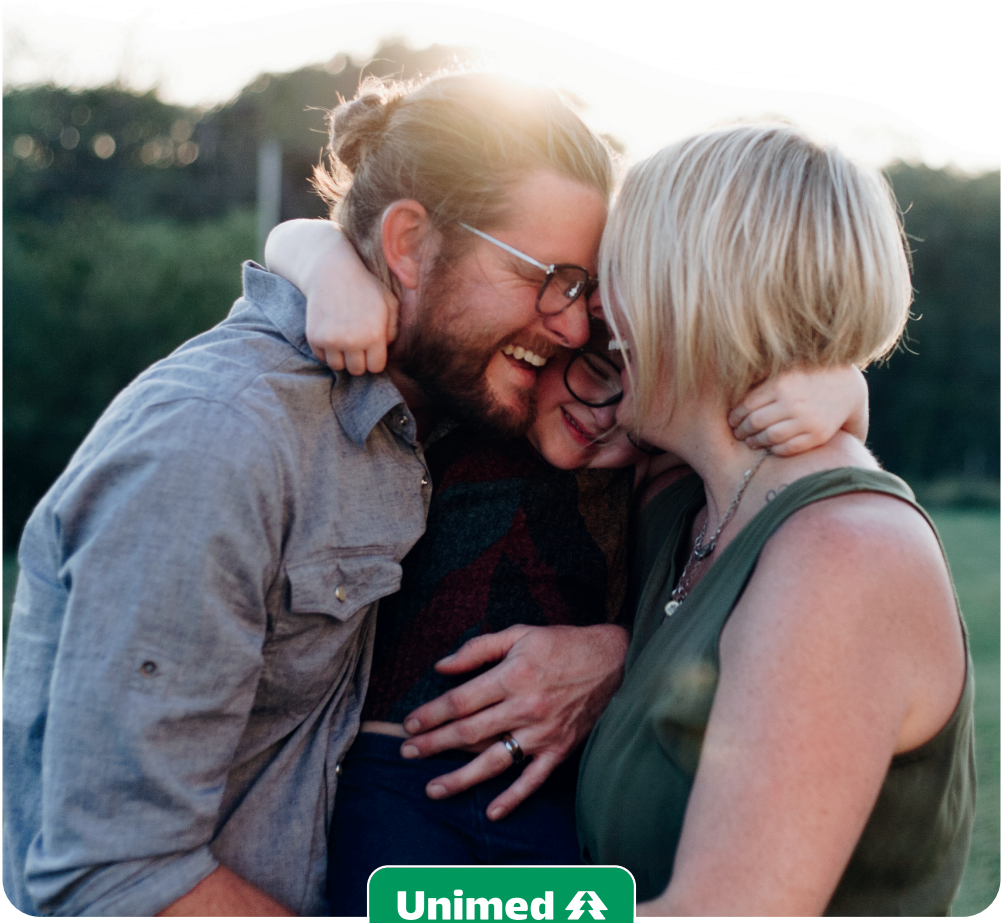
Orientações ao Beneficiário

Unimed Missões/RS

ANS - nº 31.161-8



Unimed
Missões/RS

MCOM01 – Versão 7

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

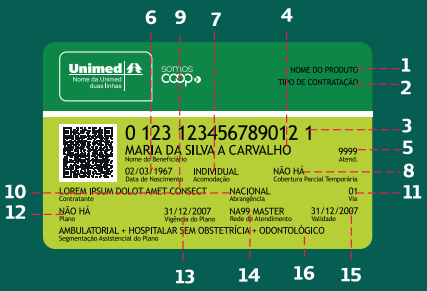
No entanto, o mais importante de todos os cuidados é o autocuidado. Ele direciona todo o resto. Prestar atenção em nós mesmos, no que fazemos, comemos, bebemos, e como vivemos é o primeiro passo para uma atenção integral ao nosso corpo e também ao nosso espírito.

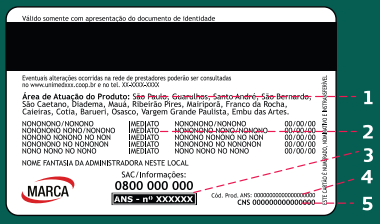
Cartão do Beneficiário

A Unimed Missões/RS fornece ao beneficiário o cartão referente ao plano contratado, com prazo de validade, cuja apresentação deverá ser acompanhada de documento de identidade, assegurando dessa forma os direitos e vantagens do seu plano.

É obrigação do beneficiário a devolução do cartão quando ocorrer a exclusão ou rescisão contratual motivada por qualquer uma das partes.

O uso indevido é proibido e, de acordo com a gravidade, estará sujeito às consequências previstas em leis.





1 – Nome do produto conforme adquirido pelo cliente
2 – Tipo de contratação
3 – Código de identificação do beneficiário
4 – Nome do beneficiário
5 – Unimed de atendimento
6 – Data de nascimento
7 – Acomodação
8 – Cobertura parcial temporária
9 – Contratante do plano de saúde
10 – Abrangência contratada
11 – Via do cartão
12 – Tipo de plano contratado
13 – Início da vigência do plano
14 – Rede de atendimento disponível
15 – Validade do cartão
16 – Segmentação assistencial do plano, conforme contratado

1 – Área de atuação do produto
2 – Módulos de cobertura com prazo de carência
3 – Código do registro da operadora na ANS
4 – Código de registro do produto na ANS
5 – Cartão Nacional de Saúde

Quais os cuidados que devo manter com o meu plano e meu cartão Unimed?

O seu cartão é pessoal e intransferível. Para ser atendido, tenha-o sempre em mãos, juntamente com um documento pessoal com foto.

Lembramos que a apresentação do seu cartão Unimed é obrigatória, sendo uma condição fundamental para o seu atendimento. Ao apresentar o seu cartão você estará facilitando a sua identificação e garantindo agilidade e facilidade na liberação de seus exames e procedimentos. Além disso, você impede a cobrança de débitos indevidos.

Verifique as informações relativas às carências e de cobertura parcial temporária impressa no seu cartão e consulte as condições de contratação.

Caso tenha dúvida, entre em contato conosco pelo telefone 0800 725 0506.

Importante:
Em caso de roubo, extravio do cartão ou mais informações, entre em contato. Caso haja qualquer problema com o cartão, solicite a substituição imediatamente por meio do nosso serviço de atendimento ao beneficiário.

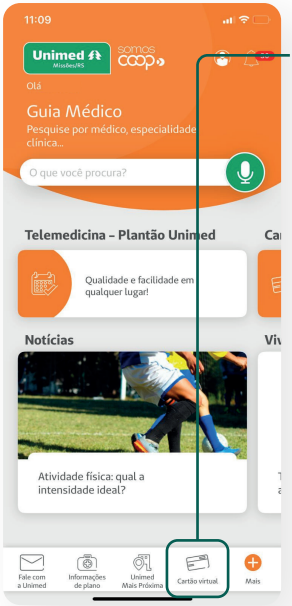
O seu cartão magnético Unimed é uma garantia de que você está sempre bem protegido. Proteja-o também: evite sujar, riscar a tarja magnética, expor ao sol, molhar ou colocar o cartão em contato com aparelhos elétricos. E, se você perder o cartão ou ele for roubado, avise a Unimed para que todas as providências necessárias sejam tomadas.

Cartão Virtual

Simples, rápido e eficiente.

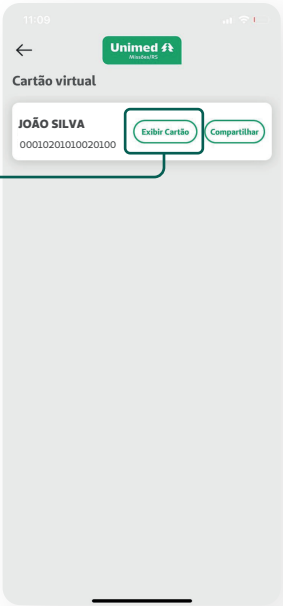
Simplificar o acesso às informações do seu plano de saúde é fácil com o cartão virtual Unimed Missões. No aplicativo, todas as informações essenciais estão a um toque de distância, eliminando a necessidade do cartão físico. Com praticidade e eficiência, tenha controle total na palma da sua mão. O cartão virtual está disponível no app "Unimed Cliente", para iOS e Android.

Confira como acessar:
Caso ainda não tenha o app Unimed Cliente, baixe agora no seu smartphone de forma rápida e fácil (confira nas próximas páginas o passo-a-passo para utilizar o app).



1. Com app aberto, clique em cartão virtual;

2. Clique em exibir cartão. Seu cartão estará pronto para uso.



Aplicativo Unimed Cliente

O App Unimed Cliente é o aplicativo onde você encontra as soluções mais pedidas para facilitar o seu dia a dia e proporcionar a você mais comodidade, praticidade e agilidade. Nele você encontra o Guia Médico Nacional Unimed com a praticidade do comando de voz, acessa a carteirinha virtual Unimed e ainda tem acesso a conteúdo de saúde e qualidade de vida.

Conheça todas as soluções do unimed cliente:

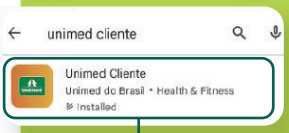
- **Guia Médico**
- **Cartão virtual**
- **Consulta de autorizações**
- **Minhas finanças**
- **Resultados de Exames**
- **Simulador de plano**
- **Atualização cadastral**
- **Notícias e artigos**
- **Fale conosco**

Passo-a-passo para utilizar o App Unimed Cliente

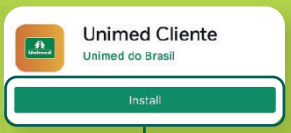
Baixe o aplicativo nas lojas de app do seu smartphone (disponível para Android e IOS)

DISPONÍVEL NO Google Play

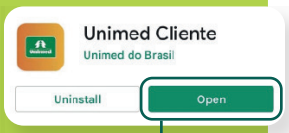
DISPONÍVEL NA App Store



Pesquise por
Unimed Cliente

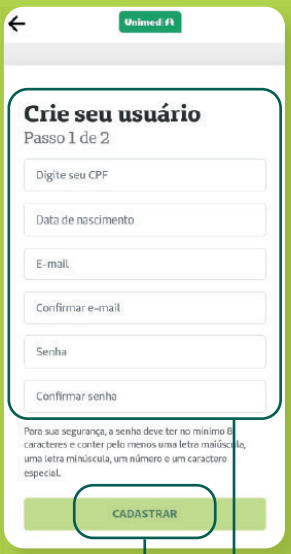


Clique em
Instalar/Install



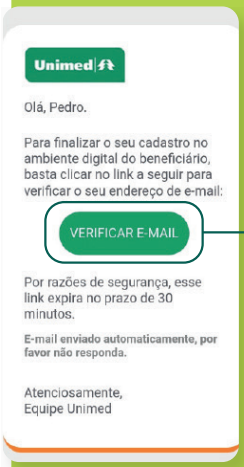
Clique em
Abrir/Open

Clique em
Novo cadastro



Preencha seus dados
corretamente e
clique em cadastrar

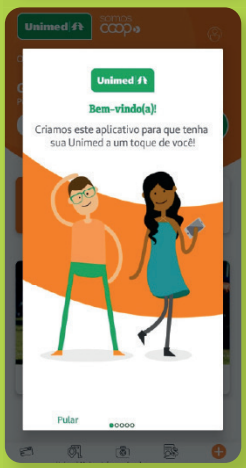
Será solicitado a
confirmação do seu
e-mail. Clique no
botão “Clique aqui
para confirmar”



Você receberá um e-mail conforme a imagem. Clique em Verificar e-mail

Seu cadastro será concluído

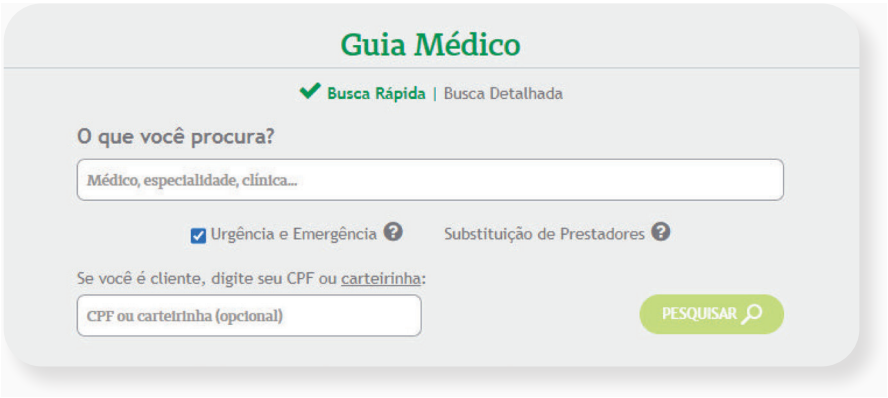
Abra o app e faça o login utilizando seu CPF ou o número do cartão de beneficiário e senha



Confira o tutorial de boas-vindas para conhecer todas as funcionalidades do aplicativo

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.
- Diponível no aplicativo Unimed Cliente.



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) 3431-3986

São Luiz Gonzaga:
Rua Bento Soeiro De Souza, 2328
Fone: (55) 3352-4278

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 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, fonoaudiólogo 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

b) histocitopatologia

c) eletrocardiograma convencional

d) eletroencefalograma convencional

e) endoscopia

f) exames radiológicos

g) exames e testes alergológicos

h) exames e testes oftalmológicos

i) exames e testes otorrinolaringológicos, exceto a videolaringoestroboscopia

j) inaloterapia

k) prova de função pulmonar

l) teste ergométrico

m) ultra-sonografia

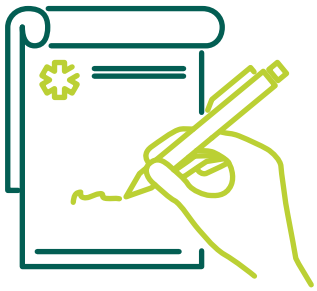
n) densitometria óssea

o) biópsia

p) colonoscopia

q) laringoscopia

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.

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?

A Unimed Missões/RS assegurará o reembolso, no limite das obrigações e abrangência geográfica contratadas, das despesas efetuadas pelo beneficiário com assistência à saúde, nos casos exclusivos de urgência ou emergência, conforme tabela praticada pela Unimed, quando não for possível a utilização de serviços próprios, contratados ou credenciados. Resolução Normativa – RN 566/2022 da ANS.

O reembolso será efetuado no prazo de até 30 (trinta) dias corridos, de acordo com os parâmetros constantes do seu contrato ou na legislação aplicável, mediante a apresentação dos seguintes documentos:

Solicitação formal do pedido na Unimed.

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

Conta hospitalar discriminando materiais e medicamentos consumidos, com preço por unidade, juntamente com notas fiscais, faturas ou recibos do hospital.

Recibos individualizados de honorários de médicos assistentes, auxiliares e outros, discriminando o evento a que se referem, com carimbo legível do médico, inclusive 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 carimbo legível do médico, inclusive o número do CRM.

O pagamento do reembolso será realizado por meio eletrônico (depósito). Para tal, será necessário cópia do documento de Identidade, CPF, comprovante de endereço, cartão do plano de saúde e cartão do banco ou folha talão de cheque. O prazo estabelecido para pagamento será em, no máximo, 30 dias.

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

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 Nº 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) que não possui o cartão do beneficiário 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 sem o seu Cartão de Beneficiário 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) 3352-4278**
São Borja: **(55) 3431-3986**
E-mail: **unimed@unimedmissoes.com.br**

SOS Emergência: **0800-510 0500**
Facebook: **facebook.com/unimedmissoes**
Instagram: **@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 Cartão Unimed. Para ter acesso a sua rede, cada beneficiário deve preencher adequadamente no site o número do seu cartão Unimed.

Programa FiZ Unimed

O FiZ Unimed é o programa que possibilita a utilização de qualquer serviço ou produto da cooperativa com pagamento facilitado, para quem tem ou não tem plano de saúde.

Para ter acesso, o cliente necessita marcar uma consulta médica para definir o procedimento, solicitar os valores e trazer ao setor Comercial da Unimed para simular o parcelamento junto ao valor do pacote hospitalar.

FiZ

Unimed
Missões/RS

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.

Plano demitido/aposentado

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

alpha center

Unimed
Missões/RS
HOSPITAL REGIONAL UNIMED MISSÕES

Unimed
Missões/RS

Unimed
Missões/RS

Zelar pela saúde das pessoas é o nosso propósito