

MANUAL DO BENEFICIÁRIO

VERSÃO 1
19/02/2018

CUIDAR DE VOCÊ. ESSE É O PLANO.

Unimed 
Pelotas/RS

SUMÁRIO

| | |
|---------------------------------------------------------------|----|
| 1. Introdução | 4 |
| 2. Cartão do Beneficiário | 5 |
| 3. Como acessar o Guia Médico e 2º Via do boleto | 6 |
| 4. Prazos máximos para o atendimento | 8 |
| 5. Qual é o plano que você adquiriu? | 9 |
| 6. Cobertura do seu plano | 10 |
| 7. Outras informações do seu plano | 11 |
| 8. Dicas de utilização do plano | 13 |
| 9. Carências | 14 |
| 10. Reembolso | 14 |
| 11. Como acontecem as inclusões e exclusões de beneficiários? | 15 |
| 12. Portal de serviços | 15 |
| 13. Portabilidade | 15 |
| 14. Portabilidade especial | 16 |
| 15. Remoção Aérea e Terrestre | 16 |
| 16. NAIS - Núcleo de Atenção Integral à Saúde | 17 |
| 17. Fale com a Unimed Canais de atendimento | 18 |

INTRODUÇÃO

Prezado beneficiário,

A Unimed Pelotas/RS é uma cooperativa de trabalho médico, fundada e administrada por profissionais da medicina. A organização tem como principal objetivo oferecer cuidados à saúde, prezando pelo atendimento humanizado e de qualidade. Fundada em 18 de dezembro de 1978, a cooperativa atua em Pelotas, Arroio Grande, Arroio do Padre, Capão do Leão, Canguçu, Cerrito, Herval, Jaguarão, Morro Redondo, Pedro Osório, Piratini, São Lourenço e Turuçu.

Nossos beneficiários tem acesso a uma rede de atendimento qualificada, com médicos, hospitais, laboratórios, clínicas e uma Central de Relacionamento com o Cliente.

A organização ainda oferece produtos e serviços diferenciados, para melhor atender às suas necessidades e também de sua família.

Cada Unimed é autônoma e juntas formam o Sistema Unimed, o maior sistema cooperativista de trabalho médico do mundo e também a maior rede de assistência à saúde do Brasil, presente em 84% do território nacional.

Agora, como beneficiário da Unimed Pelotas/RS, você integra o time de clientes desta cooperativa e é com grande satisfação que o recebemos.

Preparamos este Manual do Beneficiário para que você o tenha sempre em mãos, ou mantenha em local de fácil acesso, pois o conteúdo o ajudará com dicas e informações sobre como usar o seu plano da melhor forma, garantindo a sua saúde, segurança e satisfação.

Além deste manual, estamos sempre à sua disposição, por meio da nossa Central de Relacionamento com o Cliente, e também pelo nosso site, onde de forma prática, segura e fácil você consegue resolver assuntos como: 2ª via de boleto, consultar o Guia Médico, entre outros.

SEJA MUITO BEM-VINDO À UNIMED PELOTAS/RS E CONTE SEMPRE CONOSCO.

CARTÃO DO BENEFICIÁRIO

O seu cartão é pessoal e intransferível. Carregue-o sempre com você e o mantenha em bom estado.

Para ser atendido, você precisa ter o cartão sempre em mãos, juntamente com um documento de identificação com foto.

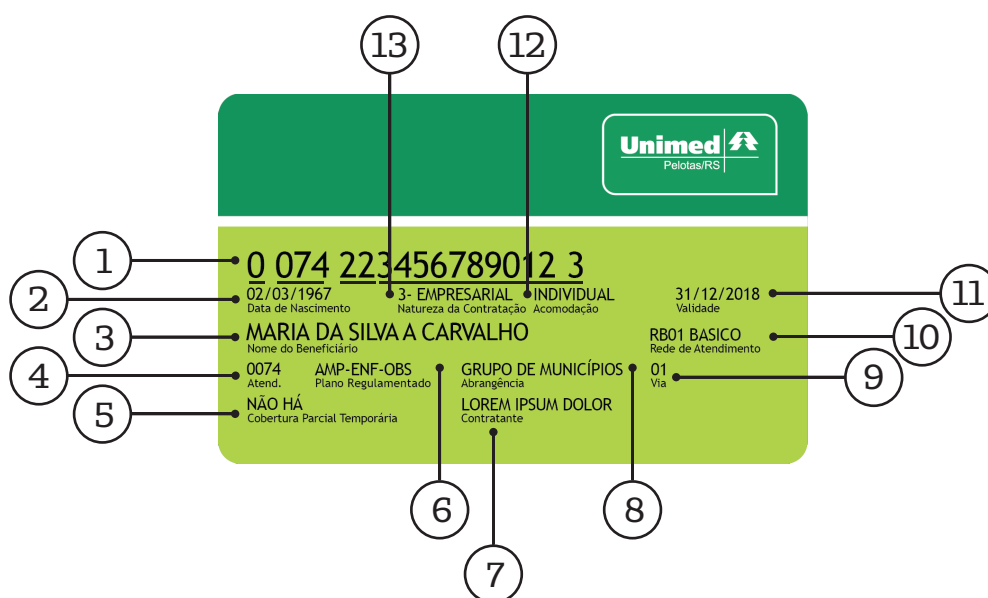
É muito importante que os dados de cadastro estejam sempre atualizados. Qualquer alteração comunique a Unimed Pelotas/RS.

Importante!

Em caso de perda, roubo ou extravio do cartão, informe imediatamente o setor de Cadastro pelo (53) 3309-4920.

Haverá cobrança de R\$10,00 no boleto bancário por solicitação de 2ª via. Caso você tenha sido roubado ou furtado, com a apresentação do Boletim de Ocorrência a taxa não será cobrada.

Caso o seu plano seja empresarial, consulte a área de Recursos Humanos da sua empresa.



Aprenda a identificar as informações que estão em seu cartão Unimed:

1. Código do Cliente: 0 – Sistema Unimed. 074 – Identificação da Singular. 22 – Modalidade do Plano. 3456789012 3 – Código de identificação do usuário
2. Data de Nascimento
3. Nome do Beneficiário
4. Número de Identificação da Singular
5. Cobertura Parcial Temporária (identifica o período de carência)
6. Tipo de Plano
7. Nome do Contratante
8. Abrangência do Contrato
9. Emissão da Via
10. Acesso à Rede
11. Validade do Cartão
12. Acomodação do Hospitalar
13. Natureza do Contrato (Jurídico ou Familiar)

COMO ACESSAR O GUIA MÉDICO

1º Passo: Acessar o site da Unimed Pelotas/RS (www.unimedpelotas.com.br). Ainda na página inicial você encontra uma caixa em cinza apontando: “Encontre um Médico agora”. No canto esquerdo da tela, está o texto: “Se você é cliente, digite o código do cartão”, como destacado abaixo. Nesse campo, deverão ser preenchidas as informações para o avanço à próxima etapa.

Segunda via de boleto
Acesse aqui

Resultado de Exames
Acesse aqui

Canal do Beneficiário
Clique aqui

Encontre um Médico agora
Faça uma busca rápida no nosso Guia Médico

UNIMED PELOTAS/RS

Se você é cliente, digite o código do cartão.
Código do cartão
PRÓXIMO

Se você ainda não é cliente, selecione o plano e a rede que deseja pesquisar.
Plano: Seleccione | Rede: Seleccione
Encontre sua rede | PRÓXIMO

2º Passo: Ao preencher os dados corretamente, você será redirecionado para uma nova página. Assim, basta completar os itens apontados, como, por exemplo, cidade e tipo de recurso para encontrar o seu médico. A seguir você pode verificar o modelo da página.

Busque no Guia Médico
Procure os médicos, clínicas, laboratórios, hospitais e parceiros comerciais da Unimed que estão mais perto de você. Veja a localização dos resultados da sua busca no mapa, saiba como chegar até eles, ou indique estes resultados a um amigo.

Acesse o Guia Médico Nacional Unimed no celular.
Disponível nas lojas App Store e Google Play

REDE CREDENCIADA
Substituição de prestadores

OLÁ, [nome]

UNIMED PELOTAS/RS
Rede: RB01
Plano: AMBULATORIAL + HOSPITALAR EMPRES CO-PARTICIP.30%
CONS.S-PRIV [nome]

Urgência e Emergência

Cidade: * Pelotas

Tipo de recurso: Todos

Especialidades: Todas

Área de atuação: Todas

Qualificação: Todas

Nome do prestador: [campo]

Bairro do prestador: [campo]

Pesquisar | Guia Médico

Obs.: O guia completo com o nome de todos os sócios cooperados e prestadores de serviços ainda pode ser baixado para seu computador, smartphone e/ou tablet.

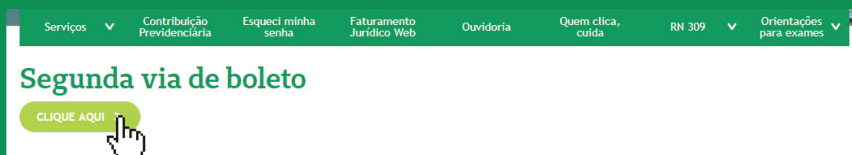
COMO ACESSAR A 2º VIA DO BOLETO

SEGUNDA VIA DO BOLETO



Não recebeu ou extraviou o boleto?

Acesse o site da Unimed Pelotas e imprima boletos vencidos e a vencer na hora em que desejar, pelo link www.unimedpelotas.com.br.



Para emitir a segunda via de seu boleto, preencha os campos abaixo:

| | |
|------------------|--------------------------|
| Nº Cartão Unimed | <input type="text"/> |
| Senha | <input type="password"/> |

[Esqueci a senha](#)

Caso haja algum problema na emissão de seu boleto, acesse a opção abaixo, que irá direcioná-lo para o site da Unicred:

[Link 2ª via Unicred](#) (recomendamos o uso do navegador Internet Explorer).

Se mesmo assim não obtiver sucesso na emissão, envie e-mail para financeiro@unimedpelotas.com.br.

1.

Preencha os campos indicados com o número e senha do seu cartão Unimed.

2.

Ou acesse o link da Unicred, informando o CPF/CNPJ do titular do plano. Neste caso, é necessário utilizar o navegador Internet Explorer.

ANS - nº 311375

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.

Caso encontre dificuldades ou demora para ser atendido pela rede de atendimento da Unimed, basta contatar o setor de Relacionamento com o Cliente, por meio do telefone (53)3309.4986 ou (53)3309.4968

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

| 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 | 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) |

SERVIÇOS

PRAZO MÁXIMO PARA O ATENDIMENTO

Dias úteis

Procedimentos de Alta Complexidade (PAC) 21 (vinte e um)

Atendimento em regimento hospital-dia 10 (dez)

Atendimento em regime de internação eletiva 21 (vinte e um)

Urgência e emergência Imediato

Consulta de retorno 30 dias

QUAL É O PLANO QUE VOCÊ ADQUIRIU?

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 (servidores públicos no regime da Lei 8.112/90 e leis congêneres).
- 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) Grupo de Municípios

Quanto à formação do preço

- a) Pré-pagamento (pré-estabelecido) - Quando o valor da mensalidade é calculado antes da utilização da cobertura contratada.
- b) Pós-pagamento em custo operacional (pós-estabelecido em custo operacional) - Quando o valor da contraprestação pecuniária é efetuada pela contratante depois da utilização das coberturas contratadas.

Quanto ao fator moderador

- a) Coparticipação - Quando o beneficiário paga parte da despesa assistencial diretamente à operadora, após a realização do procedimento.

b) Franquia – Quando o beneficiário paga diretamente ao prestador da rede credenciada ou referenciada no ato da utilização do serviço, por não ser responsabilidade contratual da operadora.

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 editados 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)

COBERTURA DO SEU PLANO

Fique por dentro das coberturas do seu plano.

Para os contratos regulamentados as coberturas estão de acordo com o Rol de Procedimentos – listagem dos procedimentos em saúde, cuja cobertura é garantida – editado e atualizado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que está disponível no endereço eletrônico:

www.ans.gov.br.

Cobertura ambulatorial

São os atendimentos realizados em consultórios ou ambulatorios, incluindo realização de pequenas cirurgias, primeiros socorros e outros procedimentos que não exijam uma estrutura mais complexa para atendimento, tais como:

- Consultas
- Serviços de apoio diagnóstico
- Consulta e procedimentos em consultório, pronto-socorro e pronto atendimento
- Atendimentos caracterizados como de urgência e emergência, que demandem atenção continuada, pelo período máximo de 12 horas, em leitos ambulatoriais.

Cobertura hospitalar

São os atendimentos realizados em ambientes hospitalares por exigirem uma estrutura mais complexa para atendimento, tais como:

- Internações clínicas e cirúrgicas
- Procedimentos obstétricos e partos, quando contratados.

Segue abaixo alguns procedimentos cuja necessidade está relacionada à continuidade da assistência prestada em internação hospitalar:

- Hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD
- Quimioterapia
- Radioterapia
- Nutrição parenteral ou enteral
- Hemoterapia
- Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica

- Embolização e radiologia intervencionista.

Outras coberturas

1 - Cobertura para remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica, em território brasileiro;

- Entre hospitais, depois de realizados os atendimentos classificados como de urgência e emergência, e quando o médico assistente identificar necessidade de internação;

- Para transferência hospitalar, quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade para dar continuidade de atenção ao paciente;

2 - Transplante de córnea ou rins*.

3 - Cirurgia plástica reparadora terá cobertura contratual quando efetuada, exclusivamente, para restauração de funções em órgãos, membros e regiões atingidas em virtude de acidentes pessoais, ocorridos na vigência do contrato para o respectivo beneficiário e que estejam causando problemas funcionais.

4 - Cirurgias buco-maxilo-facial que necessitem de ambiente hospitalar.*

*Conforme condições contratuais e de acordo com a legislação vigente.

OUTRAS INFORMAÇÕES DO SEU PLANO

Cobertura com limitações

- Os portadores de transtornos psiquiátricos que necessitem de internação terão direito ao custeio, no máximo 30 dias, contínuos ou não, por ano de contrato não cumulativo, em hospital ou unidade especializada. Caso seja necessário a continuidade do tratamento, haverá a cobrança de coparticipação conforme estabelecido em contrato.

- Estarão cobertos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões autoinfligidas.

Condições de permanência no plano empresarial:

Demitido

O beneficiário que contribuir com o plano de saúde e for demitido, sem justa causa, pode permanecer por um período correspondente a um terço do tempo de permanência no Plano. Assim, no mínimo, 6 meses e, no máximo, 24 meses, passando então a assumir as responsabilidades referente às mensalidades e as participações integralmente.

Aposentado

O beneficiário que tiver contribuído com a mensalidade do plano de saúde em decorrência do vínculo empregatício pelo prazo mínimo de dez anos, terá garantido o direito de permanência, passando então a assumir as responsabilidades referente às mensalidades e participações. Se o tempo de permanência for inferior, o direito será assegurado à razão de um ano para cada ano de permanência.

Obs: As condições de demitido e aposentado são exclusivamente para planos empresariais, observando a legislação vigente, para o funcionário que contribuiu com a mensalidade ou parte dela enquanto ativo. A coparticipação não é considerada como contribuição para gozo de direito.

Exclusões

Saiba quais procedimentos estão excluídos da cobertura do seu plano:

- Procedimentos odontológicos
- Procedimentos realizados fora da rede de atendimento Unimed
- Escleroterapia de varizes

- Procedimentos cirúrgicos, pré ou pós-operatórios, inclusive os relacionados a doador, relativos a transplantes, exceto os de rins e de córneas
- Produtos de toalete e higiene pessoal
- Serviços telefônicos e qualquer outra despesa que não seja vinculada diretamente à cobertura contratual
- Exames e medicamentos ainda não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia
- Cirurgias e tratamentos não éticos ou ilegais
- Cirurgia para mudança de sexo
- Inseminação artificial
- Atendimento nos casos de calamidade pública, conflitos sociais, guerras, revoluções e outras perturbações de ordem pública, e ainda de envenenamentos de caráter coletivo ou outra causa física que atinja maciçamente a população, quando declarada pela autoridade competente
- Medicamentos importados não nacionalizados
- Enfermagem em caráter particular em regime hospitalar ou domiciliar
- Cirurgias plásticas, exceto as reparadoras, decorrentes de acidentes ocorridos na vigência deste contrato, e que estejam causando problemas funcionais
- Tratamentos clínicos e/ou cirúrgicos por motivo de sensibilidade, para rejuvenescimento, bem como para prevenção de envelhecimento, ganho de peso e emagrecimento
- Tratamentos com finalidade estética, cosmética ou para alterações somáticas
- Vacinas, medicamentos e materiais cirúrgicos que não sejam ministrados em internações ou em atendimentos em pronto-socorros
- Necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma de cabelo
- Fornecimento de próteses e órteses não ligados ao ato cirúrgico ou para fins estéticos, bem como o fornecimento de órtese, prótese e materiais, mesmo que ligados ao ato cirúrgico, mas que sejam de procedência estrangeira
- Aparelho ortopédico
- Aluguel e fornecimento de equipamentos hospitalares e similares
- Consultas e atendimento domiciliares, mesmo em caráter de emergência e urgência
- Tratamentos em SPA, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais e clínicas de idosos
- Exames admissionais, demissionais, periódicos, mudança de função e retorno ao trabalho
- Laudo para sanidade mental e atividades físicas
- Atestado de saúde para banho de piscina e ginástica
- Exame de DNA para confirmação de paternidade
- Remoção domiciliar
- Assistência Domiciliar
- Atendimento em hospitais de alto custo e tabela própria

Reajustes

A mensalidade do seu plano de saúde poderá sofrer reajuste quando:

- Anualmente, na data base (aniversário) do contrato
- Houver desequilíbrio contratual devido ao aumento dos custos médicos, frequência de utilização ou ainda de acordo com as condições contratuais, exclusivamente para contratos firmados com pessoa jurídica
- Houver mudança de faixa etária. Lembrando que as faixas e os percentuais a serem aplicados estão detalhados em seu contrato, de acordo com as características do seu plano

O valor da coparticipação será reajustado anualmente, no mesmo mês e valor do índice de reajuste das mensalidades autorizadas pela ANS, a fim de manter o equilíbrio econômico-financeiro do contrato.

DICAS DE UTILIZAÇÃO DO PLANO

Quando não puder comparecer à consulta, avise com pelo menos 24 horas de antecedência. Outra pessoa pode precisar daquele médico.

Guarde sempre as prescrições do seu médico. O desaparecimento de sintomas não significa o fim da necessidade de cuidados médicos.

Escreva tudo o que você deseja discutir com o seu médico. Isso ajuda a manter a atenção no que realmente lhe incomoda. Leve a lista e leia antes de começar a consulta.

Para agilizar qualquer atendimento, apresente sempre o cartão do beneficiário e um documento de identificação com foto (ver pág. 5).

Em caso de perda do cartão de beneficiário, comunique o fato ao Recursos Humanos da empresa, ou na sede da Unimed, evitando, assim, que um desconhecido utilize seu cartão.

Nunca empreste o seu cartão de beneficiário a outra pessoa. Ele é pessoal e intransferível. Se apurado o uso indevido de um serviço por esse motivo, o beneficiário pode sofrer consequências, como por exemplo a sua exclusão.

Evite o uso do pronto atendimento em casos que não forem de urgência ou emergência.

Urgência e emergência

São consideradas situações de urgência e emergência aquelas que dependem da ação imediata do médico e, portanto, não podem aguardar o agendamento de uma consulta em consultório.

São casos de urgência e emergência:

Emergência – é o evento que implica no risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.

Urgência – é o evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo gestacional.

Quando procurar um pronto atendimento:

- Corte profundo
- Quebra de algum membro
- Luxação intensa
- Acidente de origem elétrica
- Picada ou mordida de animais peçonhentos
- Queimaduras
- Afogamento
- Hemorragias (forte sangramento)
- Infarto do miocárdio (forte dor no peito)
- Dificuldade respiratória
- Derrames, perda de função e/ou dormência nos braços e pernas
- Perda de visão ou audição
- Inconsciência ou desmaio
- Intoxicação por alimento ou medicamento
- Sangue no vômito, urina, fezes ou tosse
- Grave reação alérgica
- Febre alta permanente
- Convulsões, dores intensas no peito, abdômem, cabeça e outros
- Agressões físicas
- Acidente de carro, moto, atropelamento e quedas

CARÊNCIAS

É o prazo ininterrupto, contado a partir da vigência do contrato, durante o qual o beneficiário não tem direito à utilização dos procedimentos contratados, conforme tabela a seguir:

| PROCEDIMENTOS | CARÊNCIAS |
|------------------------------------|-----------|
| Urgências e emergências | 24 horas |
| Consultas | 30 dias |
| Exame de análises clínicas | 30 dias |
| Exames de Alto Custo | 180 dias |
| Internações Clínicas ou cirúrgicas | 180 dias |
| Procedimentos obstétricos | 300 dias |

Os períodos de carência podem variar de acordo com o tipo de contratação do plano de saúde, porém, em nenhuma hipótese, superarão os períodos acima descritos. Confira as carências em seu contrato.

Cobertura Parcial Temporária (CPT) é aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal.

REEMBOLSO

A partir da necessidade dos beneficiários de encontrar um médico cooperado ou prestador credenciado, para realizar determinado serviço, a Unimed Pelotas/RS disponibiliza a rede prestadora credenciada no site www.unimedpelotas.com.br.

O reembolso, quando necessário, ocorre somente nos casos em que o beneficiário solicita auxílio a operadora na busca do prestador e ao se deparar com a indisponibilidade ou a inexistência de rede para o caso demandado, tendo então que arcar com os custos do atendimento de forma particular.

Lembramos que o beneficiário que deixar de comunicar a Unimed Pelotas/RS previamente sobre a indisponibilidade de rede (artigo 10-A da Resolução Normativa nº. 259/2011), não terá direito ao reembolso de qualquer despesa suportada em caráter particular, mesmo que o serviço tenha sido realizado por prestador da rede credenciada.

Para mais informações entre em contato com o canal de Relacionamento com o Cliente, pelos telefones: (53) 3309 - 4968 ou (53) 3309 - 4986 ou através do e-mail: relacionamento@unimedpelotas.com.br.

INCLUSÕES E EXCLUSÕES DE BENEFICIÁRIOS

No caso de **Planos Coletivos**, o beneficiário deve procurar o setor responsável de sua empresa e/ou da entidade de classe e solicitar a inclusão ou exclusão de seus dependentes que serão efetivadas e enviadas à Unimed.

Qualquer inclusão deve ser providenciada no prazo mencionado no contrato firmado com a sua empresa (admissão do beneficiário titular, casamento, nascimento, etc.)

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 Familiares** as inclusões e exclusões de dependentes são deliberadas pelo beneficiário titular ou contratante pagador.

PORTABILIDADE

RN nº 186 e IN/DIPRO nº 19

É a possibilidade de contratar um plano de saúde, dentro da mesma operadora ou com uma operadora diferente, e ficar dispensado de cumprir novos períodos de carência ou de cobertura parcial temporária exigíveis e já cumpridos no plano de origem. Essa possibilidade vigora para os planos individuais e familiares e para os planos coletivos por adesão, contratados a partir de 02/01/1999.

RESOLUÇÃO NORMATIVA – RN Nº 186, DE 14 DE JANEIRO DE 2009

Dispõe sobre a regulamentação da portabilidade das carências previstas no inciso V do art. 12 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e sem a imposição de cobertura parcial temporária.

Art. 3º O beneficiário de plano de contratação individual ou familiar ou coletiva por adesão, contratado após 1º de janeiro de 1999 ou adaptado à Lei nº 9656, de 1998, fica dispensado do cumprimento de novos períodos de carência e de cobertura parcial temporária na contratação de novo plano de contratação individual ou familiar ou coletivo por adesão, na mesma ou em outra operadora de plano de assistência à saúde, desde que sejam atendidos simultaneamente os seguintes requisitos: (Redação dada pela RN nº 252, de 29/04/2011)

I – estar adimplente junto à operadora do plano de origem, conforme inciso I do art. 8º;

II – possuir prazo de permanência:

a) na primeira portabilidade de carências, no mínimo dois anos no plano de origem ou no mínimo três anos na hipótese de o beneficiário ter cumprido cobertura parcial temporária; ou

b) nas posteriores, no mínimo um ano de permanência no plano de origem.

(Redação dada pela RN nº 252, de 29/04/2011)

III – o plano de destino estar em tipo compatível com o do plano de origem, conforme disposto no Anexo desta Resolução;

IV – a faixa de preço do plano de destino ser igual ou inferior à que se enquadra o seu plano

de origem, considerada a data da assinatura da proposta de adesão; e
V – o plano de destino não estar com registro em situação “ativo com comercialização suspensa”, ou “cancelado”;

§1º As faixas de preço previstas no inciso IV deste artigo serão definidas em Instrução Normativa a ser expedida pela Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos – DIPRO e serão baseadas na Nota Técnica de Registro de Produto – NTRP e/ou em outros instrumentos a serem definidos pela referida Diretoria.

§2º A portabilidade de carências deve ser requerida pelo beneficiário no período compreendido entre o primeiro dia do mês de aniversário do contrato e o último dia útil do terceiro mês subsequente, ressalvado o disposto no § 4º do artigo 8º desta Resolução. (Redação dada pela RN nº 252, de 29/04/2011).

§3º A operadora do plano de origem deve comunicar a todos os beneficiários tratados no caput a data inicial e final do período estabelecido no parágrafo.

2º deste artigo, no mês anterior ao referido período, por qualquer meio que assegure a sua ciência. (Incluído pela RN nº 252, de 29/04/2011).

§4º O requisito previsto na alínea “a” do inciso II deste artigo não será exigível do beneficiário que for inscrito no plano de origem na forma da alínea “b” do inciso III do artigo 12, da Lei nº 9.656, de 1998. (Incluído pela RN nº 252, de 29/04/2011)

Fonte: <http://unimed.me/10033v>

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

Fonte: <http://unimed.me/1g4p4ND>

REMOÇÃO TERRESTRE E AÉREA

A Unimed disponibiliza aos seus clientes a remoção terrestre e aérea.

Remoção terrestre é uma cobertura para pacientes internados, que precisam de transferência nos limites da abrangência geográfica contratada.

Remoção aérea é um produto que possibilita, de acordo com a modalidade de contratação do plano, atendimento em território nacional, para pacientes internados que necessitem

transferência para unidade hospitalar com melhores recursos de atendimento, desde que solicitados e justificados pelo médico assistente.

NAIS - NÚCLEO DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE

O Núcleo de Atenção Integral à Saúde (NAIS) é o setor da Unimed Pelotas/RS que atua na Promoção à Saúde e na Prevenção de Riscos e Doenças.

Trata-se de um conceito amplo que reflete uma estratégia de concepção de um novo modelo para a saúde, tendo como um dos segmentos fortes a atenção primária e a ênfase na Medicina Preventiva. Se afirma como opção para reestruturação dos sistemas de saúde com base na atenção integral, articulando-se com as modernas práticas de gestão, utilizando a epidemiologia clínica como ferramenta, e a informação em saúde a partir da vigilância.

Alicerça-se na promoção da saúde e na prevenção de riscos e doenças, por isso, nosso foco se volta, neste momento, para a Atenção Integral à Saúde (AIS). Estamos agindo para que o beneficiário Unimed Pelotas/RS seja cuidado tanto enfermo como saudável.

Assim, oferecemos cuidados preventivos, que vão desde a educação em saúde até o acompanhamento contínuo de portadores de condições crônicas e complexas por uma equipe multidisciplinar, baseados nos princípios da AIS.

Equipe NAIS

O NAIS dispõe de uma equipe multiprofissional qualificada, que atua com foco no autocuidado por meio de educação em saúde.

Programa de promoção à saúde e de prevenção de riscos e doenças

Para ingressar nos Programas do NAIS o beneficiário da Unimed Pelotas/RS deverá passar por uma avaliação inicial de saúde, realizada pela equipe multiprofissional. Nesta avaliação será preenchido um questionário com o histórico de saúde, que será analisado pela equipe multiprofissional, a qual direcionará o beneficiário para um dos programas específicos. A avaliação inicial é aplicada presencialmente por um profissional treinado para desenvolver essa atividade.

Programas:

- Programa Unimed Benefícios em Medicamentos Genéricos
- Viver Bem - Alimentação
- Viver Bem - Gerenciamento da Saúde (Casos Complexos)
- Viver Bem - Gerenciamento da Saúde (Crônicos)
- Viver Bem - Saúde da Criança
- Viver Bem - Saúde da Gestante
- Viver Bem - Saúde do Adulto (Sem Tabagismo)
- Viver Bem - Saúde do Bebê (Alimentação Infantil de 6 a 12 meses)
- Viver Bem - Saúde do Bebê (PROAMA - Aleitamento Materno)

Serviços:

- Nutrição
- Psicologia

Para mais informações, acesse o site: www.unimed.coop.br/web/pelotas/servicos/nais-nucleo-de-atencao-integral-a-saude.

FALE COM A UNIMED PELOTAS/RS – CANAIS DE ATENDIMENTO

Assistência Domiciliar

Endereço: Rua Voluntários da Pátria, 366

Telefone: (53) 3309-4990

Centro de Diagnóstico por Imagem – CDI

Endereço: Rua 3, nº 250, Núcleo Residencial Dom Joaquim, Bairro Três Vendas – Pelotas-RS.

Telefone: (53) 3026-5300

Centro Unimed República do Líbano

Endereço: Av. República do Líbano, 168

Telefones: (53) 3027-4908 e
(53) 3027-4909

Comercial

Endereço: Rua Almirante Barroso, 2309

Telefone: (53) 3309-4923

Escritório Regional –

São Lourenço do Sul/ RS

Endereço: Rua Marechal Deodoro, 670

Telefone: (53) 3251-3307

Fisioterapia

Endereço: Rua General Osório, 1160

Telefone: (53) 3229-1818

Laboratório de Análises Clínicas

Endereço: Rua 3, nº 250 – Núcleo Residencial Dom Joaquim – Três Vendas

Telefone: (53) 3309-4970

Medicina Ocupacional

Endereço: Rua Almirante Barroso, 2297

Telefone: (53) 3309-4942

Núcleo de Atenção Integral A Saúde – NAIS

Endereço: Rua Almirante Barroso, 2297, Centro – Pelotas/RS

Telefones: (53): 3309.4947 – (53) 3309-4928

Pronto Atendimento – PA

Endereço: Rua General Neto, nº 1623

Telefone: (53) 3229-1700

SOS

Telefone: 080053-7474

Online:

PORTAL DE SERVIÇOS

No site da Unimed Pelotas/RS você encontra alguns serviços disponíveis, são eles:

- Emissão da 2ª via do boleto bancário atualizado
- Guia Médico on-line
- Resultado de exames
- Pré-agendamento de exames
- Demonstrativo para Imposto de Renda
- Visualização do cartão do Beneficiário
- Posição cadastral
- Despesas de utilização
- Canal do Beneficiário (informações pessoais e extrato de utilização)

Acesse www.unimedpelotas.com.br e conheça todos os nossos serviços on-line.

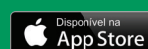
Aplicativo Unimed

O aplicativo virtual da cooperativa de saúde, é um novo canal de comunicação com o beneficiário.

Informando apenas os dados do Cartão Unimed e a senha pessoal, é possível ter acesso a diversos conteúdos como por exemplo: notícias, revistas e manuais da instituição. É um modo fácil e moderno de ter a Unimed em suas mãos.

O Guia de Saúde da Unimed Pelotas/RS funciona integrado com o sistema de gestão, permitindo assim a visualização em tempo real de informações importantes, como o status das solicitações de autorizações, o extrato de uso do plano, a segunda via de boleto, como também realizar a atualização cadastral. O aplicativo ainda contempla a rede credenciada, com opções de georreferenciamento, mapas dinâmicos e rotas, discagem direta, envio de email e compartilhamento de dados do credenciado.

O App possui uma interface moderna e de fácil acessibilidade, fornecendo ao beneficiário conteúdos de seu interesse.



CUIDAR DE VOCÊ. ESSE É O PLANO.

