

Guia do Beneficiário

Como usar melhor o seu plano



Unimed 
Norte do
Mato Grosso

Boas Vindas

Prezado Beneficiário

É uma grande satisfação recebê-lo como beneficiário Unimed, uma Cooperativa médica, fundada e administrada por médicos, com o principal objetivo de prestação de serviço médico-hospitalar de qualidade. Cada Unimed é autônoma e juntas formam o Sistema Unimed, que atualmente é considerado o maior sistema privado de saúde do Brasil. A Unimed cobre mais de 86% do território nacional e oferece serviços médicos a mais de 18 milhões de beneficiários, por meio de 341 Cooperativas médicas formadoras do Sistema Unimed Nacional. Atualmente, somos 117 mil médicos cooperados e uma rede de recursos próprios e credenciados sempre à sua disposição. Para sua comodidade e com a finalidade de prestarmos melhor atendimento, elaboramos este manual para orientá-lo sobre como proceder na utilização do seu plano.

Seja bem-vindo à Unimed

Índice

DIREITOS E DEVERES DO BENEFICIÁRIO	04
PORTAL DE SERVIÇOS	05
A UNIMED CONFIRMA OS DADOS PESSOAIS NAS LIGAÇÕES?	07
COMO FAÇO PRA SABER SE MINHA SOLICITAÇÃO FOI AUTORIZADA?	08
POR QUE FAZEMOS USO DE BIOMETRIA?	09
SEU CARTÃO DO BENEFICIÁRIO	10
COMO ACESSAR O GUIA MÉDICO?	11
LEGENDA DOS ÍCONES DA REDE DE ATENDIMENTO	12
COMO FAZER UMA CONSULTA?	13
COMO FAZER EXAMES E PROCEDIMENTOS?	14
POR QUE É IMPORTANTE LER O CONTRATO?	15
QUAL SEU TIPO DE PLANO?	16
QUAL A ÁREA DE ABRANGÊNCIA DO MEU PLANO?	17
COBERTURAS CARÊNCIAS E CPT	18
URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS	20
COMO ACONTECEM AS INCLUSÕES E EXCLUSÕES DE BENEFICIÁRIOS	21
QUEM PODE SER DEPENDENTE?	22
COMO FICA A INCLUSÃO DE RECÉM-NASCIDOS?	23
OUVIDORIA	24
GLOSSÁRIO	25

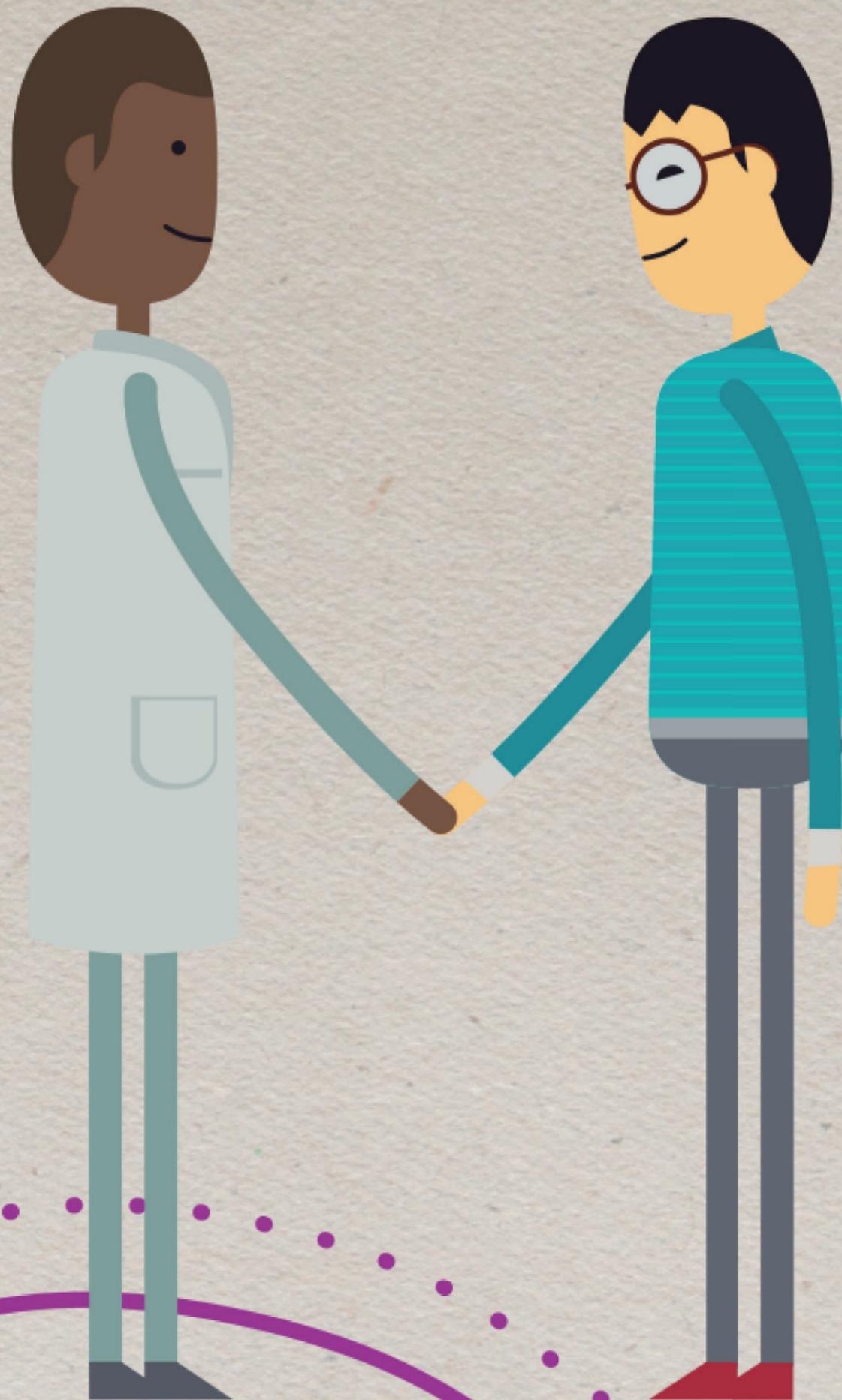
Direitos e deveres dos beneficiários

Direitos:

- Ser bem atendido
- Receber o produto que contratou
- Ser ouvido

Deveres:

- Ler o seu contrato e tirar dúvidas antes de sua assinatura
- Procurar a rede cooperada/ credenciada para atendimento
- Usar corretamente o seu cartão do beneficiário



Portal de Serviços

Alguns serviços disponíveis on-line:

- Emissão da 2ª via do boleto bancário atualizado
- No Portal, você também tem acesso ao Guia Médico on-line. Se precisar e não tiver em mãos o impresso ou a versão mobile (smartphones e tablets), entre em contato com sua Unimed

Se necessário, entre em contato pelo fale conosco:

www.unimed.coop.br/web/nortedomatogrosso

Ou através do serviço de atendimento ao cliente 24h:

(66) 3511-7060

(65) 3549-4002

(61) 99159-0196 (Segunda à Sexta das 8h as 18h - Horário de Brasília, exceto feriados)

Possuímos escritórios para atendimento presencial, com funcionamento de segunda a sexta em horário comercial (exceto sábados, domingos e feriados), nas cidades:

Sinop, Sorriso, Lucas do Rio Verde, Alta Floresta e Nova Mutum.

Portal de Serviços

APP UNIMED CLIENTE

Sua Unimed a um toque de você

Baixe no seu
smartphone e
tenha acesso à
facilidades.



Consultar
Autorizações



Guia Médico
Nacional



2º Via
de boleto



A Unimed confirma os dados pessoais nas ligações?

Sim!

Em atendimento a Lei Geral de Proteção de Dados nº 13709/2018, sempre que a Unimed entrar em contato irá confirmar informações como número do CPF e data de nascimento, para garantir assim a segurança das informações que serão repassadas.



Como faço pra saber se minha solicitação foi autorizada?

- Você pode baixar o APP Unimed Cliente e monitorar as suas solicitações autorizadas. O App está disponível para IOS e Android.
- Você poderá entrar em contato com o serviço de atendimento ao cliente para saber mais informações quanto as suas autorizações.
- As transações que caem em auditoria, quando autorizadas disparam um SMS automático com a autorização para o cliente, mantenha seus dados telefônicos sempre atualizados junto a operadora para garantir o recebimento de informações.



Por que fazemos uso de biometria?

A biometria é um dos caminhos mais seguros para identificação de pessoas e proteção de dados.

A Unimed Norte do Mato Grosso utiliza essa tecnologia, como forma de impedir fraude nos atendimentos de beneficiários.

Quando está isento o uso da biometria?

Maiores de 60 anos
Menores de 12 anos
Cadeirantes.



Seu cartão do beneficiário

A Unimed fornecerá ao beneficiário/usuário o cartão do beneficiário 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.

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

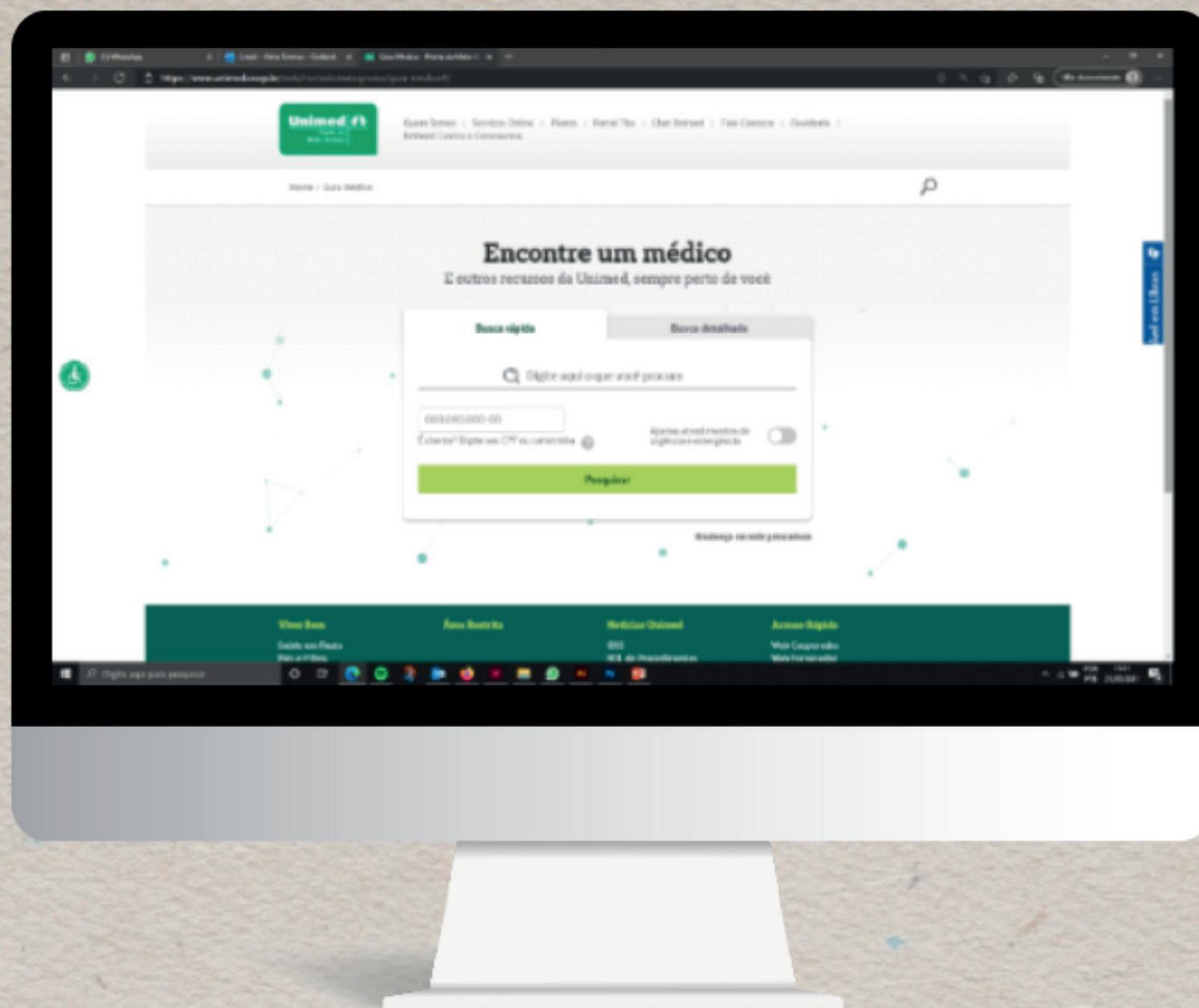
Dica da Unimed

Cuide do seu cartão que ele cuida de você.

O seu cartão 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 como rádios, tevês e celulares.

Assim ele vai estar sempre funcionando, pra você se sentir bem cuidado. E se você perder o cartão ou ele for roubado, avise a Unimed para que todas as providências necessárias sejam tomadas.

Como acessar o guia médico?



1. Acesse o Guia Médico, localizado no centro da primeira página do <https://www.unimed.coop.br/web/nortedomatogrosso/guia-medico#/>
2. Insira o número do CPF ou da sua carteirinha
3. Faça a consulta desejada por: cidade, tipo de recurso (hospitais, clínicas, laboratórios) ou especialidade (médicos)

Legenda dos ícones da rede de atendimento



Programa de acreditação



Comunicação de eventos adversos



Pós graduação *latu sensu*



Residência



Título de especialista



Qualidade Monitorada



Certificações de entidades gestoras de outros programas de qualidade



Certificação ISO 9001



Doutorado/Pós doutorado



Mestrado

Como fazer uma consulta?

Para agendar uma consulta eletiva, procure no Guia Médico o profissional que você deseja e marque o seu horário. No atendimento, será necessário apresentar o cartão do beneficiário e o documento de identidade. Sempre, ao consultar um médico, leve os exames já realizados.

Os atendimentos serão prestados por médicos cooperados e serviços credenciados do Sistema Nacional Unimed, dentro do território nacional, de acordo com a rede contratada.

Quando você estiver em outra cidade, acesse o guia médico para saber quais são os locais em que você poderá receber atendimento.

O contato de todas as Unimeds do Sistema Nacional, bem como a rede credenciada, pode ser obtido no link abaixo:

<https://www.unimed.coop.br/web/nortedomatogrosso/guia-medico#/>



Como fazer exames e procedimentos?

Os exames e procedimentos deverão ser solicitados pelo seu médico no consultório, durante o atendimento. Com a guia de solicitação médica autorizada, o cartão do beneficiário em mãos, e um documento com foto, você poderá realizar os exames/procedimentos na rede credenciada Unimed.

Em caso de dúvida pode entrar em contato com o Serviço de Atendimento ao Cliente através dos telefones: (66) 3511-7060, (65) 3549-4002 ou whatsapp (61) 99159-9196. 📞

É importante saber que, depois de liberadas, as guias de solicitação médica têm **60 dias de validade.**



Por que é importante ler o contrato

- Certifique-se de seus direitos e deveres, informando-se em detalhes sobre os benefícios do plano contratado por você diretamente, ou mesmo por meio de sua empresa ou entidade representativa. O cliente que paga um plano de saúde tem direito a tudo aquilo que contratou. A Unimed, em nenhum momento, se nega a cumprir o que está definido em contrato, mutuamente acertado. No entanto, é importante frisar: o plano deve ser utilizado com consciência. Ele não é um bem de consumo, ele consiste num benefício.
- A receita que uma pessoa gera, cobre as despesas de outro cliente, e vice-versa. Se não fosse assim, sua sustentação (para as operadoras de planos de saúde e para os próprios beneficiários) seria impossível.
- A sua utilização correta ajuda a minimizar os custos e os índices de reajustes futuros, mantendo o equilíbrio entre receitas e despesas. Quando se fala em utilização correta, não se quer dizer restrição à consulta e acesso aos exames necessários. Significa, apenas, não repetir procedimentos desnecessários e buscar cuidar de seu cartão de saúde, como se fosse um cartão de crédito. Ele não é infinito, porque os recursos em saúde não o são.
- Inclui também não ficar mudando de especialistas infinitamente. Se o diagnóstico de um determinado sintoma está difícil, duas opiniões, ou no máximo três, podem ser suficientes. Nosso pedido é apenas para que possamos dizer não ao desperdício. Afinal, desperdício em saúde significa, invariavelmente, deixar alguém sem o atendimento adequado. E quanto mais acontecer o uso inadequado do plano de saúde, mais transtornos poderão ocorrer para a operadora de seu plano e também para você.

Qual seu tipo de plano?

Quanto ao tipo de contratação

Individual ou Familiar – Permite livre adesão de beneficiários, com ou sem grupo familiar.

Coletivo Empresarial – Permite adesão da população que é vinculada à pessoa jurídica, por relação empregatícia ou estatutária.

Coletivo por Adesão – Permite adesão da população que mantém vínculo com pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou social, como sindicatos, associações, cooperativas e fundações.

Quanto à abrangência geográfica

- a) Nacional
- b) Estadual
- d) Grupo de Municípios

Dica da Unimed

Seus exames valem muito!

Fazer exames exige tempo e é um pouco desconfortável.

E se o seu plano tem coparticipação, uma parte do custo é cobrada de você.

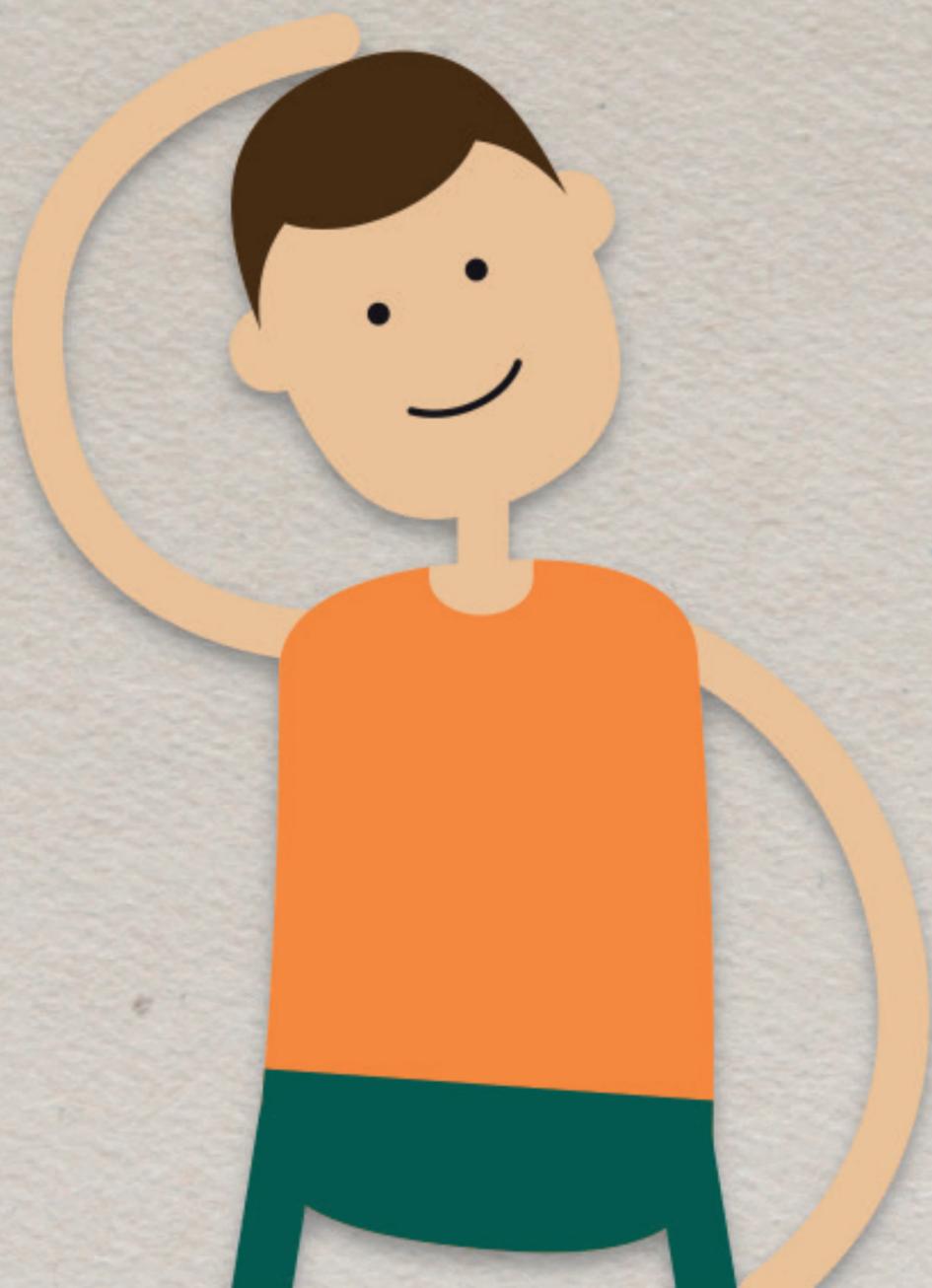
Por isso, seus exames são valiosos.

Guarde todos e leve para o seu médico na próxima consulta. Ele vai avaliar se você precisa de novos exames. Às vezes, os que você já fez são o suficiente.

Qual a área de abrangência do meu plano?

Vai depender da abrangência geográfica contratada. Observe se o seu plano é local, estadual ou nacional.

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



Dica da Unimed

Viver bem: 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.

É por isso que a Unimed promove a saúde e a qualidade de vida acima de tudo.

Coberturas, carências e CPT

A cobertura e suas limitações estão definidas no próprio contrato.

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

Quando couber cumprimento de carências, elas serão contadas a partir da data de início de vigência do contrato ou da adesão ao plano*.

COBERTURA	CARÊNCIA
Atendimentos de urgência/emergência (somente atendimento ambulatorial - Resolução 13ª do CONSU)	24 horas
Acidente Pessoal	24 horas
Consultas médicas	30 dias
Exames de Rotina e RX simples	90 dias
Exames Especializados	120 dias
Procedimentos de Alta Complexidade - PAC	180 dias
Fisioterapia/Demais terapias (Fono, Psico, Nutrição)	180 dias
Internações Clínicas e Cirúrgicas	180 dias
Parto/Cesárea	300 dias
Doenças ou Lesões Preexistentes	720 dias

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 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 contados de sua adesão ao contrato.

Urgências e Emergências

Toda dor causa aflição e ansiedade, mas nem tudo deve ser entendido como urgência ou emergência. Os atendimentos de urgência e emergência são realizados após decorridas 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 a cobertura é restrita às primeiras 12 (doze) horas de atendimento em regime ambulatorial ou prazo inferior se, dentro desse período, o quadro clínico evoluir para internação.

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. A cobertura será restrita às primeiras 12 (doze) horas de atendimento em regime ambulatorial ou prazo inferior se, dentro desse período, o quadro clínico evoluir para internação. Nos casos de urgência envolvendo complicação no processo gestacional, se o beneficiário estiver em período de carência para internações e para o parto ou não possuir a segmentação hospitalar, a cobertura é restrita às primeiras 12 (doze) horas de atendimento em regime ambulatorial ou prazo inferior se, dentro desse período, o quadro clínico evoluir para internação. Ainda em relação a complicações no processo gestacional, se o beneficiário estiver em período de carência apenas para o parto, mas já tiver cumprido a carência para internações, haverá cobertura de atendimento nos regimes ambulatorial e hospitalar.

Como acontecem as inclusões e exclusões de beneficiários?

No caso de **Planos Coletivos**, o beneficiário deve procurar o RH de sua empresa para solicitar a sua inclusão ou exclusão do plano ou de seus dependentes, que serão enviadas à Unimed.

Qualquer inclusão deve ser providenciada no prazo mencionado no contrato firmado com a sua empresa (admissão do beneficiário titular, nascimento de recém-nascidos, inclusão de dependentes...)

Os beneficiários só terão direito ao atendimento sem o cumprimento da carência, dependendo do tipo de contrato firmado entre a empresa e a Unimed e atendendo os requisitos estabelecidos no ato. Verifique com o RH de sua empresa essa condição.

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

Nos **Planos Individuais ou Familiares** as inclusões e exclusões de dependentes são realizadas pelo beneficiário titular ou contratante pagador diretamente no setor comercial da Unimed.

Quem pode ser dependente?

São dependentes:

- a) Cônjuge ou companheiro(a), independente se for casado no papel ou não
- b) Os filhos solteiros, até 20 anos se não estudarem ou até 23 se estudarem (será necessário neste caso, comprovar a escolaridade)
- c) O enteado, o filho adotado sob a guarda por força da decisão judicial e o menor tutelado, que ficam equiparados aos filhos
- d) Os filhos comprovadamente incapazes para os atos da vida civil



Como fica a inclusão de recém-nascidos?

O recém-nascido (filho natural ou adotado) que cujo pai ou mãe, possuir plano de saúde, poderá ser atendido, desde que esteja acompanhado por um dos responsáveis legais, que deverá apresentar o seu Cartão de beneficiário, seu documento de identidade e a certidão de nascimento do bebê.

O recém-nascido (filho natural ou adotado) só receberá atendimento sem o seu Cartão do beneficiário durante os primeiros 30 (trinta) dias a contar de seu nascimento ou adoção.

Se o recém nascido for incluído no plano ativo de um dos seus responsáveis, dentro dos 30 dias de vida, absorverá as carências deste e 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.



Ouvidoria

A Ouvidoria é um canal de comunicação diferenciado, em função das suas características de autonomia, independência e imparcialidade. Ela não substitui e nem invalida a atuação dos canais de primeiro atendimento hoje existentes na Unimed, mas está sempre pronta a atendê-lo(a), caso não tenha obtido sucesso em seu atendimento junto aos demais canais.

Por se tratar de um atendimento em segunda instância, preencha o formulário específico no site:

<https://www.unimed.coop.br/web/nortedomatogrosso/ouvidoria>



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 em 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

Coparticipação – É a participação na despesa assistencial a ser paga pelo usuário à operadora, após a realização do procedimento.

Emergência – É o evento que implica no risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o usuário, caracterizado em declaração do médico cooperado/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 e 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 clientes e ele deve disseminar os atributos desta 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 na ANS que a empresa (no caso de pessoa jurídica) ou indivíduo (no caso de 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 usuário, nos casos exclusivos de urgência ou emergência, quando não for comprovadamente possível a utilização de serviços próprios, contratados ou credenciados pelo Sistema Unimed, bem como serve de base de cálculo para os planos coparticipativos.

Unidades de atendimento – São postos de atendimento 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 processo gestacional

Unimed



Norte do
Mato Grosso