

MANUAL DO BENEFICIÁRIO



Unimed 
Planalto Norte

Data de Revisão
20/09/22

BEM-VINDO!

A maior cooperativa de trabalho médico do Brasil tem como missão promover a saúde para que as pessoas tenham uma saudável qualidade de vida. Como cliente Unimed, você terá atendimento de qualidade. Terá ainda liberdade de escolha entre os profissionais credenciados e ampla rede de prestadores de serviços.

Para sua comodidade, este manual foi elaborado com as informações necessárias para a melhor utilização de seu plano de saúde. Para sua tranquilidade e segurança, leia atentamente as informações aqui contidas.

Em caso de dúvidas, consulte o setor de Relacionamento com o Cliente da Unimed ou ligue no SAC **0800 644 0207**.

SUMÁRIO

SOBRE A UNIMED PLANALTO NORTE.....	03
ESTRUTURA UNIMED.....	04
CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO.....	05
CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO.....	06
TIPO DE CONTRATAÇÃO.....	07
ABRANGÊNCIA.....	08
COPARTICIPAÇÃO.....	08
TIPO DE COBERTURAS.....	09
EXCLUSÃO DE COBERTURA	10
O PLANO DE SAÚDE UNIMED COBRE AINDA.....	10
DOENÇAS OU LESÕES PREEXISTENTES.....	11
COMO ACESSAR O GUIA MÉDICO.....	12
BAIXE O APP.....	13
CHATBOT.....	14
CONSULTAS MÉDICAS.....	15
EXAME.....	16
INTERNAÇÕES E CIRURGIAS.....	17
CARÊNCIA.....	17
PRAZO DE ATENDIMENTO.....	18
REEMBOLSO DE DESPESAS.....	19
INCLUSÃO DE BENEFICIÁRIOS.....	20
EXCLUSÃO DE BENEFICIÁRIOS.....	21
REAJUSTE.....	22
PORTABILIDADE DE CARÊNCIAS.....	23
PORTAL DE INFORMAÇÕES DO BENEFICIÁRIO DA SAÚDE SUPLEMENTAR - PIN-SS.....	24
CONVÊNIO E DESCONTOS.....	25
GLOSSÁRIO.....	26
CANAIS DE ATENDIMENTO.....	28

SOBRE A UNIMED PLANALTO NORTE

Buscamos sempre oferecer excelência em nossos serviços. Por isso, investimos constantemente em recursos próprios para melhor atender nossos beneficiários. Atualmente, contamos com: Consultório de Especialidades, Fisioterapia e Laboratório.



SEDE



FISIOTERAPIA

LABORATÓRIO
SÃO BENTO DO SULLABORATÓRIO
RIO NEGRINHO

Missão

Compromisso com o cuidado integral à saúde.



Visão

Ser referência na área de ação na promoção a saúde de maneira sustentável com foco na excelência e transparência com as partes interessadas.



Valores

- ✔ Transparência
- ✔ Sustentabilidade
- ✔ Adaptabilidade
- ✔ Cooperação
- ✔ Ética e integridade
- ✔ Comprometimento
- ✔ Valorização das pessoas



Política de Qualidade

Compromisso com a estratégia e melhoria contínua dos processos, com foco nos valores da cooperativa em busca da satisfação e atendimento as necessidades das partes interessadas.

ESTRUTURA UNIMED

Unimed do Brasil

116 mil médicos cooperados
17 milhões de beneficiários
4.686 municípios cobertos

Unimed Santa Catarina

5.849 médicos cooperados
6 hospitais próprios
182 hospitais credenciados
1.196 clínicas credenciadas
12 laboratórios próprios

Unimed Planalto Norte

90 médicos cooperados
21.000 clientes
1 Clínica de **Fisioterapia** Própria
2 Laboratórios Próprios
1 **Consultório** de especialidades

Laboratório Unimed

SÃO BENTO DO SUL 47. 3631.4196

Segunda a sexta-feira
das **6h30 às 17h30**
Sábado
das **7h30 às 11h30**

Rua Carlos Zipperer,
nº 15 - Centro

RIO NEGRINHO 47. 3644.5115

Segunda a sexta-feira
das **7h às 17h**
Sábado
das **7h30 às 11h30**

Rua Capitão Osmar Romão da Silva,
nº 303, Sala 1 - Centro

Consultório Unimed

47. 3631.4183

Segunda a sexta-feira
das **7h às 22h45**
(Clínica Médica)
e das **19h às 22h45**
(Clínica Médica e Pediatria)
Fim de semana e feriado
das **10h às 22h**
(Clínica Médica e Pediatria)

Avenida Dom Pedro II,
nº 373 - Centro

Fisioterapia Unimed

47. 3631.4191

Segunda a sexta-feira,
das **7h às 19h.**

Avenida Dom Pedro II,
nº 368 - Centro

Viver Bem

47. 3631.4163

Segunda a sexta-feira,
08h às 12h - 13h às 17h.

Avenida Dom Pedro II,
nº 373 - Centro



CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO

LOREM IPSUM **A**
COLETIVO EMPRESARIAL

Unimed Planalto Norte

B 0 027 123456789012 1

02/03/1967 **C** INDIVIDUAL **D** 31/12/2007 **E** 31/12/2007
Data de Nascimento Acomodação Vigência do plano Validade

MARIA DA SILVA A CARVALHO **F**
Nome do Beneficiário NA99 MASTER Rede de Atendimento

G 9999 **H** NÃO REGULAMENTADO NACIONAL **I** 01 **J**
Atend. Plano Abrangência Via

K NÃO HÁ **L** LOREM IPSUM DOLOR AMET CONSECT
Cobertura Parcial Temporária Contratante

M AMBULATORIAL + HOSPITALAR SEM OBSTETRÍCIA + ODONTOLÓGICO
Segmentação Assistencial do Plano

- A** Tipo de contratação:
Individual ou familiar: o cliente contrata o plano na operadora.
Coletivo por adesão: contratação feita por associação profissional ou sindicato.
Coletivo empresarial: a empresa contrata o plano para o colaborador.
- B** Código do cliente.
- C** Tipo de acomodação contratada.
- D** Data em que o beneficiário passou a ter direito ao plano
- E** Data da validade do cartão.
- F** A Rede de Prestadores que o cliente tem direito e o Tipo de Prestador: refere-se ao tipo de prestador que o cliente contratou, conforme classificação do Manual de Intercâmbio Nacional.
- G** Código da Unimed do local de atendimento do cliente.
- H** Descrição do produto contratado.
- I** Abrangência contratada, podendo ser Nacional, Grupo de Estados, Estadual, Grupo de Municípios ou Municipal.
- J** Código da via do cartão.
- K** Data de Término de Vigência da Cláusula de Cobertura Parcial Temporária.
- L** Nome da empresa ou contratante do plano.
- M** Define a amplitude de cobertura assistencial do plano. A segmentação assistencial é categorizada em: referência, hospitalar com obstetrícia, hospitalar sem obstetrícia, ambulatorial, odontológica e suas combinações.



APLICATIVO UNIMED CLIENTE

Faça o download e tenha a sua Unimed sempre com você.

CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO (verso)

Válido somente com apresentação do documento de identidade

N eventuais alterações ocorridas na rede de prestadores poderão ser consultadas no www.unimedxxx.coop.br e no tel. XX-XXXX-XXXX

O **Área de Atuação do Produto:** São Paulo, Guarulhos, Santo André, São Bernardo, São Caetano, Diadema, Mauá, Ribeirão Pires, Mairiporã, Franco da Rocha, Caieiras, Cotia, Barueri, Osasco, Vargem Grande Paulista, Embu das Artes.

NONONONO/NONONO	IMEDIATO	NONONONO/NONONO	00/00/00
NONONONO NONO/NONONO	IMEDIATO	NONONONO NONO/NONONO	00/00/00
NONONO NONONO NO NON	IMEDIATO	NONONO NONONO NO NON	00/00/00
NONONONO NO NONONON	IMEDIATO	NONONONO NO NONONON	00/00/00
NONONO NO NONO	IMEDIATO	NONO NONO NO NONO	00/00/00

P NOME FANTASIA DA ADMINISTRADORA NESSE LOCAL

Q SAC/Informações:
0800 000 000

ANS - nº XXXXXX R

Cód. Prod. ANS: 00000000000000000000
CNS 0000000000000000

www.ans.gov.br

CARTÃO É NUMERADO, NOMINATIVO E INTRANSFERÍVEL

- N** Site e telefone da operadora.
- O** Local onde o cliente pode ter atendimento
- P** Carências que o cliente possui. Em caso de carência já cumpridas, neste local constará a frase: "Sem carências a cumprir".
- Q** Número de telefone do SAC, caso a Unimed possua este serviço.
- R** Registro da Operadora na ANS, conforme Resolução Normativa nº 16.
- S** Código do Produto ANS na Unimed contratada e número do Cartão Nacional da Saúde.

CONFIRA ALGUMAS VANTAGENS DO APLICATIVO UNIMED CLIENTE



Guia Médico Nacional:
Pesquise por um médico, especialidade ou clínica, com o recurso de busca por comando de voz



Cartão virtual:
Acesse seu cartão Unimed em qualquer lugar



Segunda via de boleto:
Emissão de boletos ao alcance de um toque

TIPO DE CONTRATAÇÃO

Individual/ Familiar:

São os planos que possibilitam livre adesão de clientes Pessoa Física, com ou sem o grupo familiar. É o próprio beneficiário quem escolhe as características do plano a ser contratado dentre os produtos com registro ativo na operadora.

Coletivo Empresarial:

São os planos contratados por uma empresa para uma população delimitada e vinculada à Pessoa Jurídica contratante, por relação empregatícia ou estatutária.

Coletivo por Adesão:

São os planos contratados por Pessoa Jurídica de caráter profissional ou classista (sindicatos, associações profissionais, conselhos profissionais e entidades de classe) para seus membros regularmente vinculados.

ABRANGÊNCIA

Abrangência geográfica é a área onde é prestada a cobertura assistencial do plano contratado. Os planos de saúde da Unimed possuem as seguintes abrangências:

Regional: atendimento prestado nos municípios de São Bento do Sul, Rio Negrinho e Campo Alegre.

Unifronteiras: atendimento prestado nos municípios de São Bento do Sul, Rio Negrinho, Campo Alegre e Região Metropolitana de Curitiba.

Estadual: atendimento prestado em todo o estado de Santa Catarina.

Nacional: atendimento prestado em todo o território nacional.

A abrangência geográfica consta no seu cartão Unimed. Em caso de dúvidas, consulte o seu contrato.

*O plano dos dependentes deve seguir o mesmo padrão/tipo do plano escolhido pelo funcionário titular.

COPARTICIPAÇÃO

É o valor pecuniário cobrado do beneficiário através da aplicação de percentual previsto no contrato, calculado sobre os custos das consultas médicas e de puericultura, exames, procedimentos de diagnose, sessões de fisioterapia, fonoaudiologia, acupuntura, psicoterapia, terapia ocupacional, nutrição, oxigenoterapia hiperbárica e sessões com psicólogo, realizados em regime ambulatorial, limitado a um valor máximo por procedimento previsto em contrato.

Nas internações não há coparticipação.

As coparticipações podem ser de 20% ou 50%, ou ainda planos sem coparticipação. Essa condição pode ser consultada no seu contrato.



Todos os valores apurados a título de coparticipação serão cobrados junto com a mensalidade do plano de Saúde.

TIPO DE COBERTURAS

ROL DE PROCEDIMENTOS

Lista de procedimentos médicos (exames, cirurgia, tratamentos etc.) que serve como referência básica para cobertura assistencial conforme cada modalidade de plano de saúde.

Para saber se um procedimento está ou não coberto pelo plano de saúde que adquiriu, o beneficiário poderá consultar a lista no site da ANS (www.gov.br/ans). No caso de dúvidas, ligue para a Unimed para esclarecimentos.

TIPOS DE COBERTURA

Hospitalar: compreende os atendimentos realizados em unidades hospitalares definidos no Rol de Procedimentos da ANS, não incluindo atendimentos ambulatoriais para fins de diagnóstico, terapia ou recuperação, ressalvados os atendimentos caracterizados como de urgência e emergência.

Ambulatorial: compreende os atendimentos realizados em consultórios ou ambulatórios, definidos e listados no Rol de Procedimentos da ANS, incluindo procedimentos cirúrgico-ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não se caracterize como internação hospitalar.

Referência: instituído pela Lei 9656/98 como padrão da assistência médico-hospitalar. Ele abrange o atendimento em consultórios e internações em padrão enfermagem, com direito a parto, a UTI e a todos os exames e tratamentos necessários para diagnosticar ou tratar o problema de saúde, previstos no Rol de Procedimentos médicos instituídos pela ANS.

EXCLUSÃO DE COBERTURA

A exclusão de cobertura depende do tipo de plano e da segmentação contratada (referência, ambulatorial ou hospitalar), conforme prevista no contrato. Os planos de cobertura ambulatorial não têm previsão de cobertura hospitalar.

Todas estas informações podem ser consultadas no instrumento contratual firmado com a Unimed.

O PLANO DE SAÚDE UNIMED COBRE AINDA:

Transporte Terrestre de Urgência: ambulância UTI (quando indicado o transporte entre hospitais).

Fundo de Extensão Assistencial*: na falta do titular do plano, garante aos dependentes cadastrados, atendimento sem a cobrança da mensalidade por tempo determinado, conforme cláusula contratual. A cobrança da coparticipação segue conforme contrato com a Unimed de origem.

* Verifique em seu contrato a previsão deste benefício.

DOENÇAS OU LESÕES PREEXISTENTES

São consideradas doenças ou lesões preexistentes, todas as eventuais doenças ou lesões que o beneficiário saiba ser portador ou sofredor no ato da adesão ao plano de Saúde.

O relato dessas patologias é realizado através de entrevista qualificada por médico avaliador cooperado ou relato expresso do beneficiário, descritos na Declaração de Saúde, de maneira individual, podendo ser acompanhado por médico avaliador, sem qualquer cobrança ao beneficiário.

Sendo constatado a existência de doença ou lesão preexistente que possa gerar eventos cirúrgicos, uso de leitos de alta tecnologia ou procedimentos de alta complexidade, a Unimed oferecerá ao beneficiário, obrigatoriamente, a Cobertura Parcial Temporária, a qual consiste na suspensão pelo prazo ininterrupto de 24 (vinte e quatro) meses dos eventos acima mencionados, exclusivamente para a patologia ou doença preexistente.

Todos os documentos e termos necessários serão firmados junto ao beneficiário antes do início da vigência do contrato, caso haja necessidade, conforme especificações contratuais.

A omissão ou informações falsas na Declaração de Saúde podem caracterizar fraude.

COMO ACESSAR O GUIA MÉDICO?

No Guia Médico é possível localizar os profissionais cooperados e estabelecimentos credenciados da Unimed Planalto Norte.

Você pode acessar o Guia nos seguintes canais:

- **SITE:**

Acesse o site www.unimed.coop.br/planaltonorte

Se você já for cliente, preencha o número do seu cartão Unimed.

Caso não seja cliente, preencha os dados conforme solicitado.

- **APLICATIVO:**

Faça download do aplicativo **Unimed Cliente** utilizando o QR Code abaixo. Após inserir seus dados no aplicativo, você poderá fazer a busca pela especialidade do médico ou estabelecimento desejado.

Android:



IOS:



BAIXE O APP DA CARTEIRINHA VIRTUAL UNIMED

Passo 1: baixar o aplicativo da Unimed Cliente, ele está disponível para Android e IOS.



Passo 2: faça o login. Caso ainda não tenha cadastro, clique em "Novo cadastro".

Com "novo cadastro" criado, você precisa ativar sua conta com o link de verificação enviado para seu e-mail.

Crie seu usuário

Passo 2 de 2

Você precisa verificar sua identidade através do endereço de e-mail para validar sua conta.

Para ativar sua conta, por favor, clique no link enviado por e-mail. Você não recebeu uma confirmação por e-mail? Clique aqui para reenviar.

Após confirmação, seu cadastro será concluído com sucesso!

Confirme seu e-mail

CLIQUE AQUI PARA CONFIRMAR

Pronto! Agora você consegue seguir para o próximo passo.

O seu cadastro foi concluído com sucesso!

Agora você pode acessar os serviços da Unimed com o seu login e senha.

Passo 3: acesse a carteirinha virtual, clicando em "Cartão virtual" e em seguida em "Exibir cartão".



Passo 4: ao abrir sua carteirinha, clique em "QRCode/Token".

Passo 5: no momento da consulta, apresente o código do token destacado.



IMPORTANTE

Ao ser SOLICITADO pela atendente, apresente o token dentro do tempo hábil de validação para dar andamento ao seu atendimento.

Para saber mais ou esclarecer dúvidas, envie um e-mail para contatocliente@upn.unimedsc.com.br

Unimed
Planalto Norte

47 3631 4183

www.unimed.coop.br/planaltonorte





FIQUE ATENTO

Temos um **novo número** para autoatendimento.

Agora, a Unimed Planalto Norte conta com o **novo número de WhatsApp**, aproveite as vantagens.

CONFIRA AS FUNCIONALIDADES:

- > Segunda via de boleto
- > Extratos de coparticipação
- > Solicitação e Status de Autorizações
- > Guia Médico
- > Novos Planos
- > Informações e agendamentos nos recursos próprios da Unimed
- > Solicitação de alteração de endereço

Autoatendimento Unimed Planalto Norte:

 **0800 644 0207**

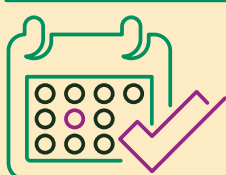
CONSULTAS MÉDICAS

Escolha o profissional de sua preferência e agende sua consulta. No dia e hora marcados, compareça com os seguintes documentos:

- Cartão de Identificação (carteirinha Unimed);
- Carteira de Identidade da pessoa a ser atendida;
- Quando o paciente for menor de idade, deverá comparecer à consulta acompanhado de um responsável. Caso o beneficiário não tenha Carteira de Identidade, deverá ser apresentada a Carteira de Identidade da pessoa que está acompanhando o menor.

Leve os exames e receitas recentes para a consulta, mesmo que tenham sido solicitados por outro médico ou em outro município, isso agiliza e facilita o seu atendimento.

As consultas médicas não necessitam de prévia autorização da Unimed.



Se por algum motivo você não puder comparecer à consulta marcada, cancele-a com antecedência para não prejudicar o médico e outro paciente.

Lembre-se, o prazo de retorno de consulta é uma definição do médico assistente.

ATENÇÃO

Assine apenas uma guia por vez.



EXAMES

Os exames complementares serão solicitados pelo seu médico. Alguns exames e procedimentos necessitam de autorização prévia, principalmente quando efetuados fora da região (verifique com seu médico ou entre em contato com a Unimed).

Se houver necessidade de autorização, dirija-se antecipadamente à Unimed ou peça orientação ao setor responsável de sua empresa.

As autorizações podem ser solicitadas:

- Por e-mail: autorizacao@upn.unimedsc.com.br
- Por WhatsApp **0800 644 0207** (horário comercial)

Contendo os seguintes dados: *

- Solicitação digitalizada do médico cooperado;
- Código da carteirinha do cliente;
- Local onde será realizado o exame ou procedimento.

* com no mínimo 15 dias de antecedência.



- Procure marcar horário com antecedência.
- Leve a guia de solicitação devidamente autorizada, sua carteirinha da Unimed e a Carteira de Identidade.
- Não assine a guia sem o devido preenchimento.

As guias têm validade de 60 (sessenta) dias a partir da data de sua autorização.

INTERNAÇÕES E CIRURGIAS

Todas as internações e cirurgias requeridas pelo médico devem ser previamente autorizadas na Unimed. As solicitações têm validade de 60(sessenta) dias da data de sua autorização.

Os atendimentos considerados de urgência e emergência não necessitam de autorização prévia da Unimed. O prestador providenciará a autorização diretamente com a Unimed.

A acomodação será de acordo com o plano contratado, podendo ser:

Individual: em apartamento standart com banheiro privativo e com direito a um acompanhante.

Coletivo: em enfermaria, com direito a um acompanhante quando se tratar de pacientes menores de 18 anos e a partir de 60 anos.

*Verifique no seu cartão Unimed a acomodação prevista no seu plano de saúde.

CARÊNCIA

Carência é o período que se deve aguardar para se iniciar a utilização do plano, conforme previsto pela ANS:

Urgência / Emergência	24 horas
Consultas Médicas / Exames: Laboratoriais, Anatomopatológicos e Citológicos, Raio - x Simples e Contrastados, Eletrocardiograma, Eletroencefalograma, Ultra-sonografia	30 dias
Consultas / Sessões de Fisioterapia	90 dias
Parto a Termo / Cesariana	300 dias
Consultas / Sessões com: Fonoaudiólogo, Terapeuta Ocupacional, Psicólogo, Nutricionista e Psicoterapia Internações Clínicas e Cirúrgicas, Psiquiatria, Órteses e Próteses Cirúrgicas, UTI, Transplante de Córnea e Rim, Cirurgia Cardíaca, Quimioterapia, Radioterapia, Litotripsia e todas as demais coberturas	180 dias

PRAZOS PARA ATENDIMENTO

A ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) estabelece, por meio das resoluções normativas 259 e 268, a obrigatoriedade das operadoras garantirem o atendimento de consultas eletivas, procedimentos e internações nas áreas de abrangência do plano.

Caso você tenha dificuldade de acesso aos serviços de saúde, entre em contato com um de nossos canais de atendimento, indicados neste manual. Confira abaixo os prazos para atendimento:

Serviços	Prazo máximo de atendimento
Consulta básica - pediatria, clínica médica, cirurgia geral, ginecologia e obstetrícia	7 dias úteis
Consulta nas demais especialidades	14 dias úteis
Consulta/sessão com fonoaudiólogo	10 dias úteis
Consulta/sessão com nutricionista	10 dias úteis
Consulta/sessão com psicólogo	10 dias úteis
Consulta/sessão com terapeuta ocupacional	10 dias úteis
Consulta/sessão com fisioterapeuta	10 dias úteis
Consulta e procedimentos realizados em consultório/clínica com cirurgião-dentista	7 dias úteis
Serviços de diagnóstico por laboratório de análises clínicas em regime ambulatorial	3 dias úteis
Demais serviços de diagnóstico e terapia em regime ambulatorial	10 dias úteis
Procedimento de alta complexidade (PAC)	21 dias úteis
Atendimento em regimento hospital-dia	10 dias úteis
Atendimento em regime de internação eletiva	21 dias úteis
Urgência e emergência	Imediato
Consulta de retorno	A critério do profissional responsável pelo atendimento

REEMBOLSO DE DESPESAS

O reembolso das despesas médicas será realizado nas seguintes condições:

- atendimento de urgência ou emergência, quando não exista rede credenciada na cidade ou região onde o beneficiário se encontre;
- quando o agendamento do procedimento ou atendimento não cumpra os prazos estipulados pela Resolução Normativa 259 e 268 da ANS, desde que a operadora de saúde seja previamente informada e tenha esgotada as opções de agendamento com rede credenciada, via setor de Relacionamento com o Cliente ou SAC (0800 644 0207).

A solicitação de reembolso deverá ser realizada junto ao Setor de Relacionamento com o Cliente.



O período para solicitação de reembolso com apresentação de nota fiscal/recibo é de no máximo 1 (um) ano após execução do serviço/procedimento.

INCLUSÃO DE BENEFICIÁRIOS

INCLUSÃO EM PLANO INDIVIDUAL/ FAMILIAR E PLANO COLETIVO POR ADESÃO

São considerados dependentes do titular para fins de inclusão no plano de saúde:

- Cônjuge, companheira ou companheiro, com união estável, sem eventual concorrência;
- Filhos solteiros até 24 (vinte e quatro) anos;
- Enteados solteiros até 24 (vinte e quatro) anos;
- Criança ou adolescente solteiros até 24 (vinte e quatro) anos;
- Filhos incapazes.

INCLUSÃO EM PLANO COLETIVO EMPRESARIAL

Respeitando a decisão da Pessoa Jurídica contratante sobre a eventual inclusão, serão considerados dependentes do titular no plano de saúde:

- Cônjuge, companheira ou companheiro, com união estável, sem eventual concorrência;
- Filhos solteiros até o limite de idade estabelecido pela empresa máximo 24 (vinte e quatro) anos;
- Enteados solteiros até o limite de idade estabelecido pela empresa máximo 24 (vinte e quatro) anos;
- Enteados solteiros até o limite de idade estabelecido pela empresa máximo 24 (vinte e quatro) anos, sob a guarda ou tutela do beneficiário titular por força de decisão judicial;
- Filhos incapazes.

EXCLUSÃO DE BENEFICIÁRIOS

CANCELAMENTO/EXCLUSÃO A PEDIDO DO BENEFICIÁRIO

Plano Individual/ Familiar:

O cancelamento do contrato ou a exclusão de dependente terá efeito imediato mediante a solicitação do beneficiário titular, através dos canais de atendimento listados abaixo:

- Presencial – Avenida Dom Pedro II, 373 – Centro
CEP 89280-136 – São Bento do Sul – SC
- Telefone: 47 3631 4183
- SAC 0800 644 0207

Vale destacar que o cancelamento imediato se refere apenas aos contratos que foram acordados após 1º de janeiro de 1999, ou adaptados à Lei nº 9.656, de 1998.

Plano Coletivo por Adesão:

O beneficiário titular deve solicitar à Operadora ou à Pessoa Jurídica Contratante (sindicatos, associações profissionais, conselhos profissionais e entidades de classe) sua exclusão ou exclusão de dependente.

Quando a solicitação ocorrer para a Pessoa Jurídica Contratante, esta deverá cientificar a Operadora em até 30 (trinta) dias após o pedido do beneficiário. A exclusão terá efeito imediato a partir da data de ciência da Operadora.

Plano Coletivo Empresarial:

O beneficiário titular deve solicitar à empresa contratante sua exclusão ou exclusão de dependente.

A Pessoa Jurídica contratante deve cientificar a Operadora em até 30 (trinta) dias após o pedido do beneficiário.

A exclusão terá efeito imediato a partir da data de ciência da Operadora.

REAJUSTE

O reajuste das mensalidades e os valores máximos de coparticipação (valores disponíveis em seu contrato) serão reajustados a cada 12 (doze) meses na data de aniversário do contrato, de acordo com a legislação competente e mediante aprovação prévia da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

Todas estas informações podem ser consultadas no instrumento contratual firmado com a Unimed.

O percentual de reajuste aplicado bem como novos valores de mensalidades serão comunicados previamente aos beneficiários.



Reajuste por faixa etária

As mensalidades do seu plano de Saúde serão automaticamente reajustadas em razão da idade do beneficiário, no mês seguinte ao de seu aniversário, de acordo com os parâmetros definidos em contrato firmado com a Unimed.

PORTABILIDADE DE CARÊNCIAS

É o direito que o beneficiário de plano de saúde tem de mudar de plano e/ou de Operadora.

QUEM TEM DIREITO A PEDIR A PORTABILIDADE?

Todo o beneficiário de plano de saúde poderá realizar a portabilidade de carências, respeitando o tempo mínimo de permanência no plano: na primeira portabilidade, mínimo de dois anos no plano de origem (três anos se tiver cumprido cobertura parcial temporária); para portabilidades seguintes, mínimo de um ano de permanência no plano de origem ou mínimo de dois anos se o beneficiário mudar para um plano com coberturas, não previstas no plano de origem.

O QUE É PORTABILIDADE ESPECIAL DE CARÊNCIAS?

É o direito que o beneficiário possui de mudar de plano privado dispensado do cumprimento de período de carência na hipótese de cancelamento do registro da operadora de seu plano de origem ou diante da liquidação extrajudicial da empresa. Nesses casos, não se aplica a regra de compatibilidade por faixa de preço e não é necessário ter cumprido prazo mínimo de permanência no plano de origem. A portabilidade especial também vale para os beneficiários que tiveram o contrato cancelado (pela operadora ou por iniciativa própria) até 60 dias antes da concessão da portabilidade pela ANS.

PORTAL DE INFORMAÇÃO DO BENEFICIÁRIO DA SAÚDE SUPLEMENTAR – PIN-SS

Em atendimento à Resolução Normativa nº 389/2015, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), disponibilizamos o Portal de Informações do Beneficiário da Saúde Suplementar – PIN-SS.

Neste espaço, são disponibilizadas informações importantes aos beneficiários, que têm à sua disposição o componente cadastral dos planos e o componente de utilização. O acesso a essas informações é restrito e os dados só poderão ser visualizados com o uso de login e senha, que é pessoal e intransferível.

Para visualizar as suas informações, faça login com o código do seu cartão e senha.

Para consultar informações referentes à rede credenciada da sua operadora de planos de saúde acesse www.unimed.coop.br/planaltonorte

FAÇA SEU CADASTRO INDIVIDUALIZADO PELO LINK A SEGUIR:



<https://sic.upn.unimedsc.com.br/>

Acesse o link ou direcione a câmera do celular para o QRCode ao lado.

CONVÊNIOS E DESCONTOS

O Meu Clube Unimed SC oferece benefícios e convênios exclusivos para os clientes das Unimed's que compõem o Sistema Unimed em Santa Catarina, em diversos estabelecimentos.

Cada parceiro tem uma mecânica própria para beneficiar nossos participantes. Em algumas lojas físicas, será necessário apresentar um voucher ou identificação no momento da compra ou no primeiro contato com o consultor comercial.

Nas lojas virtuais, para usar os descontos será necessário utilizar o código de desconto disponibilizado na descrição da oferta ou através dos links exclusivos.

Acesse: www.meuclubeunimedsc.com.br



Veja como é fácil se cadastrar no **Clube Unimed SC**

- 1** Acesse o site do clube de vantagens e clique em "Cadastro".
- 2** Preencha o formulário com os seus dados pessoais e o número do seu CPF, sem pontos e traço.
- 3** Finalize clicando no botão **Cadastro**

Agora aproveite os **mais de 200 parceiros** com benefícios exclusivos para você.

meuclubeunimedsc.com.br



Aproveite até **60% OFF**

em cinemas, produtos e serviços



Acesse e confira meuclubeunimedsc.com.br

Meu Clube Unimed SC

Acesse e confira meuclubeunimedsc.com.br

Unimed **Meu Clube Unimed SC**

Unimed - Associação de Medicina Sem Fim - Santa Catarina

ANS - nº 317012

CONVÊNIO E DESCONTOS

FarmaSesi: descontos de até 30% de em medicamentos genéricos e de até 25% nos demais medicamentos.*

* Válido para Farmácias Sesi em São Bento do Sul/SC e Rio Negrinho/SC. Necessário apresentar carteirinha Unimed e documento com foto.

Drogaria Catarinense: descontos de no mínimo 35% em medicamentos genéricos e mínimo de 20% de desconto nos demais medicamentos.

*Oferta válida com apresentação de carteirinha Unimed e documento com foto. Exceto Farmácias de Manipulação.

CANAIS DE ATENDIMENTO

PORTAL UNIMED

Faça seu cadastro no site www.unimed.coop.br/planaltonorte no canal do beneficiário e tenha acesso as informações do seu plano:

Componente de Utilização dos Serviços

Atualização Cadastral

Tabela de Coparticipação

Notícias de saúde e bem estar

APLICATIVO UNIMED CLIENTE

Tudo o que o cliente Unimed precisa em um único app.

Guia Médico com comando de voz, Cartão Virtual,
2ª via de boleto, Extrato de coparticipação e muito mais.



SAC 24h

Clientes com necessidades auditivas
e de fala devem acessar o site:

www.unimed.coop.br/planaltonorte

0800 644.0207

Ouvidoria

Unimed Planalto Norte

O seu canal de relacionamento

ouvidoria@unimedsc.com.br

0800 643.3060

Unimed 
Planalto Norte



Membro da Aliança
Cooperativa Internacional

ANS nº 317012

GLOSSÁRIO

ANS: Agência Nacional de Saúde Suplementar, órgão governamental, regulador de planos privados de assistência a saúde.

BENEFICIÁRIO: Pessoa Física que usufruirá dos serviços contratados, seja na qualidade de titular ou dependente.

CARÊNCIA: é o período a partir da data de contratação ou adesão ao plano, em que a cobertura contratual fica suspensa, ou seja, o beneficiário não pode usufruir de determinado atendimento.

As coberturas serão asseguradas após o término do prazo de carências estabelecido.

COBERTURAS E PROCEDIMENTOS

GARANTIDOS: é o conjunto de procedimentos ao qual 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 que tem direito.

CÓDIGO INTERNACIONAL DE DOENÇAS (CID): é a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, revisado periodicamente pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

CONTRATAÇÃO: determina se o plano é destinado à pessoa física ou jurídica. A contratação pode ser individual/familiar, coletivo por adesão ou coletivo empresarial.

DIRETRIZES DE UTILIZAÇÃO (DUT): são os critérios definidos pela ANS que devem ser atendidos pelos beneficiários para a obrigatoriedade de cobertura de alguns procedimentos listados no Rol de Procedimentos.

DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES (DLP): são aquelas existentes antes da contratação do plano de saúde e que o beneficiário ou seu responsável tenha conhecimento de ser portador.

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

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

EXCLUSÕES DE COBERTURAS: é o conjunto de procedimentos ao qual o beneficiário não tem direito, previsto na legislação de saúde suplementar, conforme a segmentação assistencial do plano contratado.

HOSPITAIS E SERVIÇOS DE ALTO CUSTO E TABELA PRÓPRIA: são hospitais, clínicas e laboratórios que possuem tabela de preços de Honorários Médicos e SADT acima dos valores praticados pela rede básica e não possuem cobertura contratual para os planos comercializados pela Unimed Planalto Norte.

INTERCÂMBIO: são atendimentos realizados fora da área de abrangência da Unimed de origem, ou seja, da Unimed em que o cliente possui um contrato assinado.

PLANO: é o produto contratado conforme registro na Agência Nacional de Saúde Suplementar;

ROL DE PROCEDIMENTOS: Procedimentos listados pela ANS de cobertura mínima obrigatória a ser garantida pelas operadoras de plano privado de assistência à saúde de acordo com a segmentação contratada, que foram acordados após 1º de janeiro de 1999 ou que foram adaptados à Lei nº 9.656, de 1998.

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.

SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA (SADT): modalidade de prestação de serviços com o objetivo de esclarecer o diagnóstico ou realizar procedimento terapêutico específico.

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

ACIDENTE PESSOAL: É o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só e independente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte ou a invalidez permanente total ou parcial do beneficiário.

MÉDICO ASSISTENTE: é o profissional médico responsável pelo paciente e seus tratamentos.

PERÍCIA MÉDICA: atribuição privativa do médico que visa a definir o nexo de causalidade (causa e efeito) entre: a doença ou lesão e a morte (definição da causa mortis); a doença ou sequela de acidente e a incapacidade ou invalidez física e/ou mental; o acidente e a lesão; a doença ou acidente e o exercício da atividade laboral; a doença ou acidente e a sequela temporária ou permanente; o desempenho de atividade e os riscos para si e para terceiros.

JUNTA MÉDICA OU ODONTOLÓGICA: equipe formada por profissionais médicos ou cirurgiões-dentistas para avaliar a adequação da indicação clínica do profissional assistente que foi objeto de divergência técnico-assistencial pelo profissional da operadora.