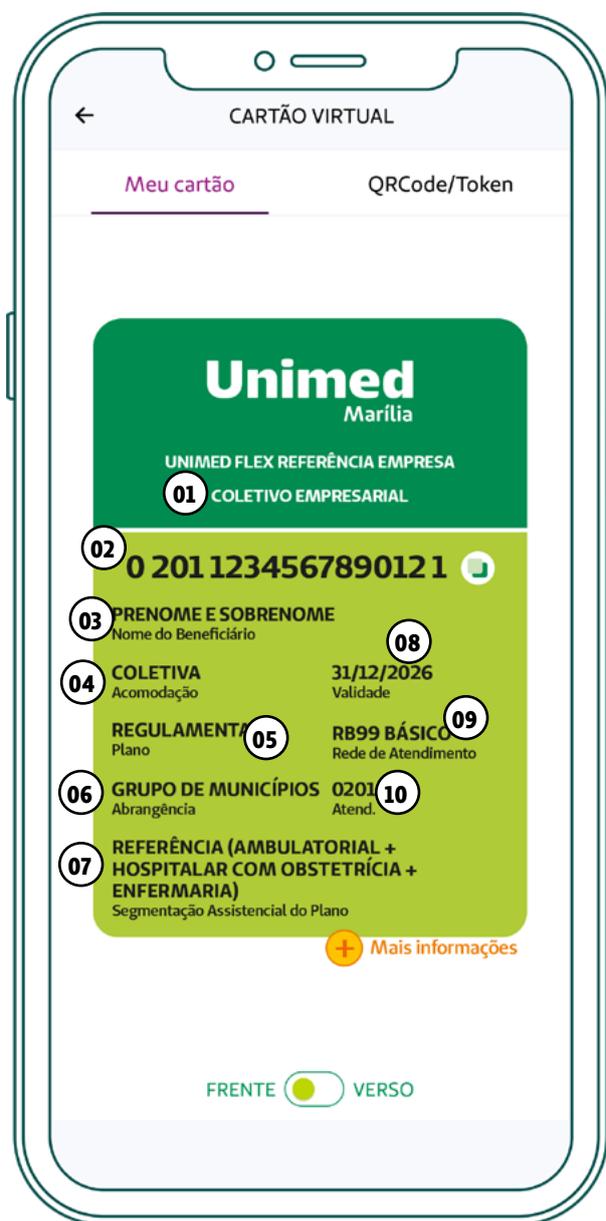
- Pesquise por Médicos e serviços
- Carteirinha Virtual
- Histórico financeiro de utilização
- Acesso à 2ª Via de boleto
- Acompanhamento e liberação de exames e procedimentos
- E acessa as notícias da Unimed Marília.

Clique para assistir o vídeo do Passo a Passo da instalação:



CARTÃO VIRTUAL

O cartão possui especificações importantes que o Sistema Unimed irá identificar durante os atendimentos, por isso certifique-se de que seus dados de cadastro estão sempre atualizados. Qualquer alteração comunique a Unimed Marília.



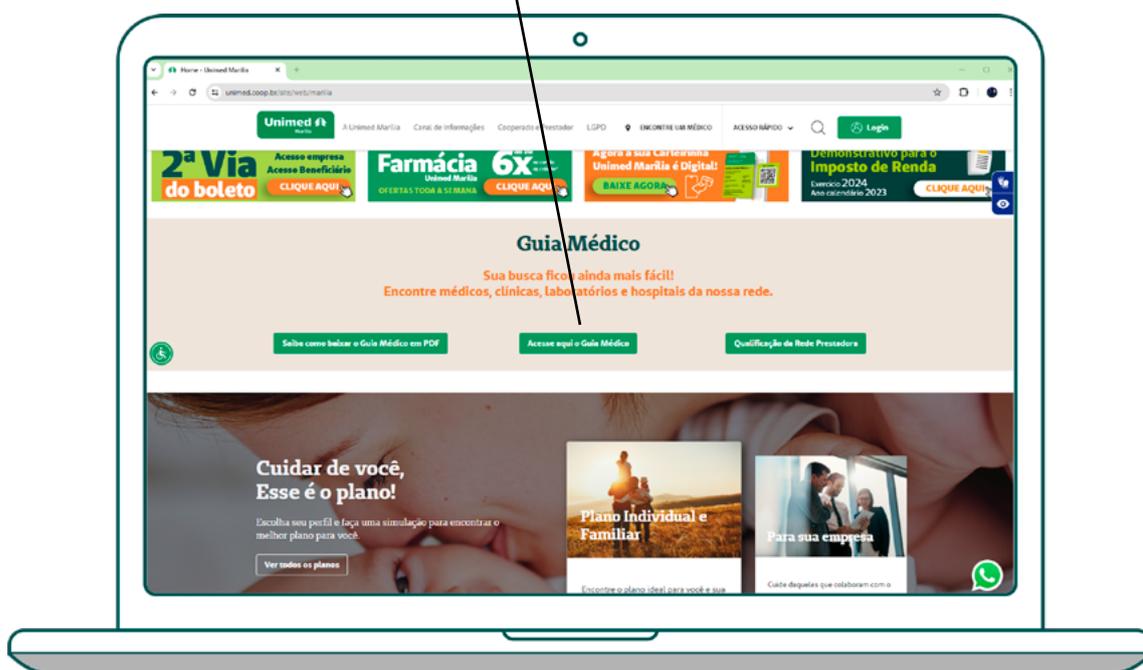
Entendendo o Cartão Virtual

- 01. Tipo de plano contratado;
- 02. Código de identificação do beneficiário;
- 03. Nome do Beneficiário;
- 04. Tipo de acomodação;
- 05. Regulamentação ; disponível - tipo de acomodação
- 06. Abrangência;
- 07. Segmentação Assistencial;
- 08. Validade do plano;
- 09. Rede de atendimento disponível;
- 10. Número de Identificação da Singular.

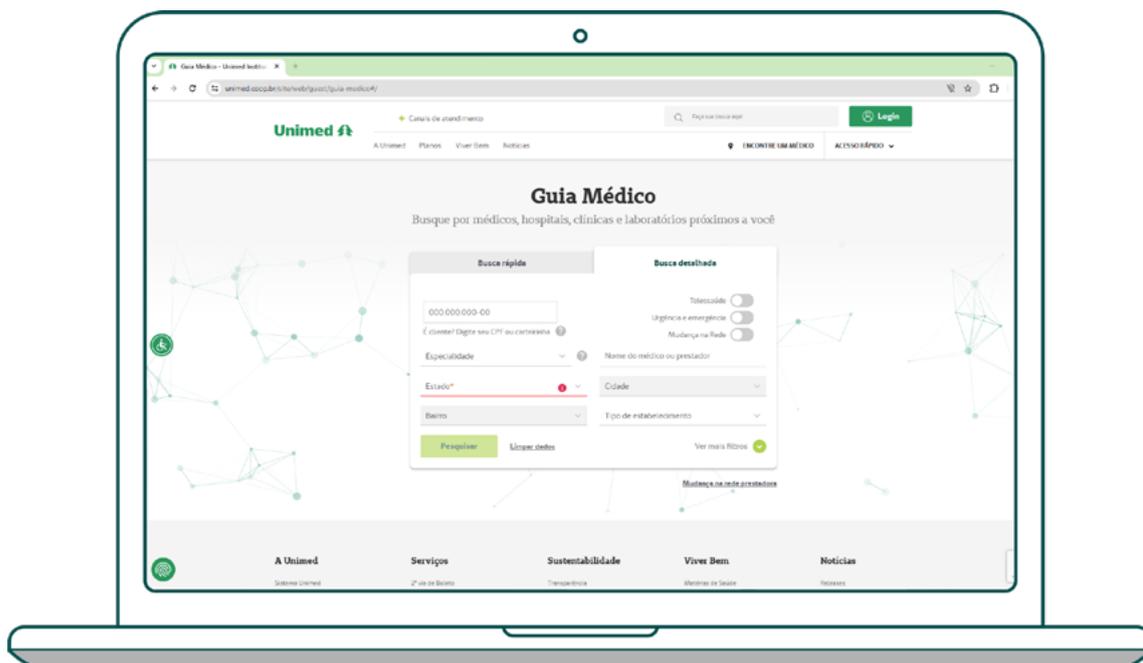
ACESSE O GUIA MÉDICO

Acesse o site www.unimedmarilia.com.br na página inicial e clicando no botão do meio:

Acesse aqui o Guia Médico



Escolha a opção **Busca detalhada** em seguida, digite o número do seu cartão de beneficiário ou do seu CPF, escolha o Estado e Especialidade, seguida clique em **“Pesquisar”**.



ACESSE O GUIA MÉDICO

Acesse o site www.unimedmarilia.com.br no seu celular e na página inicial, clique no segundo botão:

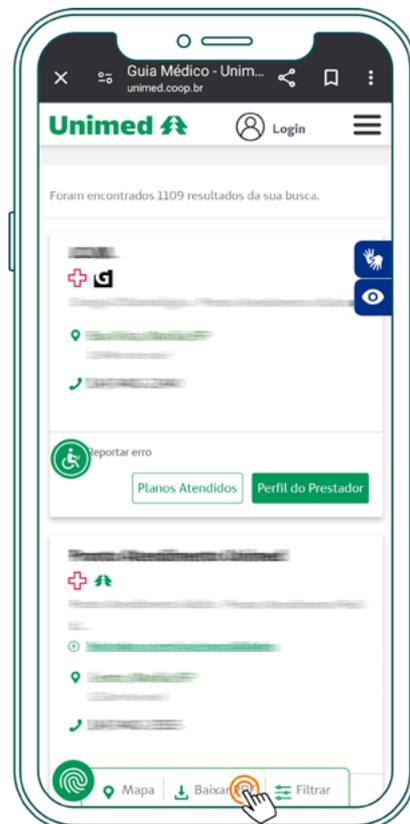
Acesse aqui o Guia Médico



Após clicar na opção **Busca detalhada**, digite seu CPF ou o número do seu cartão de beneficiário, escolha a Especialidade e coloque o seu Estado, por exemplo: São Paulo, em seguida clique em **“Pesquisar”**.



Agora é só escolher o serviço e ligar para agendar, ou baixa o Guia Médico completo em formato PDF para imprimir ou compartilhar.



ACESSAR A SEGUNDA VIA DO BOLETO

Você não recebeu seu boleto ou, o mesmo pode ter sido extraviado? Acesse o site www.unimedmarilia.com.br para consultar vencimentos verificar a segunda via e ainda pode imprimir se desejar.

Clique no banner 2ª Via do boleto

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

LOGIN

Usuário

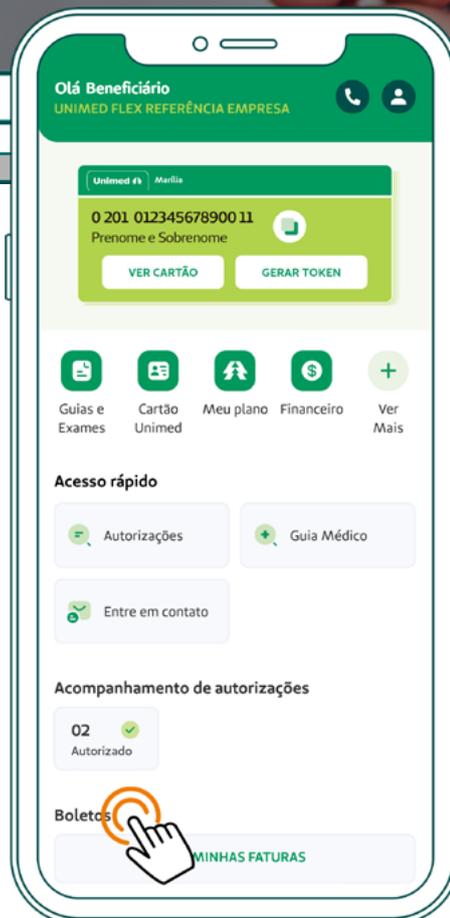
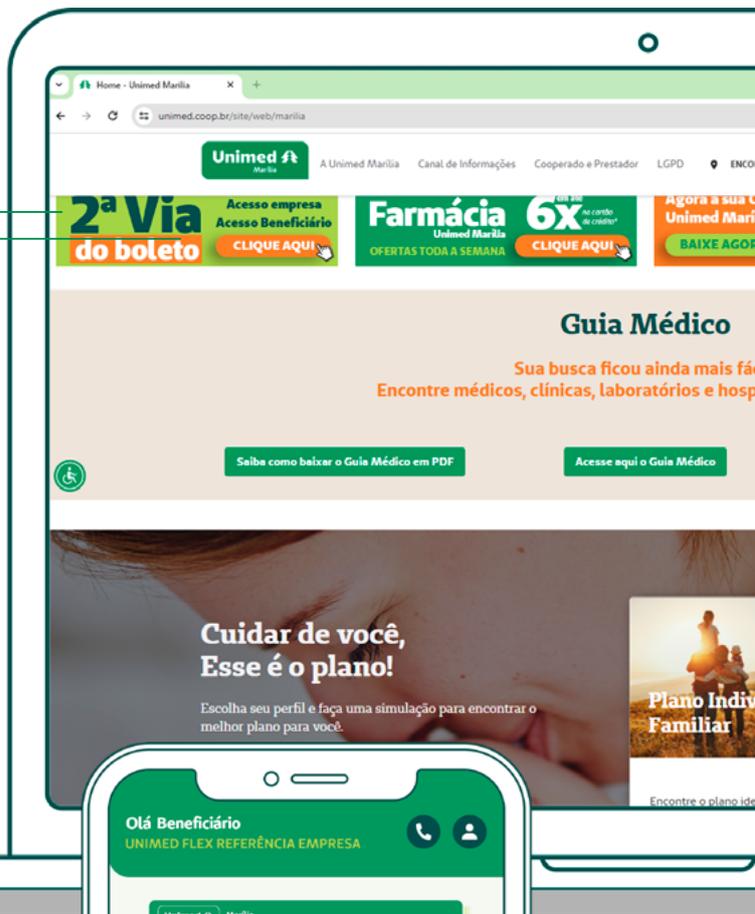
Senha

 Esqueceu a senha?

[Política de Privacidade](#)
[Termos de Uso](#)

Acessibilidade 

 Login



APP UNIMED SP - CLIENTES

Para acessar pelo aplicativo, basta clicar no item Boletos.

PRAZOS MÁXIMOS PARA O ATENDIMENTO

Para garantir a qualidade e a agilidade do seu atendimento dentro dos prazos abaixo mencionados, é fundamental que você apresente a documentação necessária quando solicitada. Para ser atendido dentro dos prazos, você deverá ter cumprido os períodos de carência previstos em seu contrato. Esses prazos valem para o atendimento por um dos profissionais ou estabelecimentos de saúde da rede conveniada ao plano, na especialidade necessária, e não para o atendimento por um profissional ou estabelecimento específico, da preferência do beneficiário.

Confira os prazos máximos para atendimento dos beneficiários, observando a área de abrangência contratada no seu plano.

Caso encontre dificuldades ou demora para ser atendido pela rede de atendimento da Unimed, entre em contato com a Ouvidoria, por meio do WhatsApp: (14) 99883-0232 – opção 13 – ou envie um e-mail para ouvidoria@unimedmarilia.com.br.

O atendimento cumpre as determinações das Resoluções Normativas nº 566 da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.



SERVIÇOS	PRAZO MÁXIMO PARA O ATENDIMENTO – Dias úteis
Consulta básica: pediatria, clínica médica, cirurgia geral, ginecologia e obstetrícia	em até 07 (sete) dias úteis
Consulta nas demais especialidades médicas	em até 14 (quatorze) dias úteis
Consulta/sessão com fonoaudiólogo	em até 10 (dez) dias úteis
Consulta/sessão com nutricionista	em até 10 (dez) dias úteis
Consulta/sessão com psicólogo	em até 10 (dez) dias úteis
Consulta/sessão com terapeuta ocupacional	em até 10 (dez) dias úteis
Consulta/sessão com fisioterapeuta	em até 10 (dez) dias úteis
Consulta/sessão com enfermeiro obstetra ou obstetriz	em até 10 (dez) dias úteis
Consulta e procedimentos realizados em consultório/clínica com cirurgião-dentista	em até 07 (sete) dias úteis
Serviços de diagnóstico por laboratório de análises clínicas em regime ambulatorial	em até 03 (três) dias úteis
Demais serviços de diagnóstico e terapia em regime ambulatorial	em até 10 (dez) dias úteis
Procedimentos de Alta Complexidade (PAC)	em até 21 (vinte e um) dias úteis
Atendimento em regime de internação eletiva	em até 21 (vinte e um) dias úteis
Atendimento em regime hospital-dia	em até 10 (dez) dias úteis
Tratamentos antineoplásicos domiciliares de uso oral, incluindo medicamento para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes	em até 10 (dez) dias úteis, cujo fornecimento poderá ser realizado de maneira fracionada por ciclo
tratamentos antineoplásicos ambulatoriais e domiciliares de uso oral, procedimentos radioterápicos para tratamento de câncer e hemoterapia, na qualidade de procedimentos cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em âmbito de internação hospitalar	em até 10 (dez) dias úteis, cujo fornecimento poderá ser realizado de maneira fracionada por ciclo
urgência e emergência	Imediato

QUAL É O PLANO QUE VOCÊ ADQUIRIU?

Consulte as informações no seu cartão

Quanto ao tipo de contratação

- a) Individual ou Familiar – Permite livre adesão de beneficiários, com ou sem grupo familiar;
- b) Coletivo Empresarial – Permite adesão da população que é vinculada à pessoa jurídica por relação empregatícia ou estatutária (servidores públicos no regime da Lei 8.112/90 e leis congêneres);
- c) Coletivo por Adesão – Permite adesão da população que mantém vínculo com pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou social, como sindicatos, associações, cooperativas e fundações.

Quanto à abrangência geográfica

- a) Nacional;
- b) Grupo de Municípios;
- c) Local.

Quanto à formação do preço

- a) Pré-pagamento (pré-estabelecido) – Quando o valor da mensalidade é calculado antes da utilização da cobertura contratada;
- b) Pós-pagamento em custo operacional (pós-estabelecido em custo operacional) – Quando o valor da contraprestação pecuniária é efetuada pela contratante depois da utilização das coberturas contratadas.

Quanto ao fator moderador

- a) Coparticipação – Quando o beneficiário paga parte da despesa assistencial diretamente à operadora, após a realização do procedimento;
- b) Franquia – Quando o beneficiário paga diretamente ao prestador da rede credenciada ou referenciada no ato da utilização do serviço, por não ser responsabilidade contratual da operadora.

Quanto à época da contratação

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

Quanto ao padrão de acomodação

- a) Enfermaria (Acomodação coletiva);
- b) Apartamento (Acomodação individual).

COBERTURA DO SEU PLANO

Fique por dentro das coberturas do seu plano

Para os contratos regulamentados as coberturas estão de acordo com o Rol de Procedimentos - listagem dos procedimentos em saúde, cuja cobertura é garantida - editado e atualizado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que está disponível no endereço eletrônico: www.ans.gov.br.

Cobertura ambulatorial

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

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

Cobertura hospitalar

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

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

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

- Hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
- Quimioterapia;
- Radioterapia;
- Nutrição parenteral ou enteral;
- Hemoterapia;
- Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;
- Embolização e radiologia intervencionista.

Outras coberturas

1. Cobertura para remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica, em território brasileiro;

- Entre hospitais, depois de realizados os atendimentos classificados como de urgência e emergência, e quando o médico assistente identificar necessidade de internação;
- Para transferência hospitalar, quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade para dar continuidade de atenção ao paciente;

2. Transplante de córnea ou rins*

3. Cirurgia plástica reparadora terá cobertura contratual quando efetuada, exclusivamente, para restauração de funções em órgãos, membros e regiões atingidas em virtude de acidentes pessoais, ocorridos na vigência do contrato para o respectivo beneficiário e que estejam causando problemas funcionais.

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

*Conforme condições contratuais e de acordo com a legislação vigente

OUTRAS INFORMAÇÕES DO SEU PLANO

Cobertura com limitações:

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

Condições de permanência no plano empresarial:

Demitido

O beneficiário que contribuir com o plano de saúde e for demitido, sem justa causa, pode permanecer por um período correspondente a um terço do tempo de permanência no Plano. Assim, no mínimo, 6 meses e, no máximo, 24 meses, passando então a assumir as responsabilidades referente às mensalidades e as participações integralmente.

Aposentado

O beneficiário que tiver contribuído com a mensalidade do plano de saúde em decorrência do vínculo empregatício pelo prazo mínimo de dez anos, terá garantido o direito de permanência, passando então a assumir as responsabilidades referente às mensalidades e participações. Se o tempo de permanência for inferior, o direito será assegurado à razão de um ano para cada ano de permanência.

Obs: As condições de demitido e aposentado são exclusivamente para planos empresariais, observando a legislação vigente, para o funcionário que contribuiu com a mensalidade ou parte dela enquanto ativo. A coparticipação não é considerada como contribuição para gozo de direito.

Exclusões

Saiba quais procedimentos estão excluídos da cobertura do seu plano:

- Procedimentos odontológicos;
- Procedimentos realizados fora da rede de atendimento Unimed;
- Escleroterapia de varizes;
- Hemoterapia;
- Procedimentos cirúrgicos, pré ou pós-operatórios, inclusive os relacionados a doador, relativos a transplantes, exceto os de rins e de córneas;
- Produtos de toalete e higiene pessoal;
- Serviços telefônicos e qualquer outra despesa que não seja vinculada diretamente à cobertura contratual;
- Exames e medicamentos ainda não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
- Cirurgias e tratamentos não éticos ou ilegais;
- Cirurgia para mudança de sexo;
- Inseminação artificial;
- Atendimento nos casos de calamidade pública, conflitos sociais, guerras, revoluções e outras perturbações de ordem pública, e ainda de envenenamentos de caráter coletivo ou outra causa física que atinja maciçamente a população, quando declarada pela autoridade competente;
- Medicamentos importados não nacionalizados;

OUTRAS INFORMAÇÕES DO SEU PLANO

Exclusões

- Enfermagem em caráter particular em regime hospitalar ou domiciliar;
- Cirurgias plásticas, exceto as reparadoras, decorrentes de acidentes ocorridos na vigência deste contrato, e que estejam causando problemas funcionais;
- Tratamentos clínicos e/ou cirúrgicos por motivo de sensibilidade, para rejuvenescimento, bem como para prevenção de envelhecimento, ganho de peso e emagrecimento;
- Tratamentos com finalidade estética, cosmética ou para alterações somáticas;
- Vacinas, medicamentos e materiais cirúrgicos que não sejam ministrados em internações ou em atendimentos em pronto-socorros;
- Necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma de cabelo;
- Fornecimento de próteses e órteses não ligados ao ato cirúrgico estéticos, bem como o fornecimento de órtese, prótese e materiais, mesmo que ligados ao ato cirúrgico, mas que sejam de procedência estrangeira;
- Aparelho ortopédico;
- Aluguel e fornecimento de equipamentos hospitalares e similares;
- Consultas e atendimento domiciliares, mesmo em caráter de emergência e urgência;
- Tratamentos em SPA, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais e clínicas de idosos;
- Exames admissionais, demissionais, periódicos, mudança de função e retorno ao trabalho;
- Laudo para sanidade mental e atividades físicas;
- Atestado de saúde para banho de piscina e ginástica;
- Exame de DNA para confirmação de paternidade;
- Remoção domiciliar;
- Assistência domiciliar;
- Atendimento em hospitais de alto custo e tabela própria.

Reajustes

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

- Anualmente, na data base (aniversário) do contrato;
- Houver desequilíbrio contratual devido ao aumento dos custos médicos, frequência de utilização ou ainda de acordo com as condições contratuais, exclusivamente para contratos firmados com pessoa jurídica;
- Houver mudança de faixa etária. Lembrando que as faixas e os percentuais a serem aplicados estão detalhados em seu contrato, de acordo com as características do seu plano.

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

DICAS DE UTILIZAÇÃO DO PLANO

Quando não puder comparecer à consulta, avise com pelo menos 24 horas de antecedência. Outra pessoa pode precisar daquele médico.

Guarde sempre as prescrições do seu médico. O desaparecimento de sintomas não significa o fim da necessidade de cuidados médicos.

Escreva tudo o que você deseja discutir com o seu médico. Isso ajuda a manter a atenção no que realmente lhe incomoda. Leve a lista e leia antes de começar a consulta.

Para agilizar qualquer atendimento, apresente sempre seu dados e o cartão virtual no seu aplicativo do beneficiário e um documento de identificação com foto (ver pág. 5).

Evite o uso do pronto atendimento em casos que não forem de urgência ou emergência.

Urgência e emergência

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

São casos de urgência e emergência:

Emergência - é o evento que implica no risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.

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

Quando procurar um pronto atendimento:

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

CARÊNCIAS

É o prazo ininterrupto, contado a partir da vigência do contrato, durante o qual o beneficiário não tem direito à utilização dos procedimentos contratados, conforme tabela a seguir:

PROCEDIMENTOS	CARÊNCIAS
Urgências e emergências	24 horas
Consultas	60 dias
Exame de análises clínica	60 dias
Exames de Alto Custo e sessões com fisioterapia, psicoterapia, fonoaudiologia, atendimento nutricional e demais sessões de acordo com Rol ANS fonoaudiólogo e psicólogo.	180 dias
Internações Clínicas ou cirúrgicas	180 dias
Procedimentos obstétricos	300 dias
DLP	24 meses

Os períodos de carência podem variar de acordo com o tipo de contratação do plano de saúde, porém, em nenhuma hipótese, superarão os períodos acima descritos. Confira as carências em seu contrato.

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

REEMBOLSO

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

Reembolso - Atendimento eletivo:

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

Reembolso - Atendimento urgência e emergência:

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

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

- a) relatório do médico assistente, declarando o diagnóstico, tratamento efetuado e data do atendimento;
- b) conta hospitalar discriminada, incluindo a prescrição e evolução médica, evolução de enfermagem, ficha anestésica, descrição cirúrgica, ficha de controle de gases, relação dos materiais e medicamentos;
- c) recibos originais de honorários dos médicos assistentes, auxiliares e outros, discriminando as funções e o evento a que se referem;
- d) os comprovantes originais relativos aos serviços de exames laboratoriais, radiodiagnósticos e serviços auxiliares.

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

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

INCLUSÕES E EXCLUSÕES DE BENEFICIÁRIOS

No caso de **Planos Coletivos**, o beneficiário deve procurar o setor responsável de sua empresa e/ou da entidade de classe e solicitar a inclusão ou exclusão de seus dependentes que serão efetivadas e enviadas à Unimed.

Qualquer inclusão deve ser providenciada no prazo mencionado no contrato firmado com a sua empresa (admissão do beneficiário titular, casamento, nascimento, etc.)

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

Se o beneficiário titular for excluído, todos os demais dependentes serão excluídos. Se o contrato for rescindido, todos os beneficiários serão excluídos.

Nos **Planos Individuais Familiares** as inclusões e exclusões de dependentes são deliberadas pelo beneficiário titular ou contratante pagador.

PORTABILIDADE

RESOLUÇÃO NORMATIVA – RN N° 438, DE 3 DE DEZEMBRO DE 2018:

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

- I – o vínculo do beneficiário com o plano de origem deve estar ativo;
- II – o beneficiário deve estar adimplente junto à operadora do plano de origem;
- III – o beneficiário deve ter cumprido prazo de permanência:

- a) na primeira portabilidade de carências, no mínimo dois anos no plano de origem ou no mínimo três anos na hipótese de o beneficiário ter cumprido cobertura parcial temporária; ou
- b) nas posteriores, no mínimo um ano de permanência no plano de origem ou no mínimo dois anos na hipótese em que o beneficiário tenha exercido a portabilidade para um plano de destino que possuía coberturas não previstas na segmentação assistencial do plano de origem;

IV - o plano de origem deve ter sido contratado após 1º de janeiro de 1999 ou adaptado à Lei nº9.656, de 03 de junho de 1998;

V - a faixa de preço do plano de destino deve ser igual ou inferior a que se enquadra o plano de origem do beneficiário, considerada a data da consulta ao módulo de portabilidade de carências do Guia ANS de Planos de Saúde;

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

PORTABILIDADE POR PERDA DE VÍNCULO

Art. 8º A portabilidade de carências poderá ser exercida em decorrência da extinção do vínculo de beneficiário e deverá ser requerida no prazo de 60 (sessenta) dias a contar da data da ciência pelo beneficiário da extinção do seu vínculo com a operadora, não se aplicando os requisitos de vínculo ativo, de prazo de permanência, e de compatibilidade por faixa de preço, nas seguintes hipóteses:

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

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

III - pelo beneficiário titular e seus dependentes, em caso de demissão, exoneração ou aposentadoria, tendo ou não contribuído financeiramente para o plano de origem, ou quando do término do período de manutenção da condição de beneficiário garantida pelos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998;

IV - pelo beneficiário titular e seus dependentes, em caso de rescisão do contrato coletivo por parte da operadora ou da pessoa jurídica contratante.

Espaço Viver Bem

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

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

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

Equipe EVB

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

Serviços: Nutrição; Fonoaudiologia; Enfermagem; Terapia ocupacional; Fisioterapia e Psicologia.

Programas do Espaço Viver Bem

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

- Curso de Orientação à Gestantes;
- Crescer Saudável (Para crianças com idades entre 7 e 12 anos);
- Emagrecer Saudável (Atividade em grupo);
- Grupo de Combate ao Tabagismo;
- Prevenção de Quedas (Atividade em grupo)
- Programa Pós Bariátrica;
- Programa Caminhar com Saúde;
- Programa Cuidando de Perto.

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

Unidades de serviços próprios Unimed Marília



Sede Administrativa
Rua Bororós, 225
Tel.: (14) 3402-2500



Pronto Atendimento
Av. Sampaio Vidal, 1125
Tel.: (14) 3402-2515



SAD - Serviço de Atenção Domiciliar
Rua Cel. José Brás, 1145
Tel.: (14) 3402-2516



**APS
Atenção Plena a Saúde**
Av. Sampaio Vidal, 1169
Tel.: (14) 3402-2504



Espaço Viver Bem
Rua Cel. José Brás, 1087
Tel.: (14) 2105-8191



CEM - Centro de Especialidades Médicas
Rua Coroas, 114
Tel.: (14) 2105-6660



Saúde Ocupacional
Rua Bororós, 225
Tel.: (14) 2105-8188



Centro de Reabilitação
Av. Warner Gomer Fernandes, 72
Tel.: (14) 2105-8194

Unidades de serviços próprios Unimed Marília



Ouidoria Unimed
Rua Bororós, 225
Tel.: 0800 201 2500



Unidade de Atendimento da Unimed em Garça
R. Dep. Manoel Joaquim Fernandes, 36
Tel.: 0800 201 2500



CRIE - Centro de Reabilitação Infantil Especializado
R. Cel. José Brás, 242
Tel.: (14) 2105-8193



Viver Mais Saúde Unimed
Av. Expedicionários de Pompeia, 492
Tel.: (14) 3452-5592



Unidade de Atendimento Hospital Universitário
Rua Dr. Próspero Cecílio Coimbra, 80
Tel.: (14) 2105-8183



Unidade de Atendimento do Pronto Atendimento em Pompeia
Rua Rodolfo Lara Campos 970 - Flandria
Tel.: (14) 3452-5592



Farmácia Comercial Unimed Marília
Rua Bahia, 718
Tel.: (14) 2105-6699



Unidade de Atendimento da Unimed em Pompeia
Av. Expedicionários de Pompeia, 492
Tel.: 0800 201 2500



Central de Relacionamento
Rua Bororós, 225
Tel.: 0800 201 2500

Utilize nossos canais de atendimento destinados especialmente a você!

WHATSAPP  **(14) 99883-0232**



Escaneie o QR CODE com a câmera do seu celular

Autorização de exames

Segunda a sexta das 08h às 17h

Central de Relacionamento

Pelo WhatsApp ou 0800 201 2500

- > 2ª Via de Boleto
- > Demonstrativo do Imposto de Renda
- > Outras informações

**Disponível
24 horas**

AQUISIÇÃO DE PLANOS

Segunda a sexta das 08h às 17h

Plano individual/familiar:

(14) 3402-2525

ou WhatsApp:

(14) 99883-0232

Plano Empresarial:

(14) 3402-2522

APP UNIMED MARÍLIA

Disponível na App Store e Google Play com o nome de **Unimed SP - Clientes**

- > Acesse O Guia Médico
- > Consulte seu histórico de boletos
- > Cartão Virtual
- > 2ª Via de Boleto



Unimed
Marília

ANS - nº 33.610-6

Mais informações: www.unimedmarilia.com.br

ANS - Nº 33.610-6

Publicação: Maio de 2024

Aqui
tem
gente.

Aqui
tem
vida.

Aqui
tem
Unimed.

Unimed 
Marília