

Orientações ao Beneficiário

Unimed Missões/RS

ANS - nº 31.161-8



Unimed 
Missões/RS

Orientações ao Beneficiário

Unimed Missões/RS



*Como usar melhor
o seu Plano de Saúde.*

Sumário

PREZADO BENEFICIÁRIO	02
VOCAÇÃO NÃO É UMA ESCOLHA	03
CUIDAR ESTÁ NO NOSSO DNA	03
CARTÃO DO BENEFICIÁRIO	04
QUAIS OS CUIDADOS QUE DEVO MANTER COM MEU PLANO E CARTÃO	05
CARTÃO VIRTUAL	06
APLICATIVO UNIMED CLIENTE	07
COMO ACESSAR O GUIA MÉDICO	10
ACESSO AOS PRONTUÁRIOS DE BENEFICIÁRIOS	10
TELEMEDICINA – PLANTÃO UNIMED	11
QUAL A ÁREA DE ABRANGÊNCIA DO MEU PLANO	11
COMO REALIZAR UMA CONSULTA	12
COMO FAZER EXAMES, PROCEDIMENTOS E INTERNAÇÃO	12
PRAZOS MÁXIMOS PARA ATENDIMENTO CONFORME RN 259	13
AUTORIZAÇÃO DE EXAMES E PROCEDIMENTOS	14
COBERTURAS, CARÊNCIAS E COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT)	15
COPARTICIPAÇÕES	16
REMOÇÃO AÉREA	16
REMOÇÃO TERRESTRE INTERMUNICIPAL	17
URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS	17
REAJUSTE DE MENSALIDADES	18
EM QUE SITUAÇÕES TEM DIREITO DE REEMBOLSO	18
READEQUAÇÃO DA MENSALIDADE CONFORME FAIXA ETÁRIA	19
COMO ACONTECEM AS INCLUSÕES E EXCLUSÕES DE BENEFICIÁRIOS?	20
QUEM PODE SER DEPENDENTE?	20
INCLUSÃO DOS RECÉM-NASCIDOS E RECÉM-CASADOS?	21
PORTABILIDADE	21
CANAIS DE RELACIONAMENTO COM BENEFICIÁRIO	22
PORTAL DO BENEFICIÁRIO	22
REDE PRESTADORA DE SERVIÇO	23
PROGRAMAS FIZ UNIMED	23
VANTAGENS DO CLIENTE	24
OUVIDORIA	24
PLANO DEMITIDO/APOSENTADO	26
GLOSSÁRIO	27



Prezado Beneficiário

A Unimed Missões/RS carrega como missão proporcionar à comunidade acessibilidade e soluções em serviços e produtos de saúde, promovendo o desenvolvimento na área de ação. Fundada em 1972, a cooperativa presta assistência à saúde para 27 municípios da região das Missões, com sede em Santo Ângelo e escritórios regionais em São Borja e São Luiz Gonzaga.

Comprometida em cumprir seu propósito de zelar pela saúde das pessoas, a Unimed Missões/RS busca se adequar constantemente às necessidades das pessoas, criando alternativas para que não precisem sair da região para ter acesso a serviços humanizados, seguros e qualificados.

Hoje, a cooperativa subdivide-se em três negócios: Operadora de Planos de Saúde, Hospital Regional Unimed Missões e Saúde Ocupacional.

Vocação não é uma escolha

É atender a um chamado e dedicar-se profundamente àquilo a que fomos predestinados. Somos médicos, somos uma marca de médicos.

Mais do que conhecimento para curar, temos comprometimento com a vida, com as pessoas, com o mundo. Fazemos o melhor porque nascemos e nos unimos para fazer isso. Muito mais do que um prestador de serviços de saúde, somos uma cooperativa de médicos.

A Unimed é um sistema que cuida das pessoas para que elas possam aproveitar a vida da melhor forma.

Temos vocação para cuidar das pessoas. Cuidar é ter atitude para solucionar e acolher, é estar presente a serviço do outro. Temos disposição natural e vocação para essa missão.

Cuidar está no nosso DNA

No entanto, o mais importante de todos os cuidados é o autocuidado. Ele direciona todo o resto. Prestar atenção em nós mesmos, no que fazemos, comemos, bebemos, e como vivemos é o primeiro passo para uma atenção integral ao nosso corpo e também ao nosso espírito.

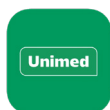




A Unimed Missões/RS está **cada vez mais virtual**, para estar mais **presente na sua vida**

**Acesse seu cartão do
Plano de Saúde no app**

Baixe o aplicativo:

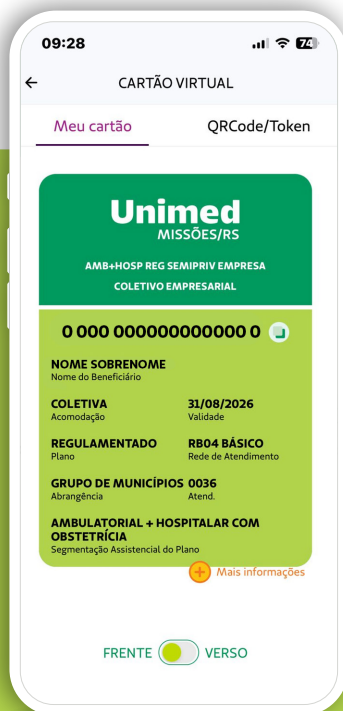


 App Store



 Google Play



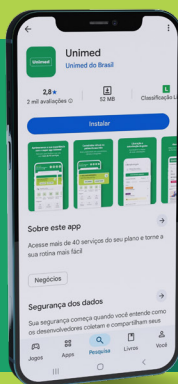


Pesquise por Unimed na loja de aplicativos do seu celular, instale o app e aproveite todas as funcionalidades

No Aplicativo Unimed, você encontra:

1. Guia Médico atualizado
2. Cartão virtual
3. Consulta da situação de autorizações
4. Extrato de coparticipação.

PARA BAIXAR É SIMPLES



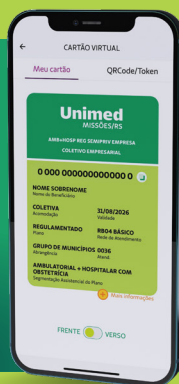
1

Acesse a loja de aplicativos do seu celular (Apple Play para iOS ou Google Play para Android). **Pesquise por Unimed.** Clique em instalar e aguarde o download.



2

Depois de instalado, abra o aplicativo e **faça seu login com o seu e-mail ou CPF** utilizado no app anterior. Se for o primeiro acesso, clique em criar conta, insira seus dados e crie uma senha.



3

No aplicativo Unimed você acessa o seu **cartão virtual, guia médico, situação de autorização** e diversos outros serviços da Unimed.

O aplicativo é gratuito.

Como acessar o Guia Médico

O acesso ao Guia Médico e de Serviços pode ser realizado através:

- Site da Unimed Missões/RS – www.unimedmissoes.com.br.
- Impresso nas Recepções.
- Disponível no aplicativo Unimed Cliente.

Guia Médico

✓ Busca Rápida | Busca Detalhada

O que você procura?

☒ Urgência e Emergência ?
 ☐ Substituição de Prestadores ?

Se você é cliente, digite seu CPF ou carteirinha:

PESQUISAR 🔍

Santo Ângelo:

Sede da Cooperativa

Avenida Getúlio Vargas, 1079
Fone/WhatsApp: (55) 3312-0700

Hospital Regional Unimed Missões

Avenida Rio Grande do Sul, 1133
Fone/WhatsApp: (55) 3312-0700

São Borja:

Rua Andradas, 2115 – sala 105
Fone: (55) 99661-9061

São Luiz Gonzaga:

Rua Bento Soeiro De Souza, 2328
Fone: (55) 99665-7408

UNIMED MISSÕES/RS:

Tel: 0800 725 0506

SOS: 0800 510 0500

www.unimedmissoes.com.br

Acesso aos prontuários dos beneficiários

O beneficiário para ter acesso ao seu prontuário deve solicitar diretamente ao prestador onde recebeu atendimento. Prontuários de clínicas, hospitais e consultórios médicos: devido os atendimentos serem realizados de forma eletrônica e autorizações online, a operadora não solicita ou recebe prontuários. A guarda destes documentos é de responsabilidade dos prestadores.

Telemedicina – Plantão Unimed

O objetivo da Telemedicina – Plantão Unimed é oferecer um atendimento em que os clientes não precisem sair de suas casas e, ao mesmo tempo, diminuir o risco de contato com outras pessoas, minimizando a busca de atendimentos em pronto-atendimentos para situações de menor complexidade.

Todas as medidas adotadas pela Unimed Rio Grande do Sul estão baseadas nas orientações dos órgãos oficiais de saúde brasileiros e na avaliação técnica de profissionais especializados.

Horário de Atendimento:

Clínica Médica:

de segunda a sexta das 19h às 7h
finais de semana 24h

Pediatria:

de segunda a segunda
das 19h às 24h

As consultas acontecem por vídeo chamada, do conforto da sua casa, diretamente do seu computador ou celular.

Tudo ocorre por meio de uma plataforma segura e intuitiva, com baixo tempo de espera.

É a Unimed oferecendo mais acessibilidade, conforto, tranquilidade e rapidez pra você!



Qual a área de abrangência do meu plano?

Vai depender da abrangência geográfica contratada. Observe se seu plano tem abrangência por grupo de municípios*, estadual ou nacional.

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

*Área de Abrangência Unimed Missões/RS:

Bossoroca, Caibaté, Cerro Largo, Dezesseis de Novembro, Entre-Ijuís, Eugênio de Castro, Garruchos, Giruá, Guarani das Missões, Itacurubi, Mato Queimado, Pirapó, Porto Xavier, Rolador, Roque Gonzales, Salvador das Missões, Santo Ângelo, Santo Antônio das Missões, São Borja, São Luiz Gonzaga, São Miguel das Missões, São Nicolau, São Pedro do Butiá, Senador Salgado Filho, Sete de Setembro, Ubiretama e Vitória das Missões.

Como realizar uma consulta?

Para agendar uma consulta médica, consulte no Guia Médico e de Serviços o profissional que você deseja e marque seu horário. No atendimento, será obrigatório apresentar o seu cartão Virtual Unimed e o documento de identidade com foto. Sempre que possível, ao consultar um médico pela primeira vez, leve os exames anteriores.

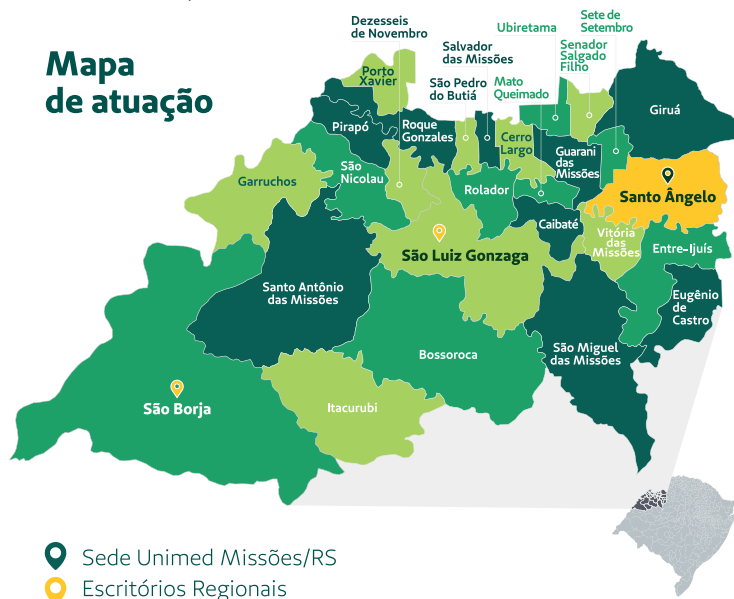
Quando você estiver em outra cidade, fora da área de abrangência da Unimed Missões/RS entre em contato com a Unimed mais próxima para saber quais são os locais que você poderá receber atendimento nos casos de urgência ou emergência.

O telefone e endereço de todas as Unimeds do Sistema Nacional, bem como a rede credenciada, podem ser consultados no site www.unimedmissoes.com.br.

Como fazer exames, procedimentos e internação?

O processo de solicitação será realizado através do sistema on-line pelo médico cooperado durante a consulta. Com a senha em mãos você poderá realizar agendamento com prestador credenciado. A autorização da solicitação segue prazo da Resolução Normativa 566/2022 da ANS, conforme quadro abaixo:

É importante saber que, depois de liberada, as guias de solicitação médica têm 60 dias de validade. Portanto, verifique sua disponibilidade para realizar tal exame ou procedimento neste prazo.



Prazos máximos para atendimento conforme RN 566/2022

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.

SERVIÇO	Prazos máximos para o atendimento (dias úteis)
Consulta básica – pediátrica clínica médica, cirurgia geral, ginecologia e obstetrícia.	07
Consulta nas demais especialidades	14
Consulta/ sessão com fonoaudióloga	10
Consulta / sessão com nutricionista	10
Consulta/ sessão com psicólogo	10
Consulta / sessão com terapeuta ocupacional	10
Consulta/ sessão com fisioterapeuta	10
Consulta e procedimentos realizados em consultório/clínica com cirurgião-dentista	07
Serviços de diagnóstico por laboratório de análises clínicas em regime ambulatorial	03
Demais serviços de diagnóstico e terapia em regime ambulatorial	10
Procedimento de alta complexidade (PAC)	21
Atendimento em regime hospital-dia	10
Atendimento em regime de internação eletiva	21
Urgência e Emergência	Imediato
Consulta de retorno	A critério do profissional responsável pelo atendimento

Fonte: Site da Agência Nacional de Saúde

Autorização de exames e procedimentos

POR QUE PODE HAVER DIVERGÊNCIA ENTRE UMA SOLICITAÇÃO MÉDICA E A AUTORIZAÇÃO?

Alguns exames e procedimentos podem ter o pedido de autorização negado quando não estão previstos contratualmente, não preenchem requisitos ou diretrizes de utilização fixadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar. Outros, são negados quando há uma divergência médica.

Em casos como estes, recorre-se à autorização prévia, que garante a agilidade ao cliente nas solicitações de autorizações de exames, terapias e procedimentos, auxiliando na efetividade de seus resultados e prezando pela segurança e qualidade da realização dos mesmos.



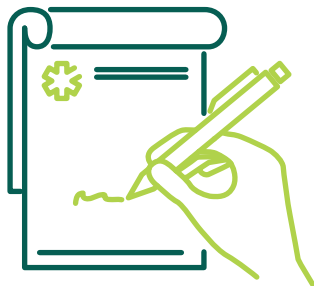
Coberturas, Carências e Cobertura Parcial Temporária (CPT)

Quando couber cumprimento de carências, elas serão contadas a partir da data de contratação ou adesão ao plano, sendo de 24h (vinte e quatro horas) para os casos de urgência e emergência decorrentes de acidentes pessoais, conforme conceituação da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

30 (trinta) dias para cobertura de consulta e sessões com nutricionista, fono-audiólogo e terapeuta ocupacional, referenciados pela CONTRATADA, conforme indicação do médico cooperado assistente, limitadas conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS em vigor.

30 (trinta) dias para EXAMES BÁSICOS DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA:

- | | |
|---|------------------------------------|
| a) análises clínicas | j) inaloterapia |
| b) histocitopatologia | k) prova de função pulmonar |
| c) eletrocardiograma convencional | l) teste ergométrico |
| d) eletroencefalograma convencional | m) ultra-sonografia |
| e) endoscopia | n) densitometria óssea |
| f) exames radiológicos | o) biópsia |
| g) exames e testes alergológicos | p) colonoscopia |
| h) exames e testes oftalmológicos | q) laringoscopia |
| i) exames e testes otorrinolaringológicos, exceto a videolaringoscopia | r) broncoscopia |



180 (cento e oitenta) dias para todos os demais serviços não descritos acima.

300 (trezentos) dias para parto normal e cesariana.

24 (vinte e quatro) meses para COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA, DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES e PROCEDIMENTOS DE ALTA COMPLEXIDADE conforme conceituação da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

*Para planos coletivos empresariais, consulte o responsável pelo plano de sua empresa.

**O Plano Referência garante atendimento de urgência e emergência, após 24 horas, nos regimes ambulatorial e hospitalar.

CPT – Cobertura Parcial Temporária

Conforme legislação da Saúde Suplementar, a Unimed aplica um formulário denominado “Declaração de Saúde” e, sendo identificada ou constatada alguma doença/lesão preexistente, o beneficiário fica com cobertura suspensa para procedimentos de alta complexidade, cirúrgicos e internação em UTI diretamente relacionados com tal doença ou lesão, por um período máximo de 24 meses contados de sua adesão ao contrato.

Coparticipações

É um mecanismo de regulação financeira que consiste na participação do beneficiário na despesa assistencial a ser paga diretamente à operadora, através de cobrança em fatura.

Entenda o que é franquia

A franquia é um valor definido em contrato a partir do qual o plano de saúde passa a cobrir os procedimentos. Abaixo desse valor, a despesa fica por conta do beneficiário. Quando ultrapassa, o plano assume.

A principal vantagem é o custo da mensalidade: planos com franquia tendem a ser mais em conta, pois o beneficiário assume uma parte dos custos em procedimentos

Remoção Aérea

Aos beneficiários serão prestados serviços de transporte aéreo, precedido de transporte terrestre até o ponto de decolagem da aeronave que realizará o transporte aéreo, acompanhado de atendimento médico durante os trâmites de remoção e dos recursos materiais que se fizerem necessários a tal tipo de atendimento, observadas rigorosamente as condições, limitações e restrições constantes no regulamento, uma vez cumpridas as obrigações indispensáveis ao usufruto dos direitos decorrentes do regulamento de transporte aeromédico.

Consulte o regulamento de benefícios anexo ao contrato.

Remoção Terrestre Intermunicipal

Ao beneficiário será prestado serviço de remoção terrestre intermunicipal através de ambulância acompanhado de atendimento médico durante os trâmites de remoção e dos recursos materiais que se fizerem necessários a tal tipo de remoção, observadas rigorosamente as condições, limitações e restrições constantes do regulamento, uma vez cumpridas as obrigações indispensáveis ao usufruto dos direitos decorrentes do regulamento de transporte intermunicipal.

Consulte o regulamento de benefícios anexo ao contrato

Urgências e Emergências

Toda dor causa aflição e ansiedade, mas nem tudo deve ser entendido como urgência e emergência. Os atendimentos de urgência e emergência são realizados depois de decorridos 24 (vinte e quatro) horas da contratação ou adesão ao plano, observadas as regras a seguir:

Emergência

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

Urgência

É o evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo gestacional. O parto prematuro é considerado uma urgência. Nos casos de urgência envolvendo acidente pessoal, haverá cobertura de atendimento nos regimes ambulatorial e hospitalar, mesmo se o beneficiário estiver em carência. Se o plano não tiver a segmentação hospitalar, a cobertura será restrita as primeiras 12 (doze) horas de atendimento em regime ambulatorial.

Importante:

Cessados os prazos de cobertura legal (12 horas), a responsabilidade financeira pela internação passa a ser do contratante. O Plano de Referência constitui exceção às regras acima previstas, pois garante atendimento em regime ambulatorial e hospitalar, nos casos de urgência e emergência, completadas as 24 horas de adesão ao plano.

Reajuste de mensalidades

Planos regulamentados e não regulamentados

PLANO INDIVIDUAL/FAMILIAR:

É aplicado o índice de reajuste aprovado pela ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar.

PLANO COLETIVO EMPRESARIAL/PLANO COLETIVO POR ADESÃO

É aplicado o índice de reajuste previsto no contrato, podendo sofrer adequações de acordo com a sinistralidade do contrato.

PLANO COLETIVO EMPRESARIAL/ PLANO COLETIVO POR ADESÃO: POOL DE RISCO:

É aplicado o índice conforme nota técnica atuarial.

PLANO COLETIVO EMPRESARIAL COM PREÇO PÓS-ESTABELECIDO:

É aplicado o índice de reajuste previsto no contrato, podendo sofrer adequações de acordo com os valores praticados no intercâmbio nacional.

Em que situações tenho direito ao reembolso e como proceder?

Unimed Missões/RS assegura o reembolso de despesas com assistência à saúde, nos limites contratuais e da abrangência geográfica, exclusivamente em casos de urgência ou emergência, quando não for possível utilizar a rede credenciada, conforme a RN nº 566/2022 da ANS. Demais situações seguem as regras contratuais de utilização da rede.

O prazo para análise e pagamento é de até 30 (trinta) dias corridos, contados a partir do recebimento da documentação completa.

Para solicitar o reembolso, é necessário apresentar documentos legíveis, sem rasuras e contendo data de emissão e do atendimento além de:

Solicitação formal;

Relatório do médico assistente, quando for o caso, declarando o nome do paciente, descrição do tratamento, justificativa dos procedimentos realizados, data do atendimento, carimbo, assinatura, e, quando for o caso, período de permanência no hospital e data de alta hospitalar.

Notas fiscais e/ou recibos receita saúde válidos, contendo identificação do paciente, descrição do serviço, data, nome do prestador, CPF ou CNPJ, número do registro no conselho de classe, carimbo e assinatura, devendo estar emitidos em nome do profissional que realizou o atendimento;

Quando houver, conta hospitalar detalhada;

Para terapias, devem ser apresentados também o plano terapêutico, relatório de evolução e registro das sessões (lista de presença), com identificação do paciente, datas de atendimento, carimbo e assinatura do profissional e do responsável legal, quando aplicável.

O pagamento será realizado via PIX, mediante envio de documento de identidade e CPF do beneficiário e do titular da conta — que poderá ser o próprio beneficiário ou seu responsável legal, no caso de menores — além de comprovante de endereço, cartão do plano.

A Unimed poderá, a qualquer tempo, solicitar documentos complementares para análise do processo, conforme avaliação da auditoria médica

Readequação da mensalidade conforme faixa etária

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.

Contratação	Faixa etária	Observações
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 nº563*, publicada pela ANS em dezembro de 2022, determina que o valor fixado para a última faixa (59 anos ou mais) não pode ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa (0 a 18 anos) e que as tabelas de preços sejam dez faixas etárias. A RN determina, também, que a variação acumulada entre a sétima e a décima faixa não pode ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixa.

*Para ter acesso à Resolução Normativa N° 563/2022 e outras acessem: www.ans.gov.br

Como acontecem as inclusões e exclusões de beneficiários?

No caso de Planos Coletivos Empresariais ou Coletivos por Adesão o beneficiário deve procurar o setor de Recursos Humanos da empresa e solicitar a inclusão ou exclusão sua ou dos seus dependentes. O setor de Recursos Humanos encaminhará para a Unimed providenciar a inclusão ou exclusão dos beneficiários.

Nos planos Individuais ou Familiares as inclusões e exclusões de dependentes são realizadas pelo beneficiário titular diretamente na Unimed Missões/RS.

Importante:

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

De acordo com a RN 561/2022 (Dispõe sobre a solicitação de cancelamento do contrato do plano de saúde individual ou familiar, e de exclusão de beneficiário de contrato coletivo empresarial ou por adesão).

O cancelamento do contrato de plano de saúde individual ou familiar poderá ser solicitado pelo titular, das seguintes formas:

I – presencialmente, na sede da operadora, em seus escritórios regionais ou nos locais por ela indicados.

II – por meio de atendimento telefônico disponibilizado pela operadora.

Nos planos Coletivos Empresariais ou Coletivos por Adesão o beneficiário titular poderá solicitar à empresa contratante, por qualquer meio, o cancelamento ou a exclusão de dependente do contrato de plano de saúde. A empresa deverá informar à operadora, para que esta tome as medidas cabíveis, em até 30 dias.

Quem pode ser dependente?

I – São considerados beneficiários dependentes:

- a) O (a) esposo (a) ou o (a) companheiro (a) da união estável;
- b) Os (as) filhos (as) solteiros (as) menores de 18 (dezoito) anos e os inválidos (as), equiparando-se o (a) adotado (a), o (a) enteado (a), o (a) menor cuja guarda seja designada por determinação judicial e o (a) menor tutelado (a);
- (c) Os (as) filhos (as) estudantes em curso superior, até 24 (vinte e quatro) anos.

Como fica a inclusão dos recém-nascidos?

O recém-nascido (filhos natural ou adotado) será atendido, desde que esteja acompanhado por um dos responsáveis legais inscritos no plano com cobertura obstétrica, que deverá apresentar o seu Cartão do Beneficiário, seu documento de Identidade e a Certidão de Nascimento do bebê.

O recém-nascido (filho natural ou adotado) receberá atendimento durante os primeiros 30 (trinta) dias a contar de seu nascimento, desde que o parto tenha sido realizado com cobertura assistencial da Unimed Missões/RS.

Caso esteja vigente o período de carência do representante legal, o filho deverá cumprir carência pelo período que ainda falta ser cumprido pelo representante legal.

Se o plano não possuir cobertura obstétrica, o recém-nascido poderá ser inscrito como dependente, mas precisará cumprir prazos de carência. Se incluído dentro dos 30 primeiros dias do nascimento, aproveitará as carências do titular.

A partir 31º dia do nascimento, já deverá estar inscrito no plano de saúde e só será atendido com o seu próprio cartão Unimed.

Os documentos necessários para a inclusão são a Certidão de Nascimento, CPF e Cartão do SUS.

Portabilidade

Portabilidade é a possibilidade de trocar de 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 exigível e já cumprido no plano de origem. A portabilidade é possível desde que o plano de destino seja compatível com o plano atual.

Essa possibilidade vigora para planos individuais e familiares e para os planos coletivos empresariais, contratados a partir de 02/01/1999. As regras de portabilidade são aplicadas conforme Resolução Normativa (RN) nº 438/2018 e a Instrução Normativa da Diretoria de Normas e Habitação dos Produtos (IN/DIPRO) nº 19, ambas da Agência Nacional de Saúde.

Canais de relacionamento com beneficiário

A Unimed Missões/RS disponibiliza canais de relacionamento com os beneficiários. Para realizar a sua manifestação (solicitações, sugestões, elogios, reclamações e dúvidas) junto a Unimed Missões/RS acesse o Canal Fale Conosco que está disponível em nosso site:

www.unimedmissoes.com.br

Telefone: **0800 725 0506**

Sede da cooperativa: **(55) 3312-0700**

Hospital Regional Unimed Missões:
(55) 3312-0700

Escritórios regionais:

São Luiz Gonzaga: **(55) 99665-7408**

São Borja: **(55) 99661-9061**

E-mail:

unimed@unimedmissoes.com.br

SOS Emergência: **0800-510 0500**

Facebook:

facebook.com/unimedmissoes

Instagram: **[@unimedmissoes](https://www.instagram.com/unimedmissoes)**

Linkedin: **[Unimed Missões/RS](#)**

Pesquisa anual de satisfação

Urnas disponíveis nas recepções



Portal do Beneficiário

A Unimed Missões/RS disponibiliza um canal exclusivo para que você tenha acesso a informações do seu plano:

Acesse: www.unimedmissoes.com.br

Portal do Beneficiário>Beneficiário>Não sou Cadastrado>(preencha os campos)>Continuar

Na sequência, após finalizar o cadastro, você receberá um e-mail para confirmação. Clique no link indicado e aparecerá o menu do Portal do Beneficiário para você ter mais facilidade e comodidade.

Rede prestadora de serviço

A possibilidade de escolha dos beneficiários é restrita à relação de prestadores de serviços disponível no endereço eletrônico www.unimedmissoes.com.br de acordo com a área de atendimento expressa no contrato de adesão ao plano de saúde. Para ter acesso a sua rede, cada beneficiário deve preencher adequadamente no site o seu número de beneficiário, disponível no cartão virtual.



Vantagens do Cliente

No portal Unimed Missões/RS estão disponíveis as vantagens de ser beneficiário, que facilitam o acesso a exames de Imagem e Laboratório, descontos em empresas conveniadas, grupos de encontros e programas de Atenção à Saúde, entre outras facilidades.



Ouvidoria

A Unimed Missões/RS, preocupada em oferecer a melhor assistência à saúde aos seus beneficiários, instituiu a Ouvidoria como um canal de mediação para a resolução de sua necessidade.

Se eventualmente você não obteve sucesso ao buscar solução para seu pedido ou reclamação através das áreas convencionais de atendimento ao beneficiário, recorra à Ouvidoria Unimed.

Para alcançar seus objetivos, a atuação da Ouvidoria é norteada pela medição, imparcialidade, transparência e autonomia.

COMO RECORRER À OUVIDORIA?

Como unidade de segunda instância, para você ser atendido pela Ouvidoria da Unimed Missões/RS é imprescindível que já tenha passado pelos canais tradicionais de atendimento, como Fale Conosco, Atendimento Presencial, através do 0800 725 0506 ou outras áreas competentes.

VÁ AO PRONTO-ATENDIMENTO APENAS SE REALMENTE FOR NECESSÁRIO

Os prontos-socorros dos hospitais precisam estar livres para casos de urgência e emergência. Se você tiver algum sintoma que possa esperar, procure o seu médico de confiança. Ele tem seu histórico. E você estará ajudando alguém que realmente precisa de um pronto-socorro

VIVER BEM É O MELHOR REMÉDIO

Não tem segredo: para viver mais e melhor você deve ter bons hábitos. Praticar atividades físicas, buscar o equilíbrio, seguir uma dieta saudável e dormir bem são alguns exemplos. É por isso que a Unimed, mais do que cuidar da sua saúde, incentiva os cuidados preventivos e promove a qualidade de vida acima de tudo.

FIQUE ATENTO ÀS CONSULTAS

Um médico dedica tempo à saúde de muitas pessoas. Pense nisso. Quando for marcar alguma consulta ou exame, faça-o com antecedência e desmarque se não puder ir. Se todos fizerem isso, o atendimento vai ficar mais fácil e rápido. E nem você, e nem os outros, precisarão esperar mais do que o necessário.

AUTOMEDICAÇÃO, NÃO!

Médicos estudam muito para entender o seu corpo. É perigoso não seguir à risca o que eles recomendam e desnecessário se irritar quando eles não prescrevem remédio algum. Confie no seu médico. Ele sabe o que é melhor para você.



FIQUE POR DENTRO DO SEU PLANO

Conhecer bem os seus direitos e deveres vai ajudar você a utilizar melhor o seu plano, sem precisar passar por chateações. Com as coisas bem claras, tudo fica mais fácil e mais seguro. Se o seu plano Unimed for empresarial, peça detalhes desse benefício ao setor responsável na empresa para a qual trabalha e, se ainda tiver dúvidas, fale com a sua Unimed.

Benefício para ex-colaboradores demitidos ou aposentados.

Tem direito a se manter no plano de saúde, aposentados que tenham contribuído com o plano empresarial e empregados demitidos sem justa causa, para todos os planos contratados a partir de janeiro de 1999 ou adaptados à Lei 9.656/98. O ex-empregado deverá ter contribuído no pagamento do plano durante a vigência de seu contrato de trabalho e deverá assumir integralmente a mensalidade após o desligamento. Os aposentados que contribuíram por mais de dez anos podem manter o plano pelo tempo que desejarem ou enquanto perdurar o contrato de plano de saúde com a empresa.

Quando o período for inferior, cada ano de contribuição dá direito a um ano de plano coletivo depois da aposentadoria. Os demitidos sem justa causa ou exonerados poderão permanecer no plano de saúde por um período equivalente a um terço do tempo em que contribuíram com o plano, respeitando o limite mínimo de seis meses e máximo de dois anos ou até conseguirem um emprego que tenha o benefício de plano de saúde.

É garantido ao aposentado ou demitido o direito de manter a condição e beneficiário individualmente ou com seu grupo familiar, além da inclusão de novo cônjuge e filhos no período da manutenção de condição de beneficiário no plano de aposentado ou demitido.

Os beneficiários do plano aposentado/demitido serão cancelados se a empresa contratante cancelar o plano de saúde.

As regras para manutenção de planos de saúde para aposentados e demitidos são aplicadas conforme a Lei nº 9.656/98 e a Resolução Normativa nº 488/2022 da ANS.



Glossário

ACIDENTE PESSOAL

É uma situação súbita, imprevisível, involuntária e violenta, causadora de lesão física que torna necessário o tratamento médico.

BENEFICIÁRIO

Pessoa física, titular ou dependente, que possui direitos e deveres definidos pela legislação e em contrato assinado com a operadora de plano privado de assistência à saúde, para garantia da assistência médico-hospitalar e/ou odontológica.

COBERTURA

É o agrupamento de procedimentos de acordo com a segmentação assistencial contratada.

EMERGÊNCIA

É o evento que implica no risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o usuário, caracterizado em declaração do médico cooperadora/assistente.

EMPRESA

É a pessoa jurídica que contrata a prestação de serviços de assistência à saúde para seus empregados, dirigentes ou associados.

EXAMES CLÍNICOS

O exame clínico é aquele realizado pelo médico, durante a consulta, com o objetivo de estabelecer um diagnóstico. A realização do exame físico, aliada à anamnese (entrevista sobre histórico do paciente), pode dispensar exames complementares. No entanto, se julgar necessário, o médico pode solicitar exames adicionais, a fim de diagnosticar mais precisamente o problema e determinar o melhor tratamento.

EXAMES COMPLEMENTARES

O exame complementar é aquele feito em clínicas ou laboratórios. Com o objetivo de confirmar um diagnóstico, auxiliar o médico na definição do tratamento mais adequado para o problema apresentado.

GUIA MÉDICO

É um dos principais pontos de contato entre a marca Unimed e seus beneficiários e ele deve disseminar os atributos dessa marca. Ter um Guia Médico padronizado e reconhecível em qualquer parte do país potencializa estes atributos e confere maior credibilidade ao Sistema Unimed.

INTERCÂMBIO

É o atendimento prestado por uma Unimed (Singular) de uma determinada cidade a beneficiários de Unimeds de outras cidades.

PLANO

É o produto registrado pela ANS que a empresa (no caso pessoa jurídica) ou beneficiário (no caso pessoa física) contratou com a Unimed. Cada plano ou produto corresponde a um contrato.

SISTEMA UNIMED

É o conjunto de todas as Unimeds, Cooperativas de trabalho médico, constantes da relação entregue a você ou a sua empresa, associadas entre si ou vinculadas contratualmente, para prestação de serviços aos beneficiários.

TABELA REFERÊNCIA

É a tabela utilizada para a efetivação do pagamento do reembolso ao usuários, nos casos exclusivos de urgência ou emergência, quando não for comprovadamente possível a utilização dos serviços próprios, contratados ou credenciados pelo Sistema Unimed, bem como serve de base de cálculo para plano coparticipativos.

UNIDADES DE ATENDIMENTO

São postos de atendimentos das Unimeds que estão distribuídas na área de ação, para facilitar o atendimento dos beneficiários.

URGÊNCIA

É o evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no progresso gestacional.





Unimed 
Missões/RS