

Como usar
melhor o seu
**Plano de
Saúde**

**Guia do
Beneficiário**

CUIDAR DE VOCÊ. ESSE É O PLANO.

Unimed 

Região da
Fronteira - RS



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 80% do território nacional e oferece serviços médicos a mais de 18 milhões de beneficiários, por meio de 360 Cooperativas médicas formadoras do Sistema Unimed Nacional. Atualmente, somos 110 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

SEU CARTÃO DO BENEFICIÁRIO	3
QUAIS OS CUIDADOS QUE DEVO MANTER COM MEU PLANO E MEU CARTÃO UNIMED?	4
COMO ACESSAR O GUIA MÉDICO?	4
LEGENDA DOS ÍCONES DOS ATRIBUTOS DE QUALIFICAÇÃO	5
COMO FAZER UMA CONSULTA?	5
COMO FAZER EXAMES E PROCEDIMENTOS?	6
COMO FAZER INTERNAÇÕES ELETIVAS?	6
PRAZOS MÁXIMOS PARA O ATENDIMENTO	7
AGENDAMENTO	8
AUTORIZAÇÃO DE EXAMES E PROCEDIMENTOS	8
COBERTURAS, CARÊNCIAS E CPT	9
URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS	10
POR QUE É IMPORTANTE LER O CONTRATO?	11
QUAL É O PLANO QUE ADQUIRI?	12
QUAL A ÁREA DE ABRANGÊNCIA DE MEU PLANO?	14
REAJUSTE DE MENSALIDADES	14
EM QUE SITUAÇÕES TENHO DIREITO AO REEMBOLSO E COMO DEVO PROCEDER?	15
COMO ACONTECEM AS INCLUSÕES E EXCLUSÕES DE BENEFICIÁRIOS?	16
QUEM PODE SER DEPENDENTE?	16
COMO FICA A INCLUSÃO DOS RECÉM-NASCIDOS E RECÉM-CASADOS?	17
PORTAL DE SERVIÇOS	17
DIREITOS E DEVERES DOS BENEFICIÁRIOS	18
SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO CLIENTE	18
OUVIDORIA	19
PORTABILIDADE	19
AUDITORIA	21
INATIVOS E DEMITIDOS	21
GLOSSÁRIO	22

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. É obrigação do beneficiário a devolução do cartão e outros documentos fornecidos pela Unimed, na hipótese de 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

Dica 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.

Conheça seu cartão Unimed

Nome do produto e tipo de contratação ("Individual ou Familiar", "Coletivo Empresarial" ou "Coletivo por Adesão")

Data de nascimento do cliente

Identificação cliente

nome do cliente

Local de atendimento

Data de término de vigência da Cláusula de Cobertura Parcial Temporária para doenças/lesões preexistentes

Plano ("Regulamentado"/"Não Regulamentado"/"Adaptado")

Tipo de acomodação

Data da validade do cartão

Vigência do plano

Código da Rede de Atendimento/ Tipo de Prestador que o cliente tem direito

Código da via do cartão

Nome Contratante

Área de utilização do plano, respeitada a rede contratada/cooperada

Segmentação Assistencial do Plano

Grupos de procedimentos com carências a cumprir

Válido somente com apresentação do documento de identidade

Eventuais alterações ocorridas na rede de prestadores poderão ser consultadas no www.unimedocs.coop.br e no tel. XX-XXXX-XXXX

Área de Atuação do Produto: São Paulo, Guarulhos, Santo André, São Bernardo, São Caetano, Diadema, Mauá, Ribeirão Preto, Franca, Ourinhos, Caiçaras, Cotia, Barueri, Osasco, Vargem Grande Paulista, Embu das Artes.

NONONONO/NONONO	IMEDIATO	NONONONO/NONONO	00/00/00
NONONONO/NONONO	IMEDIATO	NONONONO/NONONO	00/00/00
NONONONO/NONONO	IMEDIATO	NONONONO/NONONO	00/00/00
NONONONO/NONONO	IMEDIATO	NONONONO/NONONO	00/00/00
NONONONO/NONONO	IMEDIATO	NONONONO/NONONO	00/00/00

NO ME FANTASIA DA ADMINISTRADORA NESSE LOCAL

SAC/Atendimento: 0800 000 000

ANS - nº XX XX

Cód. Prod. ANS: 00000000000000000000
CNS 00000000000000000000

ESTE CARTÃO É NÚMERO, NOME E ENTREGUE

Área de atuação

Código do produto registrado na ANS

Código do Cartão Nacional de Saúde (SUS)

Número de telefone do SAC

Número do registro da operadora na ANS

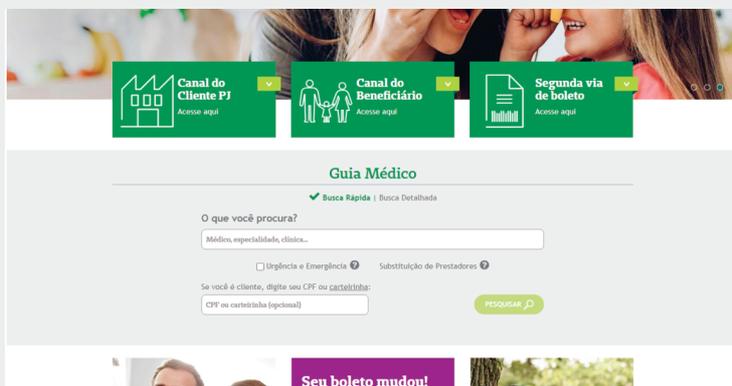
QUAIS CUIDADOS DEVO TER COM O PLANO E O MEU CARTÃO UNIMED?

- O seu cartão é pessoal e intransferível. Para ser atendido, tenha-o sempre em mãos, juntamente com a sua carteira de identidade.
- Verifique as informações relativas às carências e de cobertura parcial temporária impressas no seu cartão e consulte as condições de contratação. Caso tenha dúvida, entre em contato pelo SAC 0800 645 0410
- Mantenha seus dados cadastrais sempre atualizados (endereços, telefones, e-mail entre outras informações). Na ocorrência de qualquer alteração, entre em contato pelo SAC 0800 645 0410

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 cliente.

COMO ACESSAR O GUIA MÉDICO?



1 - Acesse o Guia Médico, localizado no centro da primeira página do site: www.unimedfronteira.com.br

2 - Insira o número da sua carteirinha

3 - Faça a consulta desejada por: cidade, tipo de recurso (hospitais, clínicas, laboratórios) ou especialidade (médicos)

● Novidade

Mais praticidade para você: agora o site da Unimed é responsivo, ou seja, se adapta à tela de qualquer dispositivo



LEGENDA DOS ÍCONES DOS ATRIBUTOS DE QUALIFICAÇÃO

A

Programa de Acreditação

N

Comunicação de eventos adversos

P

Pós-graduação lato sensu

R

Residência

E

Título de especialista

Q

Qualidade monitorada

G

Certificações de Entidades Gestoras de Outros Programas de Qualidade

I

Certificação ISO 9001

D

Doutorado/Pós-Doutorado

M

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 que possível, ao consultar um médico pela primeira vez, 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, entre em contato com a Unimed mais próxima para saber quais são os locais em que você poderá receber atendimento. É sempre necessário esse contato antes de se dirigir a um profissional ou a um estabelecimento de saúde.



COMO FAZER EXAMES E PROCEDIMENTOS?

Com a guia de solicitação médica preenchida e o cartão do beneficiário em mãos, você deverá entrar em contato com o Serviço de Atendimento ao Cliente (**SAC 0800 645 0410**) para a orientação do processo de liberação.

Durante a ligação serão fornecidas orientações específicas de como proceder para liberar os exames e os procedimentos.

É importante saber que, depois de liberada, a guia de solicitação médica têm 60 dias de validade, portanto, verifique a sua disponibilidade para realizar tal exame ou procedimento antes de liberá-lo.

COMO FAZER INTERNAÇÕES ELETIVAS?

Dirija-se à Unimed da cidade em que a internação será realizada tendo em mãos o Cartão do beneficiário, o documento de identidade, a guia de internações, os exames, o laudo e a justificativa médica. No local, você receberá orientações de como proceder para liberar a guia.

Dica UNIMED

Faça como a Unimed: proteja você.

A Unimed cerca você de cuidados a fim de evitar preocupações com a sua saúde. Faça o mesmo. Cuide-se bem, viva bem. Com a mente e o corpo em dia, talvez você nem precise da Unimed. Mas ela está sempre aqui para você se sentir ainda mais seguro.



PRAZOS MÁXIMOS PARA O ATENDIMENTO

Para garantir a qualidade e a agilidade do seu atendimento dentro dos prazos abaixo mencionados, é fundamental que você apresente a documentação necessária quando solicitada.

Para ser atendido dentro dos prazos, você deverá ter cumprido os períodos de carência previstos em seu contrato.

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.

Serviços	Prazo máximo para o atendimento (dias úteis)
Consulta básica – pediatria, clínica médica, cirurgia geral, ginecologia e obstetrícia	07 (sete)
Consulta nas demais especialidades	14 (catorze)
Consulta / sessão com fonoaudiólogo	10 (dez)
Consulta / sessão com nutricionista	10 (dez)
Consulta / sessão com psicólogo	10 (dez)
Consulta / sessão com terapeuta ocupacional	10 (dez)
Consulta / sessão com fisioterapeuta	10 (dez)
Consulta e procedimentos realizados em consultório / clínica com cirurgião-dentista	07 (sete)
Serviços de diagnóstico por laboratório de análises clínicas em regime ambulatorial	03 (três)
Demais serviços de diagnóstico e terapia em regime ambulatorial	10 (dez)
Procedimentos de alta complexidade (PAC)	21 (vinte e um)
Atendimento em regime de internação eletiva	21 (vinte e um)
Urgência e emergência	Imediato
Consulta de retorno	A critério do profissional responsável pelo atendimento

AGENDAMENTO



Caso encontre dificuldades ou demora para ser atendido pela rede credenciada do Sistema Unimed, basta contatar o Serviço de Atendimento ao Cliente - SAC, por meio do telefone 0800 645 0410, para registrar a sua demanda, que será tratada pela Central de Relacionamento com o cliente.

O atendimento cumpre as determinações das Resoluções Normativas nº 259 e 268, da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

AUTORIZAÇÃO DE EXAMES E PROCEDIMENTOS

Por que pode haver divergência entre uma solicitação médica e a autorização?

Exames e procedimentos podem ter o pedido de autorização negado. Só vai acontecer se o que for solicitado não estiver previsto contratualmente, não preencher requisitos/diretrizes de utilização fixados pela própria Agência Nacional de Saúde Suplementar ou se estiver expressamente excluído da cobertura, conforme art 10 da Lei 9 656/98. Além disso, algumas solicitações são negadas após análise de uma terceira opinião, escolhida de comum acordo entre a operadora e o médico assistente, sempre que persistir uma divergência médica.



COBERTURAS, CARÊNCIAS E CPT

Para os planos não-regulamentados (contratos firmados antes de 02/01/1999, antes da vigência da Lei 9656/98), 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 a 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*.

- 24 (vinte e quatro) horas para atendimento ambulatorial de urgências e emergências**
- 300 (trezentos) dias para parto a termo
- E até 180 dias para os demais procedimentos

*Para planos coletivos, consulte o responsável pelo plano de sua empresa ou entidade

**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 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 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.

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 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.



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. 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.



QUAL É O PLANO QUE ADQUIRI?

Dica 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.

Dica UNIMED

Você precisa mesmo de pronto-socorro?

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

Quanto ao tipo de contratação

- a) **Individual ou Familiar** - Permite livre adesão de beneficiários, com ou sem grupo familiar
- b) **Coletivo Empresarial** - Permite adesão da população que é vinculada à pessoa jurídica, por relação empregatícia ou estatutária
- c) **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

Quanto à formação do preço

- a) **Pré-pagamento** - Quando o valor da mensalidade é calculado antes da utilização da cobertura contratada

Quanto ao fator moderador

- a) **Coparticipação** - Quando o beneficiário paga parte da despesa assistencial, após a realização do procedimento
- b) **Sem fator moderador** - Quando o beneficiário não participa no pagamento de cada procedimento realizado

Quanto à época da contratação

- a) **Regulamentados** (contratos firmados a partir de 02/01/1999, depois da vigência da Lei 9.656/98)
- b) **Não-regulamentados** (contratos firmados antes de 02/01/1999, antes da vigência da Lei 9.656/98)
- c) **Adaptados** (contratos firmados antes de 02/01/1999, mas que foram adaptados para ajustá-los à cobertura da Lei 9.656/98 e demais normas da ANS - Agência Nacional de Saúde)

Quanto ao padrão de acomodação

- a) **Enfermaria** (Acomodação coletiva)
- b) **Apartamento** (Acomodação individual)



Importante:

Cessados os prazos de cobertura legal, a responsabilidade financeira pela internação e demais procedimentos necessários passa a ser do contratante, restando somente à Operadora a responsabilidade de remoção, caso sua continuidade se dê pelo SUS.

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.

Urgência	Emergência
Plano ambulatorial	
Atendimento limitado às primeiras 12 horas em ambulatório	Atendimento limitado às primeiras 12 horas em ambulatório
Plano hospitalar sem obstetrícia	
Acidentes pessoais: atendimento integral	Carência cumprida (180 dias): atendimento integral
Complicações no processo gestacional: Atendimento limitado às primeiras 12 horas em ambulatório	Carência a cumprir (após 24 horas): atendimento limitado às primeiras 12 horas em ambulatório
Plano hospitalar com obstetrícia	
Acidentes pessoais: atendimento integral	Carência cumprida (180 dias): atendimento integral
Complicações no processo gestacional, com carência cumprida (180 dias): atendimento integral	Carência a cumprir (após 24 horas): atendimento limitado às primeiras 12 horas em ambulatório
Complicações no processo gestacional, com carência a cumprir (após 24 horas): atendimento limitado às primeiras 12 horas em ambulatório	
Plano referência	
Atendimento integral	Atendimento integral



QUAL A ÁREA DE ABRANGÊNCIA DE MEU PLANO?

Dica 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.

Vai depender da abrangência geográfica contratada. Observe se o seu plano é local, estadual ou nacional. Verifique o seu contrato ou tire dúvidas na sua Unimed ou no RH de sua empresa, se o seu plano for coletivo.

REAJUSTE DE MENSALIDADES

Seu plano foi contratado antes de 2 de janeiro de 1999?

Se seu plano foi contratado antes de 2 de janeiro de 1999 e não foi adaptado à Lei nº 9.656/98, que regulamenta o setor de planos de saúde, isso quer dizer que ele é do grupo dos chamados planos antigos. Nesses casos, os reajustes devem seguir o que estiver escrito no contrato. No entanto, quando as cláusulas não indicarem expressamente o índice a ser utilizado para reajustes e sejam omissos quanto ao critério de apuração e demonstração das variações consideradas no cálculo do reajuste, será adotado o percentual de variação divulgado pela ANS.

Seu plano foi contratado pelo seu empregador, sindicato ou associação?

Se seu plano for do tipo coletivo, ou seja, se ele foi contratado por intermédio de uma pessoa jurídica (exemplo: a empresa em que você trabalha, sindicato ou associação ao qual está vinculado), os reajustes não são definidos pela ANS. Nesses casos, a Agência apenas acompanha os aumentos de preços, os quais devem ser combinados mediante negociação entre as partes (contratante e contratada) e devidamente comunicados à ANS em até 30 dias da sua efetiva aplicação.

Reajuste para planos Pessoa Física

Para planos Pessoa Física, a ANS define, anualmente, o índice autorizado para reajuste dos planos médico-hospitalares com ou sem cobertura odontológica contratados posteriormente à Lei nº 9656/98. Mesmo com essa definição, as operadoras só podem aplicar esse reajuste após avaliação e autorização expressa da ANS. As faixas etárias variam conforme a data de contratação do plano e os percentuais de variação precisam estar expressos no contrato.

EM QUE SITUAÇÕES TENHO DIREITO AO REEMBOLSO E COMO DEVO PROCEDER?

A Unimed 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. O reembolso será efetuado no prazo de até 30 (trinta) dias corridos, de acordo com os parâmetros constantes do seu contrato (no caso de contratos empresariais, verificar com o RH da sua empresa esta condição) ou na legislação aplicável, mediante a apresentação dos seguintes documentos:

- a) 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 da alta hospitalar.
- b) Conta hospitalar discriminando materiais e medicamentos consumidos, com preço por unidade, juntamente com notas fiscais, faturas ou recibos do hospital.
- c) Recibos individualizados de honorários dos médicos assistentes, auxiliares e outros, discriminando o evento a que se referem, com carimbo legível do médico, inclusive o número do CRM.
- d) 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.
- e) O pagamento do reembolso será realizado por meio eletrônico. Para tal será necessário nome completo e CPF do correntista. O prazo estabelecido para o pagamento será em no máximo 30 dias.

Importante

Tire cópia dos recibos/notas fiscais antes de solicitar o reembolso, para fins de comprovação das informações contidas na sua declaração de Imposto de Renda.
Em caso de dúvida, consulte a Unimed.

Dica UNIMED

É arriscado se automedicar.

Médicos estudam muito para entender o seu corpo. É perigoso não seguir à risca o que eles recomendam ou se irritar quando eles não prescrevem nenhum remédio. Acredite: você vai ficar melhor se confiar no que o seu médico diz.

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 inclusão ou exclusão do plano e 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, casamento, nascimento...)

Os beneficiários só terão direito ao atendimento sem o cumprimento da carência, desde que as inscrições ocorram no prazo estabelecido em contrato. 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, todos os beneficiários serão excluídos.

Nos Planos Individuais ou Familiares as inclusões e exclusões de dependentes são deliberadas pelo contratante pagador.

QUEM PODE SER DEPENDENTE?

Dica UNIMED

Coloque a sua saúde na cabeça

A nossa mente é muito poderosa. Ela pode nos ajudar a fugir de vícios, como o álcool e o cigarro. Pode nos ensinar a evitar os sentimentos negativos, mantendo um bom diálogo com as pessoas, gostando do que a gente faz e curtindo a vida. Tenha isso sempre em mente que você vai ser mais feliz e saudável.

Usualmente, são dependentes:

- a) Cônjuge;
- b) Os filhos solteiros, de acordo com a idade limite firmada em seu contrato (no caso de planos coletivos, verifique com o RH esta condição);
- c) O enteado, o menor sob a guarda por força da decisão judicial e o menor tutelado, que ficam equiparados aos filhos;
- d) O (a) companheiro(a), havendo união estável, na forma da lei, sem eventual concorrência com o cônjuge;
- e) Os filhos comprovadamente incapazes para os atos da vida civil.

* São considerados dependentes do titular, aptos a aderirem ao plano, aqueles descritos no contrato firmado. Perderão a condição de dependência e, portanto, serão excluídos do plano aqueles que atingirem a idade limite ou que de algum modo, percam o vínculo familiar com o titular.

COMO FIÇA A INCLUSÃO DOS RECÉM-NASCIDOS E RECÉM-CASADOS?

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

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, no entanto, precisará cumprir os prazos de carência.

O **recém-casado** terá isenção de carências, dependendo da previsão contratual

Obs.: No caso dos planos coletivos, o beneficiário pode requerer cópias das cláusulas contratuais, referendadas no guia de leitura contratual ao RH da empresa.

PORTAL DE SERVIÇOS

Dica UNIMED

Se o seu plano é empresarial conheça os detalhes.

O seu plano Unimed faz parte dos benefícios que a sua empresa, conselho profissional, sindicato, associação, cooperativa, dentre outras pessoas jurídicas, oferece a você. Então, pergunte ao RH ou ao setor responsável por esse benefício na instituição a qual está ligado, quais são os direitos que o plano coletivo lhe dá e o que é que você deve fazer. Se ainda tiver dúvidas, fale com a Unimed. Conhecer bem os seus direitos e deveres vai ajudá-lo a utilizar melhor o seu plano, sem correr o risco de qualquer transtorno. Com as coisas bem claras, tudo fica mais fácil e mais seguro.

Alguns serviços disponíveis on-line:

- Emissão da 2ª via do boleto bancário atualizado
- Rede local, estadual e nacional
- No Portal, você também tem acesso ao Guia Médico on-line (redes local, estadual e nacional). 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/regiaodafrenteira/fale-conosco

Ou através do **e-mail:**
relacionamento@unimedfronteira.com.br

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
- Pagar sua fatura em dia
- Procurar a rede cooperada/credenciada para atendimento
- Usar corretamente o seu cartão do beneficiário

Dica UNIMED

A sua consulta é um momento importante.

Um médico dedica tempo à saúde de muitas pessoas. Pense nisso. Marque a consulta ou exame com antecedência e desmarque se não puder ir. Se todos fizerem isso, o atendimento vai ficar mais fácil e rápido.

SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO CLIENTE

O **SAC** (Serviço de Atendimento ao Cliente) é o canal disponível para o cliente realizar a sua primeira manifestação (solicitações, sugestões, elogios, reclamações e dúvidas) junto a Unimed Região da Fronteira. Além desse, disponibilizamos também o canal **Fale conosco** que está disponível no link www.unimed.coop.br/web/regiaodafronteira/fale-conosco



SAC 0800 645 0410



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:

www.unimed.coop.br/web/regiaodafrenteira/ouvidoria e acesse Registrar Manifestação. Ou entre em contato pelo telefone: (55) 3242-9815/3242-9800 (de 2º a 6º feira das 8h às 12h e das 14h às 18h)

Importante: A Ouvidoria poderá solicitar o número de protocolo gerado através do atendimento realizado previamente. Caso não consiga atendimento na primeira instância, poderá recorrer diretamente à Ouvidoria.

O prazo para resposta da Ouvidoria é de 7 (sete) dias úteis, sendo admitida a pactuação de prazo superior, nos casos excepcionais ou de maior complexidade.

Saiba mais acessando o **Manual da Ouvidoria** através do site:

www.unimed.coop.br/web/regiaodafrenteira/ouvidoria

PORTABILIDADE

RN nº 438

Portabilidade é o direito que o beneficiário tem de mudar de plano privado de assistência à saúde dispensado do cumprimento de períodos de carências ou cobertura parcial temporária, relativas às coberturas previstas na segmentação assistencial do plano de origem.

Entrou em vigor em 03/06/2019, a Resolução Normativa ANS nº 438, que dispõe sobre novas regras para contratação do plano de saúde por Portabilidade de Carências.



O que é carência?

É o período ininterrupto, contado a partir do vínculo do beneficiário ao contrato do plano de saúde, durante o qual o beneficiário não tem acesso a determinadas coberturas previstas na segmentação do plano.

Quem tem direito a pedir a portabilidade?

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

O que muda com as novas regras?

As regras trazem diversas mudanças em prol do consumidor, entre elas a permissão para que beneficiários de planos coletivos empresariais possam realizar a portabilidade, a extinção de um período-limite para a solicitação do recurso e o fim da necessidade de compatibilidade de cobertura para mudar de plano.

Fonte: <http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/consumidor/4746-ans-amplia-regras-para-portabilidade-de-carencias>

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

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

AUDITORIA

(Resolução CFM nº 1.614/2001)

○ A atividade de auditoria em saúde garante a qualidade da assistência médica, respeitando as normas técnicas, éticas e administrativas. Por se tratar de atividade que envolve recursos financeiros e interesses conflitantes, as ações e processos obedecerão a uma gestão racional dos recursos disponíveis e a garantia de uma relação equilibrada entre custo e benefício. A auditoria médica exige bom senso e conhecimento técnico da matéria que se vai auditar e o médico investido da função de auditor encontra-se sob a égide do Código de Ética Médica.

Fonte: http://www.portalmédico.org.br/pareceres/CFM/2011/44_2011.htm

INATIVOS E DEMITIDOS

Lei nº 9.656/98 e RN nº 279

○ 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 no 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, respeitado o limite mínimo de permanência de seis meses e máximo de dois anos ou até conseguirem um novo emprego que tenha o benefício de plano de saúde. É garantido ao aposentado ou demitido o direito de manter a condição de beneficiário individualmente ou com seu grupo familiar, além da inclusão de novo cônjuge e filhos no período de manutenção da condição de beneficiário no plano de aposentado ou demitido.



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.

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.





Baixe o APP UNIMED CLIENTE.

A **Unimed**
a um toque de você.



CUIDAR DE VOCÊ. ESSE É O PLANO.



CUIDAR DE VOCÊ. ESSE É O PLANO.



www.unimedfronteira.com.br

Av. Vinte Quatro de Maio, nº 1016 - Divisa
97573-396 - Sant'Ana do Livramento - RS
T.(55) 3242 9800 SAC 0800 645 0410

Elaboração em : 01/05/2020

ANS - nº 32837-5