



Manual do Cliente

Onde tem Unimed, tem
**presença que
transforma**

Como usar o Plano de Saúde

Unimed
Fronteira
Noroeste/RS





SUMÁRIO

Essência Unimed	3
Política ambiental, social e de governança - ASG	4
Privacidade e proteção de dados	5
Boas-vindas	6
Unimed Fronteira Noroeste/RS	7
Cartão de identificação	8
Guia médico	9
Como agendar uma consulta?	11
Como realizar procedimentos e exames?	11
Quais os prazos para atendimento?	12
Quais os prazos para liberação das solicitações?	13
Coberturas	13
Carências	13
Cobertura parcial temporária (CPT)	14
Serviços e coberturas adicionais	14
Remissão (PEA)	14
Remoção aérea	14
Planos de saúde	15
Em relação a área de abrangência geográfica	15
Segmentação (cobertura assistencial)	15
Formação do preço	16
Em relação a regulamentação	16
Em relação às acomodações	16
Em relação a coparticipação	17
Reajustes	17
Em relação a idade	18
Reembolso	18
Inclusões e exclusões	20
Plano empresarial: demitidos/aposentados	21
Direitos do aposentado que continua trabalhando na mesma empresa ou grupo empresarial	23
Portabilidade de carências	23
Canais de comunicação	25



ESSÊNCIA UNIMED

Crenças

A vida é o bem maior do ser humano.
A vida boa deve ser possível para todos.
Saúde é condição essencial para uma vida boa.
A vida só acontece na cooperação, na natureza e em sociedade.

Propósito

Promover saúde e qualidade de vida em nossas cidades por meio do cooperativismo médico e do conhecimento em saúde para que o maior número de pessoas possível possa viver mais e melhor.

Princípios

-  Atratividade para médicos
-  Pessoas
-  Sustentabilidade
-  Conhecimento
-  Visão Sistêmica
-  Inovação
-  Agilidade
-  Princípios Cooperativistas

Valores

-  Integridade
-  Respeito
-  Solidariedade
-  Espírito Cooperativista

Visão 2026 <<<<<<

Ser **excelente** nas práticas de **governança e gestão**, com foco na **saúde integral e resolutiva**, provendo **produtos e serviços rentáveis** e assegurando a **gestão eficiente dos custos**.



Política Ambiental, Social e de Governança – ASG

Para a Unimed Fronteira Noroeste/RS, o compromisso com a sustentabilidade é inerente ao negócio e está pautado nas dimensões Ambiental, Social, Econômica e Governança, bem como, no Planejamento Estratégico da cooperativa. Esse posicionamento está presente em todas as atividades e ações desenvolvidas, em nosso cuidado com os públicos de relacionamento, nas diretrizes que orientam nossas condutas, em nossas decisões e na nossa Essência.



É com esse entendimento que a atual política visa **consolidar princípios para a gestão e a atuação da cooperativa em busca do desenvolvimento sustentável.**

Na busca por uma atuação alinhada à sustentabilidade e que permita o alcance da visão corporativa, as diretrizes foram desenvolvidas para contribuir com os três pilares principais e globais da sustentabilidade: ambiental, social e de governança (ASG).



Direcione a câmera do
seu celular
para o QR CODE
e saiba mais!



Privacidade e Proteção de Dados

A Unimed Fronteira Noroeste/RS entende que a conformidade com a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD) vai além de uma exigência legal: trata-se de um compromisso essencial que permeia todos os níveis da Cooperativa. O respeito aos dados pessoais sempre foi e continuará sendo uma prioridade para a Unimed. Nesse sentido, a LGPD reforça esse compromisso, consolidando práticas de gestão já adotadas e oferecendo a base legal que sustenta nossas ações.

A coleta e o tratamento dos dados pessoais têm como finalidade viabilizar o cumprimento do contrato do plano assistencial, apoiar o desenvolvimento das atividades e promover a saúde, sempre com foco na qualidade do atendimento e na satisfação de nossos clientes. Para garantir a segurança e a confidencialidade das informações tratadas, adotamos medidas técnicas e administrativas rigorosas, em conformidade com a legislação aplicável, em especial a LGPD.

Nossa Política de Privacidade e Proteção de Dados está disponível em nosso site e também por meio do QR Code abaixo. Nesse documento, apresentamos de forma clara as principais informações sobre como tratamos seus dados pessoais.

Em caso de dúvidas ou para mais informações, estamos à disposição por meio dos seguintes canais de atendimento:

Telefone/WhatsApp: (55) 3512-5424

E-mail: unimed@unimed-fno.com.br

Site: <https://www.unimed-fno.com.br>



Direcione a câmera do
seu celular
para o QR CODE
e saiba mais!



Boas-Vindas

Prezado(a) Beneficiário(a),

É com muita satisfação que recebemos você na Unimed Fronteira Noroeste/RS. Nos preocupamos com a sua saúde, o seu bem-estar e a sua vida.

Para sua comodidade e com a finalidade de prestarmos um melhor atendimento, elaboramos este manual para orientá-lo sobre como proceder na utilização do seu plano. Neste manual você encontrará orientações em relação a itens contratuais, mecanismos de regulação (financeiros e não financeiros), canais de atendimento, reembolso de despesas, reajustes das mensalidades e outros assuntos.

Para que você tenha o máximo de tranquilidade e segurança leia-o atentamente. Em caso de dúvidas relacionadas ao seu plano, estamos à disposição para lhe atender através dos canais de atendimentos informados no final deste manual. Teremos muito prazer em atendê-lo!



Unimed Fronteira Noroeste/RS

A Unimed Fronteira Noroeste/RS tem a satisfação de relatar os avanços e conquistas ao longo destes 54 anos de trabalho. Inaugurada em 18 de junho de 1972, como Unimed Grande Santa Rosa por 33 médicos pioneiros.

A participação efetiva dos médicos cooperados contribuiu para que a estrutura atual tenha no seu quadro mais de 140 médicos cooperados e cerca de 150 colaboradores.

Nessa extensa caminhada, a Unimed Fronteira Noroeste/RS atravessou gerações, se reinventou a cada dificuldade, enfrentou desafios, superados pelo apoio de cooperados, pelas boas práticas de governança dos dirigentes, pela dedicação dos colaboradores e sobretudo, pela confiança demonstrada pelos nossos beneficiários.

O seu firme desempenho, seu excelente trabalho realizado e a sua inserção social e econômica, credenciaram-na como agente de desenvolvimento na região Fronteira Noroeste do Rio Grande do Sul.



Cartão de Identificação

A Unimed Fronteira Noroeste/RS fornece aos seus beneficiários o cartão de identificação referente ao plano assistencial contratado, com prazo de validade, e cuja apresentação deverá ser acompanhada do documento de identidade, assegurando dessa forma, os direitos e as vantagens dos seus planos assistenciais.

É obrigação dos beneficiários a devolução dos Cartões de Identificação fornecidos na hipótese de exclusão ou rescisão contratual por qualquer uma das partes.

O uso indevido é proibido e, de acordo com a gravidade da situação ocorrida, estará sujeito às consequências previstas em lei. O cartão possui especificações importantes que o Sistema Unimed irá identificar durante os atendimentos, conforme as imagens a seguir.

Frente e Verso

Saiba identificar seu cartão da Unimed:

- 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.
- Data da validade do cartão.
- 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.
- Site e telefone da operadora.
- Registro da Operadora na ANS conforme resolução normativa nº 16.
- Cartão Nacional Saúde



Cuidados com o Cartão

Para ser atendido, é necessário que você apresente o seu cartão Unimed, juntamente com um documento pessoal com foto (aceito em todo território brasileiro). O cartão também está disponível, de forma virtual, no aplicativo Unimed (confira o manual do APP disponível em nosso site ou na pg. 24).

Verifique as informações relativas às carências e de cobertura parcial temporária impressas no verso do seu cartão.

Mantenha seus dados de cadastro atualizados, também pelo aplicativo Unimed (pg. 24).

Em caso de dúvidas, contate a Central de Atendimentos, informada no verso do seu cartão Unimed, (55) 3512-5424.

Guia Médico

O que é?

Pensando no bem-estar, comodidade e praticidade em seus resultados, o guia médico está disponível de forma on-line no aplicativo e no site.

O principal objetivo da ferramenta é entregar informações atualizadas quinzenalmente aos beneficiários/contratantes.

Esta melhoria visa facilitar a busca pela Rede Credenciada, sem a necessidade de locomoção até a Cooperativa/Operadora.

Como acessar?

Acesse o Aplicativo Unimed:

Opção 1: Direcione sua câmera para o QR CODE:



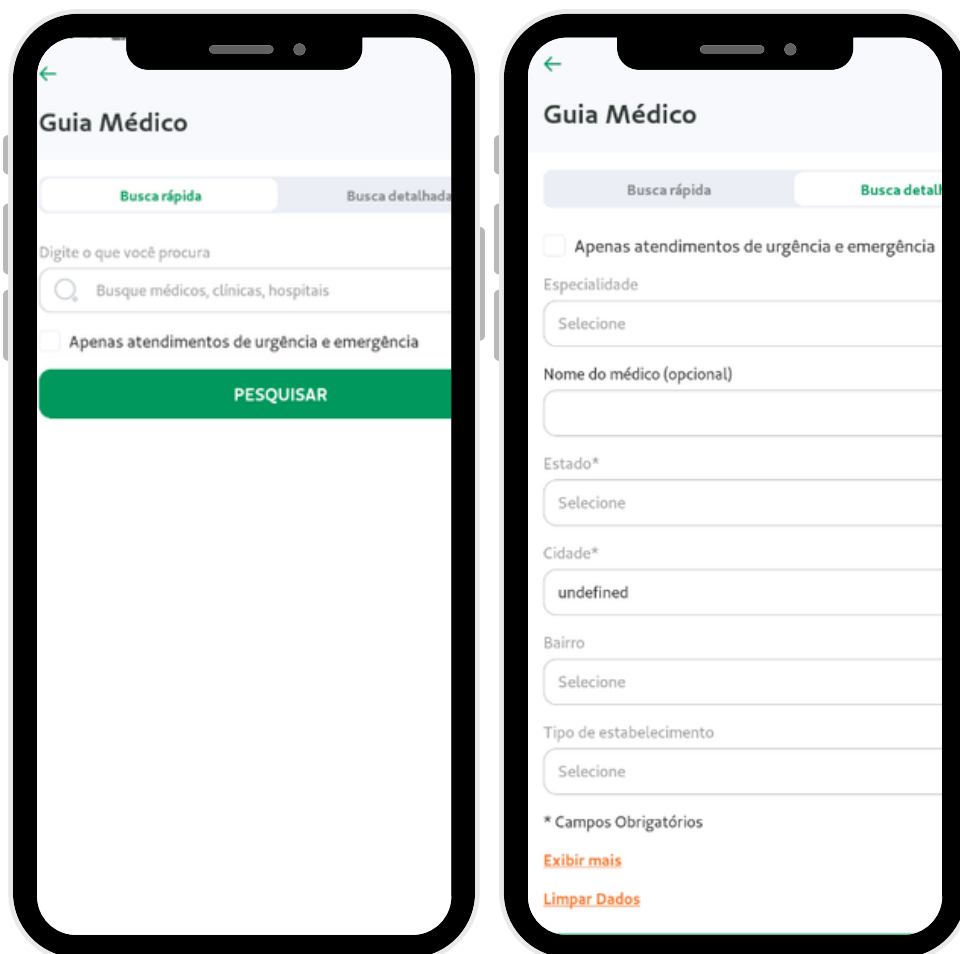
Acesse o site:

Opção 1: Direcione sua câmera para o QR CODE:



Opção 2: Coloque o link no navegador do seu celular ou computador:
<https://www.unimed-fno.com.br/>

No App Unimed



No Site

1º Acesse o site:

Coloque o link no navegador do seu celular ou computador:

<https://www.unimed-fno.com.br/>

2º Pesquisa:

A opção de busca detalhada possibilita a inclusão de dados (Especialidade, Estado e Cidade), para realizar a busca dos profissionais mais próximos.

Após clique em "pesquisar" para obter os resultados.





Como agendar uma consulta?

Para agendar uma consulta eletiva, é necessário acessar o guia médico para procurar o profissional de sua preferência e agendar seu horário.

Ao consultar um médico pela primeira vez, sempre que possível, leve os exames já realizados. Em caso de dificuldade para agendar sua consulta, contamos com uma Central de Agendamentos para auxiliá-lo, disponível por telefone ou WhatsApp pelo número (55) 3512-5424.

Como realizar procedimentos e exames?

Os exames e procedimentos serão autorizados pela Unimed de acordo com a cobertura contratada.

Para os contratos regulamentados/adaptados à Lei 9.656/98, o atendimento será realizado de acordo com os procedimentos determinados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento. Para os contratos anteriores à Lei 9.656/98 o atendimento será realizado de acordo a regra contratual.

Destacamos ainda que, as solicitações de autorização poderão ser analisadas por auditoria médica, e sempre que persistir uma divergência médica pode ser solicitada uma terceira opinião, escolhida em comum entre a operadora e o médico assistente.

Alguns procedimentos e exames necessitam de autorização prévia, que devem ser solicitadas através dos seguintes canais:

Presencial: Nas unidades de atendimento/autorizações Unimed.

Digital:



autorizacoes@unimed-fno.com.br



(55) 3512-5424 - (Autorizações)



Direcione a câmera do seu celular para o QR CODE.

Lembre-se: é importante ter o pedido médico em mãos, devidamente preenchido e assinado pelo médico solicitante, assim como o cartão de identificação e documento de identidade.





Quais os prazos para atendimento?

Com o objetivo de garantir a qualidade e a agilidade do seu atendimento dentro dos prazos estipulados por normativas vigentes, é fundamental que você apresente a documentação necessária quando solicitada.

Esses prazos valem para os atendimentos a serem realizados por um dos profissionais ou estabelecimentos de saúde da rede credenciada ao convênio, na especialidade necessária, e não para o atendimento por um profissional ou estabelecimento específico, da preferência do beneficiário.

Cabe destacar que, para a realização de atendimentos dentro dos prazos estabelecidos pela Resolução Normativa nº 566/2022 da ANS, é necessário que os períodos de carência previstos em seu contrato já tenham sido cumpridos.

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

SERVIÇOS	PRAZOS MÁXIMOS DE ATENDIMENTO (EM DIAS ÚTEIS)
Consulta básica – pediatria, clínica médica, cirurgia geral, ginecologia e obstetrícia	07
Consultas nas demais especialidades	14
Consulta/sessão com fonoaudiólogo	10
Consulta/sessão com nutricionista	10
Consulta/sessão com psicólogo	10
Consulta/sessão com terapeuta ocupacional	10
Consulta/sessão com fisioterapeuta	10
Serviços de diagnóstico por laboratório de análises clínicas em regime ambulatorial	03
Demais serviços de diagnóstico e terapia em regime ambulatorial	10
Procedimentos de alta complexidade (PAC)	21
Atendimento em regime hospitalar/dia	10
Atendimento em regime de internação eletiva	21
Urgência e Emergência	Imediato
Consulta de retorno	A critério do profissional responsável pelo atendimento





Quais os prazos para liberação das solicitações?

Conforme previsto na Resolução Normativa nº 623/2024 da ANS, os prazos de resposta conclusiva das operadoras a solicitações dos beneficiários são os seguintes:

TIPO DE SOLICITAÇÃO	PRAZO DE RESPOSTA PELA OPERADORA
Urgência e emergência	Imediato
Solicitação assistencial em geral, (SADT) quando não for possível resposta imediata	até 5 dias úteis
Procedimentos eletivos que demandam autorização (internações e procedimentos de alta complexidade)	até 10 dias úteis
Solicitação não assistencial contratual— mensalidade, reajuste, cláusulas contratuais etc.	até 7 dias úteis

Coberturas

Para os planos assistenciais “não-regulamentados” (contratos firmados antes de 02/01/1999, ou seja, antes da vigência da Lei 9656/98), a cobertura e suas limitações estão definidas no próprio contrato.

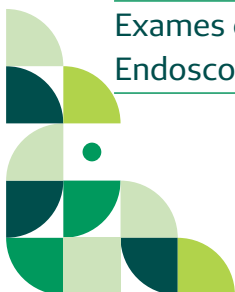


No caso dos planos assistenciais “regulamentados”, a cobertura é aquela prevista no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do atendimento, de acordo com o segmentado contratado (plano referência, obstetrícia, ambulatorial, hospitalar e suas combinações).

Carências

Quando previsto o cumprimento de carências, estas serão contadas a partir da data de início de vigência do contrato ou da adesão ao plano.

PROCEDIMENTOS	CARÊNCIA
Urgência e Emergência	24 horas
Consultas Médicas	30 dias
Exames simples (patologia clínica-laboratorial). Exemplos: hemograma, colesterol, etc...	30 dias
UNIAIR - Transporte aeromédico (urgência/emergência)	45 dias
Sessões de fonaudiologia, nutrição, psicoterapia e terapia ocupacional	180 dias
Exames especializados (Ex.: Raio-X, Retinografias, Ecografias, Endoscopias, Mamografias, etc)	180 dias





Exames de alta complexidade (Ex.: Tomografia Computadorizada, PET-SCAN, Cintilografia, Ressonância Magnética)	180 dias
Quimioterapia e Radioterapia (quando não caracterizarem doenças ou lesões preexistentes)	180 dias
Vasectomia e Laqueadura Tubária (cfe. Lei do Planejamento Familiar)	180 dias
Procedimentos Ambulatoriais	180 dias
Internações hospitalares (clínica, cirúrgica ou UTI/UTIP)	180 dias
Internações Psiquiátricas	180 dias
Internações obstétricas (parto normal ou cesariana)	300 dias
Doenças ou Lesões Preexistentes	24 meses

* Os prazos de carências poderão alterar conforme cada contrato (coletivo).

Cobertura Parcial Temporária (CPT)

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 ficará 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, contado, de sua adesão ao contrato. Confira a cartilha da ANS no link: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/consumidor/cobertura-parcial-temporaria-cpt-para-doencas-e-lesoes-preexistentes>

Serviços e Coberturas Adicionais

A Unimed disponibiliza para seus contratantes/beneficiários as seguintes coberturas adicionais:

Remissão (PEA)

Em caso de falecimento do titular, os beneficiários inscritos como dependentes terão direito aos mesmos serviços previstos no contrato original, sem ônus pecuniário, por período e condições determinados contratualmente.

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, atendendo as condições do regulamento deste serviço.



Planos de Saúde

Informações em relação aos tipos de contratação:

Individual ou Familiar:

Possibilita livre adesão de consumidores pessoa física.

Coletivo por Adesão:

Aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população que mantenha vínculo com pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou setorial, como: sindicatos, associações, cooperativas e fundações.

Coletivo Empresarial:

Permite cobertura da atenção prestada à população delimitada vinculada à pessoa jurídica por relação empregatícia ou estatutária (servidores públicos no regime da Lei 8.112/90 e leis congêneres).

Em relação a área de abrangência geográfica:

Regional:

Cobertura nos 13 municípios da área de atuação da Unimed Fronteira Noroeste/RS, composta pelos seguintes municípios: Alecrim, Campina das Missões, Cândido Godói, Horizontina, Novo Machado, Porto Mauá, Porto Lucena, Porto Vera Cruz, Santa Rosa, Santo Cristo, São Paulo das Missões, Tucunduva e Tuparendi.

Estadual:

Cobertura em todos os municípios do estado do Rio Grande do Sul, através do sistema estadual Unimed.



Nacional:

Cobertura em todo o território brasileiro, através do sistema nacional Unimed.

Segmentação (cobertura assistencial)

Ambulatorial:

Garante a prestação de serviços de saúde, que compreende consultas médicas em clínicas ou consultórios, exames, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais.



Ambulatorial + Hospitalar + Obstetrícia:

Além do regime de internação hospitalar, também está incluída a atenção ao parto. É garantida, ainda, a cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo, do contratante ou de seu dependente, durante os primeiros 30 dias após o parto.

Plano Referência:

Instituído pela Lei nº 9.656/98, o plano Referência engloba assistência médico-ambulatorial e hospitalar com obstetrícia e acomodação em enfermaria. Sua cobertura assistencial também foi estabelecida pela Lei, devendo o atendimento de urgência e emergência ser integral após as 24 horas da sua contratação.

Fonte: ANS

Formação do Preço

Pré-pagamento (pré-estabelecido):

Quando o valor da mensalidade é calculado antes da utilização da cobertura contratada.

Pós-pagamento em custo operacional (pós-estabelecido)

Quando o valor da mensalidade é calculado após a utilização da cobertura contratada e o total de despesas é repassado à pessoa jurídica contratante.

Em relação à regulamentação:

Regulamentados/Adaptados:

Contratos firmados a partir de 02/01/1999, depois da vigência da Lei 9.656 ou adaptados pela referida lei.

Não-Regulamentados/Não adaptados:

Contratos firmados antes do início da vigência da Lei 9.656/98 ou não adaptados pela referida lei.

Em relação às acomodações:

Individual:

Internação em quarto com 01 leito e banheiro.

Coletiva:

Internação em quarto com 02 leitos.



Em relação à coparticipação:

Segundo definição da ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar), coparticipação é o mecanismo de regulação financeira que consiste na participação do beneficiário na despesa assistencial a ser paga diretamente à operadora, em caso de plano individual e familiar, ou à pessoa jurídica contratante, em caso de plano coletivo, após a realização de procedimento.

Reajustes

Planos contratados antes de 2 de janeiro de 1999

Se o plano assistencial foi contratado antes de 2 de janeiro de 1999, e não foi adaptado à Lei nº 9.656/98, que regulamenta o setor de planos de saúde, isso quer dizer que ele é do grupo dos chamados “planos antigos”. Nesses casos, os reajustes devem seguir o que estiver previsto em contrato.



Planos contratados a partir de 2 de janeiro de 1999

Para planos assistenciais tipo “Individuais ou Familiares” (Pessoa Física), a ANS define anualmente o índice autorizado para reajuste. Mesmo após essa definição, as operadoras só podem aplicar esse reajuste após avaliação e autorização expressa da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Para planos assistenciais contratados pelo empregador, sindicato ou associação; do tipo “coletivo”, ou seja, contratado por intermédio de uma pessoa jurídica, os reajustes não são definidos pela ANS. No entanto, caso o contrato coletivo possuir menos de 30 beneficiários, o reajuste que o contrato recebe é igual ao reajuste dos demais contratos com menos de 30 beneficiários da mesma operadora, dentro do chamado “Agrupamento de Contratos” (ou Pool de Risco).

O índice de reajuste aplicado a todos estes contratos será divulgado no site da Unimed FNO/RS no mês de maio de cada ano, ficando vigente até abril do ano seguinte e podendo ser aplicado a cada contrato nos seus respectivos meses de aniversário. Verifique, anualmente, junto à pessoa jurídica contratante de seu plano assistencial, a quantidade de beneficiários vinculados ao seu contrato. Desta forma, você saberá se, no ano seguinte, seu contrato entrará, ou não, no agrupamento para receber o reajuste destinado a contratos com menos de 30 beneficiários.

Em relação a idade

Poderá ocorrer alteração no valor das mensalidades dos beneficiários por mudança de faixa etária. As faixas etárias variam conforme a data de contratação do plano assistencial e os percentuais de variação precisam estar expressos no contrato.

CONTRATAÇÃO	FAIXA ETÁRIA	OBSERVAÇÕES
Até 2 de janeiro de 1999	Não se aplica	Deve seguir o que estiver escrito no contrato.
Entre 2 de janeiro de 1999 e 1 de janeiro de 2004	0 a 17 anos 18 a 29 anos 30 a 39 anos 40 a 49 anos 50 a 59 anos 60 a 69 anos 70 anos ou mais	A Consu 06/98 determina, também, que o preço da última faixa (70 anos ou mais) poderá ser, no máximo, seis vezes maior que o preço da faixa inicial (0 a 17 anos). Consumidores com mais de 60 anos e que participem do contrato há mais de 10 (dez) anos, não podem sofrer a variação por mudança de faixa etária.
Após 1 de janeiro de 2004 (Estatuto do Idoso)	0 a 18 anos 19 a 23 anos 24 a 28 anos 29 a 33 anos 34 a 38 anos 39 a 43 anos 44 a 48 anos 49 a 53 anos 54 a 58 anos 59 anos ou mais	A Resolução Normativa (RN 563), publicada pela ANS em dezembro de 2022, determina, que o valor fixado para a última faixa etária (59 anos ou mais) não pode ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa (0 a 18 anos). A Resolução também determina que a variação acumulada entre a sétima e a décima faixas, não pode ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixa.

Reembolso

Está assegurado o reembolso de atendimento somente nas situações e condições a seguir, quando devidamente comprovados:

1. Reembolso em caso de atendimento de urgência e emergência:

- Quando não for possível a utilização de prestadores da Unimed Fronteira Noroeste/RS, que fazem parte da rede de atendimento do respectivo plano assistencial, e desde que o atendimento tenha sido realizado dentro da área de abrangência geográfica e atuação do plano.



- O reembolso será nos limites das obrigações contratuais, observadas as carências, cobertura parcial temporária, área de abrangência e atuação do plano assistencial, segmentação e Rol de Procedimentos vigente a época do evento. O valor será de acordo com os valores praticados pela Unimed Fronteira Noroeste/RS junto à rede de prestadores do respectivo plano assistencial, descontado o valor/percentual de participação (quando houver, e conforme previsto em cada contrato).

2. Reembolso em caso de inexistência ou indisponibilidade de prestador para atendimento de urgência e emergência e/ou eletivo:

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

A) O beneficiário ou seu responsável tenham comunicado previamente a Unimed Fronteira Noroeste/RS, através de um dos canais indicados no verso do cartão do plano de saúde, quanto a necessidade de atendimento e dificuldade de agendamento em razão da inexistência ou indisponibilidade de prestador de serviço assistencial da rede de atendimento deste plano.

B) A Unimed Fronteira Noroeste/RS não tenha assegurado o atendimento solicitado pelo beneficiário ou responsável nos prazos e condições estabelecidos pela ANS em normativos vigentes.

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



Quanto aos prazos e documentações necessárias

O reembolso será efetuado no prazo de até 30 dias corridos, de acordo com os parâmetros constantes do contrato, mediante a apresentação dos seguintes documentos:



- Conta hospitalar discriminando materiais e medicamentos utilizados, com preço por unidade, acompanhado de recibos, faturas ou notas fiscais do hospital.
- Recibos individualizados de honorários dos médicos assistentes, auxiliares e outros, discriminando o evento a que se referem, com assinatura, carimbo legível do médico e o número do CRM.
- Comprovantes relativos aos serviços de exames complementares de diagnóstico e terapia, e serviços auxiliares, acompanhados do pedido do médico assistente com assinatura, carimbo legível do médico e número do CRM.
- Para o pagamento do reembolso por meio eletrônico, será preciso o nome completo e CPF do correntista.

Inclusões e Exclusões

Como realizar?

A Unimed Fronteira Noroeste/RS possui três segmentos de plano de assistência à saúde: individual/familiar, coletivo por adesão e coletivo empresarial. Para cada segmento (respeitadas as regras contratuais), segue abaixo as orientações:

- Plano individual/familiar: para realizar a inclusão/exclusão no plano de assistência à saúde, se direcione diretamente ao setor comercial da Cooperativa/Operadora no seguinte endereço, Rua Dr. Francisco Timm, nº 673. Santa Rosa/RS CEP: 98780-803 1º andar;
- Plano coletivo por adesão: beneficiários que possuem o plano através de nossos parceiros comerciais para realizar a inclusão/exclusão no plano de assistência à saúde, se direcione diretamente na sede do parceiro (contratante);
- Plano coletivo empresarial: beneficiários que possuem o plano através de empresa, para realizar a inclusão/exclusão no plano de assistência à saúde, deverão se direcionar ao setor de RH da empresa contratante.

Em caso de dúvidas, consulte o setor Comercial da Unimed Fronteira Noroeste/RS através do número (55) 3512-5424.



Quem são considerados dependentes?

- O cônjuge, devidamente comprovado por certidão de casamento;
- Companheira (o) devidamente comprovado por declaração pública de união estável;
- Filhos e enteados solteiros até o limite de idade estabelecido em contrato;
- Filhos adotivos e pessoas sob guarda, tutela ou curatela do titular, observados os limites de idade, incapacidade e demais condições previstas em contrato ou por decisão judicial.

Plano Empresarial: Demitidos/Aposentados

Meu plano é através de uma empresa. Posso mantê-lo se eu for demitido ou me aposentar?

O aposentado ou ex-funcionário exonerado ou demitido sem justa causa, que contribuía para o custeio do seu plano privado de saúde, tem o direito de manter as mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, sem prejuízo de eventuais vantagens obtidas em negociações coletivas.

A empresa empregadora é obrigada a manter o aposentado ou o ex-funcionário demitido ou exonerado sem justa causa no plano assistencial, enquanto o benefício for ofertado para os empregados ativos, desde que o aposentado ou o ex-funcionário demitido ou exonerado sem justa causa tenha contribuído para o custeio do seu plano privado de saúde, e que o mesmo não seja admitido em novo emprego.

OBS: O prazo de permanência no plano de extensão deverá ser verificado junto ao setor de Recursos Humanos da empresa contratante, pois poderá alterar de acordo com cada caso e regra da ANS.

A decisão do aposentado ou ex-funcionário demitido sem justa causa de se manter no plano assistencial deve ser informada à empresa empregadora no prazo máximo de 30 dias, contados a partir da comunicação do empregador sobre o direito de manutenção do gozo do benefício.



Importante: Não são considerados como "contribuição" os valores pagos referente coparticipações previstas contratualmente, decorrentes da utilização dos serviços de assistência médica, exames, terapias ou procedimentos, nem mesmo os valores relacionados às mensalidades pagas pelos planos assistenciais dos dependentes inscritos.

Condições

Para que o aposentado ou ex-funcionário demitido ou exonerado sem justa causa seja mantido no plano assistencial devem ser observadas as seguintes condições:

- Ter sido beneficiário de plano assistencial coletivo decorrente de vínculo empregatício;
- Ter contribuído com pelo menos parte do pagamento do seu plano de saúde;
- Assumir o pagamento integral do benefício;
- Não ser admitido em novo emprego que possibilite o acesso a plano privado de assistência à saúde;
- Formalizar a opção de manutenção no plano assistencial no prazo máximo de 30 dias, contados a partir da comunicação do empregador sobre o direito de manutenção do gozo do benefício.

Dependentes do aposentado ou ex-funcionário:

O direito ao uso do plano assistencial é extensivo obrigatoriamente ao grupo familiar que estava inscrito quando da vigência do contrato de trabalho, se assim desejar o aposentado ou o ex-funcionário demitido ou aposentado.

No caso de morte do aposentado ou do ex-funcionário demitido ou exonerado, seus dependentes continuam no plano assistencial pelo restante do tempo a que o beneficiário titular tinha direito.

Quem paga o plano, e por quanto tempo posso ser mantido no plano?

Atenção: O aposentado ou ex-funcionário demitido ou exonerado deve assumir o pagamento integral da mensalidade do seu plano assistencial, bem como de seu(s) dependente(s), se assim for a situação de acordo com as regras gerais da RN 488.

Aposentado que contribui para o plano de saúde por 10 anos ou mais – tem o direito de se manter no plano assistencial enquanto a empresa empregadora oferecer este benefício aos seus empregados ativos, e desde que não seja admitido em novo emprego.



Aposentado que contribui para o plano assistencial de saúde por período inferior a 10 anos – poderá permanecer no plano assistencial por um ano para cada ano de contribuição, desde que a empresa empregadora continue a oferecer esse benefício aos seus empregados ativos e que não seja admitido em novo emprego.

Ex-funcionário demitido ou exonerado sem justa causa – a manutenção no plano assistencial será correspondente a 1/3 (um terço) do tempo de permanência em que tenha contribuído para o plano, com um mínimo assegurado de seis, e um máximo de vinte e quatro meses.

Quando o plano de saúde deixa de ser oferecido pelo empregador, o aposentado ou o ex-funcionário demitido sem justa causa tem o direito de contratar um plano individual com aproveitamento das carências já cumpridas, respeitando a área de comercialização da operadora.

Direitos do aposentado que continua trabalhando na mesma empresa ou grupo empresarial:

O aposentado que permanece trabalhando pode continuar a gozar do benefício no plano de ativos até que se desligue completamente da empresa (pedido de demissão ou demissão com ou sem justa causa), quando deverá passar a gozar dos benefícios garantidos aos aposentados.

Portabilidade de Carências

É a possibilidade de contratar um plano de saúde, dentro da mesma operadora ou com uma operadora diferente, e ficar dispensado de cumprir novos períodos de carência, ou de cobertura parcial temporária exigíveis, e já cumpridos no plano de origem. Essa possibilidade vigora para os planos individuais e familiares e para os planos coletivos por adesão e empresariais, contratados a partir de 02/01/1999 (planos regulamentados). Para mais informações sobre a portabilidade de carências, acesse o site da ANS pelo link a seguir: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/contratacao-e-troca-de-plano/formas-de-ingressar-num-plano-sem-carencias-ou-cobertura-parcial-temporaria/portabilidade-de-carencias>



Portabilidade especial

Independentemente do tipo de plano de saúde e da data da assinatura do contrato, a portabilidade especial de carências pode ser utilizada em quatro casos:

- 1) Por beneficiário de operadora que tenha seu registro cancelado pela ANS ou que esteja em processo de Liquidação Extrajudicial (falência). O prazo de 60 dias para exercício da portabilidade começa a contar a partir da data de publicação de Resolução Operacional da ANS no Diário Oficial da União, podendo ser prorrogado;
- 2) Por dependente que perdeu seu vínculo com o plano, por falecimento do titular. O prazo é de 60 dias a partir da data de falecimento do titular;
- 3) Por ex-funcionário demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado durante o período de manutenção da condição de beneficiário, garantida pelos artigos 30 e 31 da Lei 9.656/98. Nesse caso, a portabilidade deve ser requerida entre o primeiro dia do mês de aniversário do contrato e o último dia útil do terceira mês subsequente, ou no prazo de 60 dias antes do término do período de manutenção da condição de beneficiário;
- 4) Por beneficiários que tiverem seu vínculo com o beneficiário titular do plano extinto em decorrência da perda de sua condição de dependente, devendo exercer no prazo de 60 dias a contar do término do vínculo de dependência.

Fonte: ANS

Como o recém-nascido terá atendimento?

O recém-nascido (filho natural ou adotivo) que não possui o cartão de beneficiário, será atendido desde que esteja acompanhado por um dos responsáveis legais inscritos no plano com cobertura obstétrica, que deverá apresentar o cartão, seu documento de identidade e a certidão de nascimento do bebê.

Como inscrever o recém-nascido no plano?

Para a inscrição do recém-nascido no plano com isenção de carências e de análises de Doenças ou Lesões Pré-existentes, o pai ou a mãe deverá possuir o plano, desde que contratado a segmentação obstétrica e a inclusão do recém-nascido ocorra em até 30 dias do nascimento.



Canais de Comunicação

Sede Administrativa

🕒 Horários de Atendimento
De Segunda a Sexta-feira:
Das 07:45h às 12:00h e das 13:30h às 18:00h

📍 Endereço:
Rua Dr. Francisco Timm, nº 673 – Centro, Santa Rosa/RS – CEP: 98780-803

☎ Telefone: (55) 3512-5424

Fale Conosco

O site da Unimed disponibiliza o canal Fale Conosco, onde clientes e a comunidade em geral podem tirar dúvidas, fazer reclamações, elogios, solicitações e/ou sugestões.

- 1º Acesse o site – clique no link www.unimed-fno.com.br.
- 2º Clique na aba Fale Conosco.
- 3º Especifique se é ou não cliente.
- 4º Preencha os dados solicitados.
- 5º Pronto! Sua solicitação será analisada e você receberá retorno em breve.

Quero falar com a Unimed

Você já é cliente Unimed?

SIM

NÃO

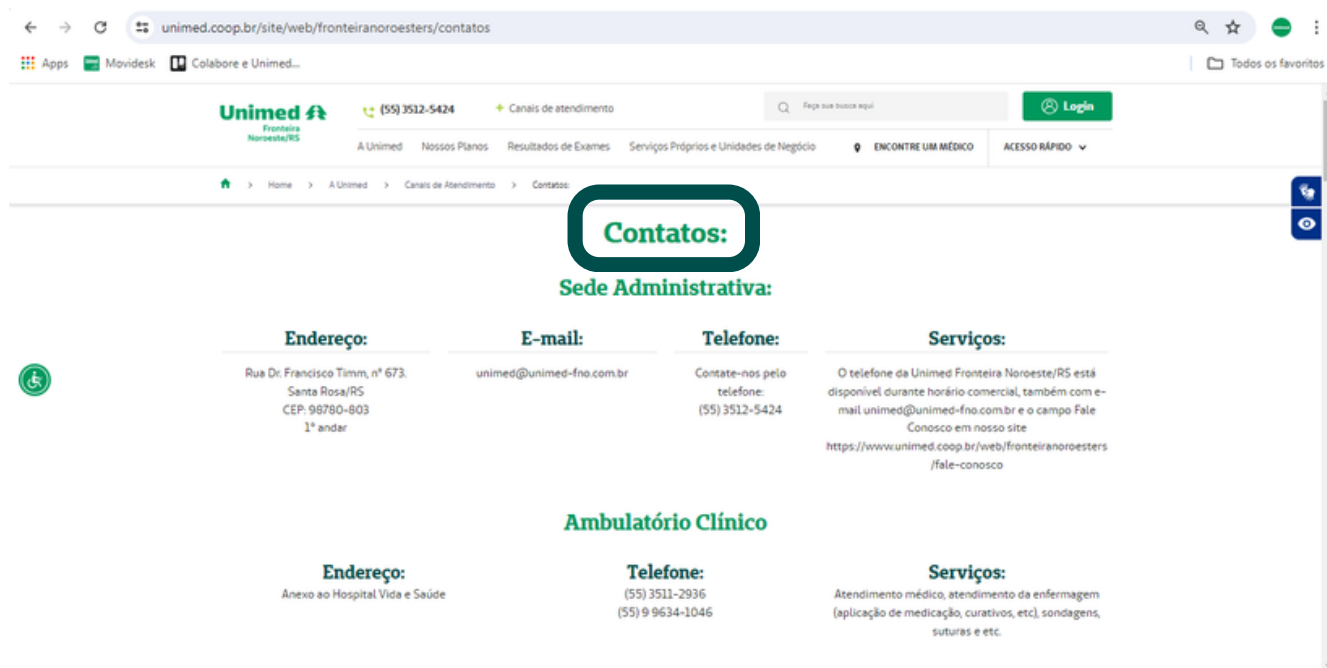
Contatos no Site

O site da Unimed disponibiliza uma aba com contato telefônico, e-mail e endereço dos setores da cooperativa, com o intuito de tornar mais rápido e prático o atendimento.

1º Acesse o site – clique no link www.unimed-fno.com.br.

2º Clique na aba "Unimed"

3º Selecione a opção "Canais de Atendimento" e logo após a página "Contatos".



Aplicativo Unimed

O Aplicativo Unimed foi criado para facilitar o seu dia a dia e aprimorar a sua experiência com a cooperativa/operadora.

No aplicativo Unimed você encontra o Manual de uso do Aplicativo, com orientações que facilitam o acesso aos serviços prestados.

Baixe o aplicativo



