



MANUAL DO CLIENTE



ÍNDICE

Apresentação	03
Diferenciais Unimed CL	04
Encontre no site Unimed CL	05
Informações sobre o APP Unimed Cliente	06
Cartão Virtual do Beneficiário	07
Tipos de planos	08
Conceitos	09, 10 e 11
Reajuste / Variação da Mensalidade	12
Dicas de como utilizar seu plano	13,14,15 e 16
Regras de Rescisão e/ou Suspensão	17
Reembolso e Ouvidoria	18



Prezado Beneficiário,

É uma grande satisfação recebê-lo como beneficiário do Sistema Unimed, uma rede de cooperativa médica, fundada e administrada por médicos, com o principal objetivo de prestação de serviço médico-hospitalar de qualidade.

O Sistema Unimed cobre mais de 80% do território nacional e oferece serviços médicos a mais de 18 milhões de beneficiários, por meio de 360 cooperativas.

Atualmente, somos 110 mil médicos cooperados e uma rede de recursos próprios e credenciados sempre à sua disposição.

Para sua comodidade e com a finalidade de prestarmos melhor atendimento, elaboramos este manual para orientá-lo.

Seja bem-vindo à Unimed CL!

A UNIMED Conselheiro Lafaiete foi fundada em 1980 por 20 médicos que acreditavam no sistema cooperativista.

Está presente na vida de 27.000 mil beneficiários, e continua sendo a marca mais lembrada na região do Alto Paraobeba.

Conta com diversos médicos cooperados e uma ampla rede credenciada formada por hospitais, laboratórios e clínicas além de uma complexa estrutura de serviços próprios, composta pelo **Centro de Especialidades, Pronto Atendimento, Serviços de Remoção e Programa de Saúde Integral.**

Missão

Promoção da saúde com sustentabilidade e resolutividade.

Visão

Ser referência reconhecida pela excelência como sistema de soluções em saúde.

Valores

Transparência, Cooperativismo, Humanização, Ética, Qualidade

DIFERENCIAIS UNIMED CL



Para oferecer comodidade, conforto e agilidade a seus clientes, a Unimed CL conta com uma **Central de Atendimento ao Cliente, Vendas e Comercial**, onde são realizados os seguintes serviços:

Vendas de planos, autorizações de exames, 2ª via de boleto, informações contratuais, sugestões, cancelamento de contratos, reclamações e atendimento corporativo.

Atendimento de SEGUNDA a SEXTA-FEIRA, das 08:00 às 17:00 horas.
Avenida Furtado, 355. São Sebastião. Conselheiro Lafaiete - MG. (31) 3769 - 5000

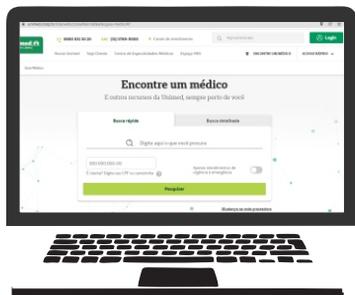
Centro de Especialidades Médicas para consultas de diversas especialidades.
Atendimento de SEGUNDA a SEXTA-FEIRA, das 08:00 às 18:00 horas.
Rua São José 110, São Sebastião. Conselheiro Lafaiete - MG

Pronto Atendimento 24 horas urgências e emergências, atendimento todos os dias,
Rua São José 110, São Sebastião. Conselheiro Lafaiete - MG

ENCONTRE NO SITE DA UNIMED CL



No site www.unimedcl.com.br
ESPAÇO ANS você encontra:
MOVIMENTAÇÃO DOS PRESTADORES
ALTERAÇÕES NA REDE ASSISTENCIAL
DO PLANO

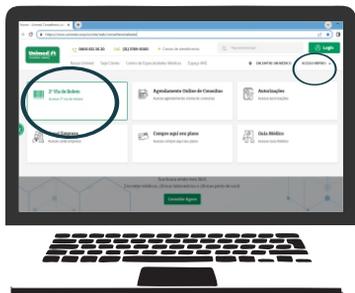
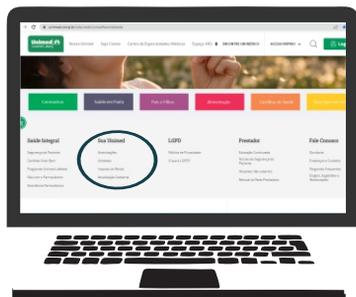


GUIA MÉDICO

No aplicativo Unimed Cliente também é possível acessar este guia.

ATUALIZAÇÃO CADASTRAL

Beneficiário com cadastro atualizado tem mais vantagens!
Mantenha seu cadastro atualizado.
No rodapé da página, opção SUA UNIMED, Atualização Cadastral ou se preferir envie e-mail para atendimento@unimedcl.com.br ou ligue: (31) 3769 5000



2ª VIA DE BOLETO

Retire com segurança sua via de boleto no site da Unimed CL
Acesso Rápido >> 2ª Via de Boleto

LEVE A UNIMED CL NA PALMA DA MÃO

BAIXE O APLICATIVO UNIMED CLIENTE



É seu primeiro acesso?
Clique em **Novo Cadastro**

1



Crie seu usuário preenchendo os
campos solicitados e finalize clicando
em **CADASTRAR**

2



Verifique seu email (o email
cadastrado) para ativar sua
conta

3



Tudo certo! Agora você já
tem acesso ao aplicativo
Unimed Cliente

4



5



Faça seu login clicando no ícone.
Preencha os dados solicitados:
1. número da carteirinha
ou CPF e 2. senha

No App Unimed Cliente você
encontra tudo o que precisa:

- 2ª Via de Boleto
- Carteirinha Virtual
- Informações do Plano
- Autorizações
- Demonstrativo de Imposto Renda
- Guia Médico
- Conteúdo Informativo

CARTÃO DO BENEFICIÁRIO VIRTUAL

SAIBA IDENTIFICAR O SEU CARTÃO UNIMED



QR CODE gerado é utilizado para leitura nos prestadores para realização de consultas, exames e procedimentos

Código do beneficiário

Tipo de acomodação contratada

Descrição do produto contratado

Abrangência contratada, podendo ser Nacional, Grupo de Estados, Estadual, Grupo de Municípios, Municipal

Data de validade do cartão

A Rede de Prestadores que o beneficiário tem direito e o Tipo de Prestador: refere-se ao tipo de prestador que o cliente contratou, conforme classificação do Manual de intercâmbio Nacional.

Código da Unimed do local de atendimento do beneficiário

Define a amplitude de cobertura assistencial do plano de saúde. A segmentação assistencial é categorizada em: referência, hospitalar com obstetria, hospitalar sem obstetria, ambulatorial, odontológica e suas combinações.

TIPOS DE PLANOS



INDIVIDUAL FAMILIAR

Os planos com contratação individual ou familiar são aqueles contratados diretamente com a operadora de plano de saúde pelo próprio beneficiário que escolhe as características do plano a ser contratado. É permitida a exigência de cumprimento de carência nos prazos máximos estabelecidos pela lei.

COLETIVO EMPRESARIAL

Os planos com contratação coletiva são aqueles em que o beneficiário ingressa no plano de saúde contratado por uma empresa. Os prazos de carência variam de acordo com o número de vidas:

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 prazos máximos estabelecidos pela lei.

COLETIVO POR ADESÃO

Os planos coletivos por adesão são aqueles em que o beneficiário ingressa no plano de saúde contratado por uma associação, órgão público ou entidade semelhante a qual faz parte. É permitida a exigência de cumprimento de carência nos prazos máximos estabelecidos pela lei.

CONCEITOS



ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA E ÁREA DE ATUAÇÃO

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, 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.

Área de atuação é a área em que a operadora pode comercializar seus planos.

COBERTURAS

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.

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.

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.

CONCEITOS



CARÊNCIAS

É o tempo que o beneficiário tem que esperar para ser atendido pelo plano de saúde em um determinado procedimento.

No caso de 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 02/10/1999 ou para os que foram adaptados a lei 9656/98 – valem as regras de carência estabelecidas na legislação, conforme abaixo:

PRAZOS DE CARÊNCIA

DIAS	EVENTOS
24 horas	Acidentes pessoais.
30 dias	Consultas, sessões com nutricionista, sessões com fonoaudiólogo, sessões de terapia ocupacional, sessões de psicologia e psicoterapia de crise, exames de laboratório, exames radiológicos.
180 dias	Acupuntura, angiografia, arteriografia, colangiopancreatografia retrógrada, colonoscopia, diálise, hemodiálise, ecocardiograma, fisioterapia, hemodinâmica, holter, teste ergométrico, eletroneuromiografia, laparoscopia diagnóstica, mapeamento cerebral, polissonografia, procedimentos de reabilitação física, quimioterapia, radiologia intervencionista, radioterapia, ressonância nuclear magnética, tomografia computadorizada, ultrassonografia, procedimentos clínicos e cirúrgicos realizados em ambiente hospitalar ou ambulatorial, demais internações e coberturas previstas neste Contrato.
300 dias	Parto a termo
24 meses	Doença ou lesão preexistente



CONCEITOS

DLP

É a sigla utilizada para a definição de DOENÇA OU LESÃO PREEXISTENTE que são aquelas existentes no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde e que o beneficiário ou seu responsável saiba ser portador.

CPT

É a sigla utilizada para definição de COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA que é aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 meses, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes – DLP declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal por ocasião da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde.

VIGÊNCIA

Sinaliza a data de início de validade do contrato, quando o plano passa a valer e o beneficiário tem acesso aos serviços contratados.

Da mesma forma, a vigência serve para estabelecer até quando o beneficiário tem direito a usar os serviços contratados.

A vigência mínima ou duração de um contrato é de 12 meses e é renovada automaticamente se o contratante não manifestar a sua intenção em rescindir o plano.

COPARTICIPAÇÃO / FATOR MODERADOR / FRANQUIA

De acordo com a Agência Nacional de saúde Suplementar (ANS), é o valor que o beneficiário de um plano de saúde paga para a operadora depois de realizar um atendimento como consultas, exames, procedimentos, cirurgias ou internações.

REAJUSTE / VARIAÇÃO DE MENSALIDADE



Reajuste é a atualização da mensalidade baseada na variação dos custos dos procedimentos médico-hospitalares com o objetivo de manter a prestação do serviço contratado.

A ANS é a entidade responsável pela regulação dos reajustes aplicados pelas operadoras de planos de saúde. Atualmente, existem dois tipos possíveis de aumentos: reajuste anual por variação de custos e reajuste por variação de faixa etária do beneficiário.

A ANS determina o percentual máximo de reajuste anual dos planos individuais/familiares de assistência médico-hospitalar, com ou sem cobertura odontológica. O reajuste anual só poderá ser aplicado na data de aniversário do contrato e após autorização da ANS.

A variação da mensalidade por mudança de faixa etária ocorre de acordo com a alteração da idade do beneficiário e somente pode ser aplicada nas faixas autorizadas.

É prevista porque, em geral, por questões naturais, quanto mais avança a idade da pessoa, mais necessários se tornam os cuidados com a saúde e mais frequente é a utilização de serviços dessa natureza.

Por essa razão, o contrato do plano de saúde deve prever um percentual de aumento para cada mudança de faixa etária. As regras são as mesmas para os planos de saúde individuais/familiares e coletivos.

As faixas etárias para correção variam conforme a data de contratação do plano e os percentuais precisam estar expressos no contrato.

DICAS DE COMO UTILIZAR SEU PLANO



Para atendimentos de urgência/emergência procure um hospital mais próximo.

Em Conselheiro Lafaiete possuímos o **Pronto Atendimento 24 horas** localizado na **Rua São José, 110. São Sebastião.**

Todos os atendimentos realizados em Pronto Atendimento após triagem são classificados de acordo com a figura abaixo:



DICAS DE COMO UTILIZAR SEU PLANO



FAZER UMA CONSULTA

Em nosso **Centro de Especialidades Médicas** possuímos vários especialistas para realização de consultas eletivas.

O agendamento pode ser realizado on-line pelo site www.unimedcl.com.br (na opção **Acesso Rápido > Agendamento Online de Consultas**)

Caso prefira pode entrar em contato pelo telefone (31) 3769-5000.

Para agendamento em outros prestadores, procure no **Guia Médico** o profissional que você deseja e marque o seu horário. O **Guia Médico** está disponível em nosso site www.unimedcl.com.br e no **APP UNIMED CLIENTE**.

REALIZAR EXAMES PROCEDIMENTOS E TERAPIAS

Exames de baixa complexidade como: **Laboratoriais, RX, Ultrassonografia, Ressonância, Tomografia, Duplex Scan** não são necessário autorização prévia. Basta entrar em contato com a clínica portando pedido médico para realizar o agendamento e a autorização será solicitada pelo próprio prestador.

OBS: Beneficiários Unimed CL que forem realizar estes exames fora da área de ação da Unimed CL poderão solicitar autorização pelo site www.unimedcl.com.br (na opção **Acesso Rápido > Autorizações**)

Alguns procedimentos são necessários autorização prévia como por exemplo procedimentos dermatológicos.

Para sessões com psicólogo, fonoaudiólogo e consultas com nutricionista não é necessário autorização prévia. Será solicitado diretamente pela clínica de acordo com as realizações das sessões.

DICAS DE COMO UTILIZAR SEU PLANO



INTERNAÇÕES

Para internações cirúrgicas é necessário pedido médico com a descrição do procedimento e dos materiais que serão utilizados. Neste caso é necessário autorização prévia, que poderá ser realizada através do site www.unimedcl.com.br (na opção Acesso Rápido > Autorizações) ou pelo e-mail atendimento@unimedcl.com.br portando pedido médico, laudo de exame, nome do hospital onde será realizado e o cartão virtual.

Também poderá ser realizada em nossa **Central de Atendimento ao Cliente**, localizada na Avenida Furtado, 355, São Sebastião - atendimento de segunda a sexta - feira das 08:00 às 17:00 horas.

Procedimentos/Cirurgias que serão realizados no Hospital Maternidade São José e FOB os próprios hospitais darão entrada e acompanharão as solicitações de autorizações, que podem ser deixadas na recepção/portaria principal.

1. Em todos os atendimentos é imprescindível apresentar o Cartão Virtual Unimed e o documento com foto.

2. Sempre que possível, ao consultar um médico pela primeira vez, leve os exames já realizados.

3. Repetir exames exige tempo e é um pouco desconfortável e, se o seu plano tem coparticipação, uma parte do custo é cobrada de você.

4. Não é necessário apresentar um pedido de exame na guia da Unimed. Basta o pedido ter carimbo e assinatura do médico que será aceito em seu local de atendimento.

DICAS DE COMO UTILIZAR SEU PLANO



Pedido Médico:

As guias emitidas pela UNIMED BH são válidas em Conselheiro Lafaiete e região como pedido médico, caso o procedimento não seja realizado no prestador em BH. Não é necessário a transcrição do pedido

Beneficiário em trânsito:

Quando o beneficiário da Unimed CL estiver sendo atendido na área de outra UNIMED (ex: Beneficiário Unimed CL em Belo Horizonte) a autorização deverá ser solicitada diretamente pelo prestador da Unimed executante.

Como solicitar autorizações:

E-mail: atendimento@unimedcl.com.br

WhatsApp: (31) 98775-3724
(31) 99512-4226

Site: www.unimedcl.com.br

Clique em ACESSO RÁPIDO e depois em AUTORIZAÇÕES.

Solicitações de medicamentos:

Enviar o pedido médico, exames relacionados e o local onde fará a aplicação. Depois da primeira autorização, as solicitações posteriores podem ser solicitadas diretamente no setor de farmácia, para o e-mail farmacia@unimedcl.com.br

Solicitações de DIU:

Envie o pedido médico;
Preencha e assine os documentos que a equipe do atendimento irá lhe encaminhar;
Responda com os documentos assinados e preenchidos;
Aguarde resposta da autorização e as orientações de como retirar o DIU na farmácia;

Beneficiário Unimed Lafaiete: prazo para autorização de até 05 dias úteis
Beneficiário outra Unimed (Intercâmbio): prazo para autorização de até 10 dias úteis.

REGRAS DE RESCISÃO E / OU SUSPENSÃO



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.

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 congêneres, órgão público ou empresa, por exemplo em casos de demissão, divórcio ou quando o dependente completa a maioridade.

DIREITOS 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/familiar. As condições de isenção de carência deverão ser consultadas no momento da formalização da troca.



REEMBOLSO

As solicitações de reembolso são tratadas em nosso setor de Ouvidoria.

A UNIMED CL assegurará o reembolso nos limites das obrigações contratuais, das despesas efetuadas pelo beneficiário titular ou dependentes, nos casos exclusivos de urgência e emergência, quando não for comprovadamente possível o atendimento através de médicos cooperados e a utilização de serviços próprios ou contratados pelo SISTEMA NACIONAL UNIMED, exceto em hospitais de tabela própria e de alto custo.

OUVIDORIA

(31) 3769 5000

ouvidoria@unimedcl.com.br



Operadora: Unimed Conselheiro Lafaiete

CNPJ: 21.839.519/0001-38

Nº de registro na ANS: 345709

Site: www.unimedcl.com.br

Tel.: 31. 3769-5000

0800 031 30 20

4ª versão - 10/2022

Para informar-se sobre estes e outros detalhes da contratação de planos de saúde, o beneficiário deve contatar a Unimed CL

ESTE MANUAL NÃO SUBSTITUI O CONTRATO.