

Manual do cliente **UNIMED**



CUIDAR DE VOCÊ. ESSE É O PLANO.

Unimed 
Barbacena

Expediente

Unimed Barbacena

Diretoria Executiva

Dr. Benedito de Oliveira Veiga
Diretor Presidente

Dr. Sessue Malachias Pais F. Lopes
Diretor Financeiro

Dr. Júlio César de Andrade
Diretor Administrativo

Diagramação
Douglas Mateus

Elaboração
Unimed Barbacena

Versão 04
Data da revisão:
01/06/2021

Criação:
03/07/2017

ÍNDICE

1. Introdução	3
2. Identidade Unimed Barbacena	4
3. Cartão do Beneficiário	5
4. O Guia Médico	10
5. Prazos Máximos para Atendimento	11
6. Tipo de Planos	12
7. Coberturas	15
8. Condições de permanência no plano empresarial	17
9. Reajustes	18
10. Carências, coberturas e doenças preexistentes	19
11. Reembolso	20
12. Remoção	21
13. Inclusões e Exclusões	22
14. Portabilidade de Carências	25
15. atendimentos Fora da Área da Unimed Barbacena	26
16. Viver Bem	27
17. Dicas de Utilização do Plano	28
18. Canais de Atendimento	30

1. Introdução

Prezado beneficiário,

É uma grande satisfação recebê-lo como beneficiário Unimed Barbacena, uma Cooperativa médica, fundada e administrada por médicos, com o principal objetivo de prestação de serviço médico-hospitalar de qualidade.

Cuidar, é nossa essência e é o que nos move todos os dias. Ao longo desses 32 anos, sabemos da responsabilidade que é zelar pela sua saúde e do quanto uma vida saudável reflete em sorrisos, tranquilidade e realizações.

Cada Unimed é autônoma e juntas formam o Sistema Unimed, que atualmente é considerado o maior sistema privado de saúde do Brasil.

Atualmente, a cooperativa conta com mais de 300 médicos, 6 hospitais credenciados, 9 laboratórios de análises clínicas e mais de 60 clínicas para prestação de serviços de SADT (Serviço de Apoio, Diagnóstico e Terapia). Contamos ainda com o Programa Viver Bem, um espaço dedicado à promoção da saúde e prevenção de doenças dos nossos beneficiários.

Neste manual você conhecerá um pouco mais sobre a Unimed Barbacena e terá a certeza de que fez a melhor escolha para a sua saúde. Em caso de dúvidas relacionadas ao seu plano, entre em contato conosco através dos Canais de Atendimento listados no item 18, página 30. Teremos muito prazer em atendê-lo.

Seja bem-vindo a **Unimed Barbacena!**

Cuidar de você. Esse é o plano!



2. Identidade Unimed Barbacena

NEGÓCIO

Soluções em Saúde

MISSÃO

Fortalecer a atuação médica cooperativista oferecendo soluções em saúde, com sustentabilidade, responsabilidade social, econômica e ambiental na busca constante da excelência.

VISÃO

Ser referência no segmento de saúde, primando pela inovação do modelo assistencial, difundindo o cooperativismo e sendo reconhecida como uma cooperativa de trabalho médico sustentável, parceira, acessível, de confiança e que cuida de pessoas.

VALORES

- A honestidade e a ética norteando nossos atos;
- Desenvolvimento com conhecimento e criatividade;
- Trabalho coletivo e respeito mútuo;
- Competência, transparência e responsabilidade na gestão;
- Reconhecimento das potencialidades individuais;
- Perseverança em nossos princípios e na valorização do cooperativismo.

POLÍTICA DE QUALIDADE

Através do comprometimento da alta direção e seus colaboradores, a Unimed Barbacena busca:

- Administrar com transparência, responsabilidade e comprometimento, atendendo às exigências legais;
- Melhorar continuamente os processos, produtos e serviços, incentivando o conhecimento, a criatividade e a inovação, buscando assim a liderança pela qualidade em nossa área de atuação;
- Conhecer, entender e antecipar as necessidades dos cooperados, clientes, parceiros e colaboradores, para satisfazê-los;
- Perseverar em nossos princípios e na valorização do cooperativismo, incentivando o trabalho coletivo e o respeito mútuo para obtenção de uma convivência harmoniosa;
- Atender os requisitos do Sistema de Gestão da Qualidade implantado.

3. Cartão do Beneficiário

Seu cartão Unimed é pessoal e intransferível!

Ele 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, TVs e celulares. Assim ele vai estar sempre funcionando, para você se sentir bem cuidado.

E se você perder o cartão ou ele for roubado, avise a Unimed Barbacena, para que todas as providências necessárias sejam tomadas.

Cuide do seu cartão e ele cuidará de você.

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 telefone: **0800 160 3900**.

Lembre-se de manter seus dados cadastrais sempre atualizados.

CUIDE DO SEU CARTÃO.

A Unimed Barbacena fornecerá ao beneficiário o cartão de identificação 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 Barbacena, 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.

3. Cartão do Beneficiário

Recentemente, a Unimed do Brasil atualizou o layout do cartão de identificação do usuário, seguindo as diretrizes da Central da Marca, conforme estabelecido no Manual de Padronização do Cartão do Beneficiário.

Na parte da frente do cartão, o novo layout contempla a impressão do QR Code, que facilita o atendimento para prestadores que possuem leitor, e a possibilidade de inclusão do Nome Social. No verso, o novo cartão carrega o registro da Operadora na ANS (tarja preta) e em caso de compartilhamento de risco em pré-pagamento ou autogestão, há o nome da Unimed detentora do contrato, o código do produto na ANS e o número do registro da Unimed contratada no órgão regulador.

Os cartões serão trocados gradativamente conforme a renovação da data de validade e novas emissões. Quem possui o cartão na versão anterior não precisa solicitar uma nova via para ter o novo modelo, todos serão contemplados quando a data de validade expirar.

As atualizações serão válidas também para o cartão virtual.



Saiba identificar seu cartão da Unimed

FRENTE cartão físico

Tipo de contratação:

Individual ou familiar: o cliente contrata o plano na operadora.
Coletivo por adesão: contratação feita por associação profissional ou sindicato
Coletivo Empresarial: a empresa contrata o plano para o colaborador

Código de Identificação do Cliente.

Tipo de acomodação

Nome do Cliente

Unimed
Nome da Unimed

somos
coop

NOME DO PRODUTO
TIPO DE CONTRATAÇÃO

Data de Nascimento do Cliente



0 123 123456789012 1

MARIA DA SILVA A CARVALHO

Nome do Beneficiário

02/03/1967

Data de Nascimento

INDIVIDUAL
Acomodação

NÃO HÁ

Cobertura Parcial Temporária

9999
Atend.

Código da Unimed do local de atendimento

Nome do contratante

LOREM IPSUM DOLOT AMET CONSECT

Contratante

NACIONAL
Abrangência

01
Via

Plano

ADAPTADO

Plano

31/12/2007

Vigência do Plano

NA99 MASTER

Rede de Atendimento

31/12/2007

Validade

Código da via do cartão

AMBULATORIAL + HOSPITALAR SEM OBSTETRÍCIA + ODCNTOLÓGICO

Segmentação Assistencial do Plano

Data de validade do cartão

Data em que o beneficiário passou a ter direito ao plano

Abrangência contratada, podendo ser: Nacional, Grupo de Estados, Estadual, Grupo de Municípios ou Municipal

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

Define a amplitude de cobertura assistencial do plano de Saúde. A segmentação assistencial é categorizada em: referência, hospitalar com obstetrícia, hospitalar sem obstetrícia, ambulatorial, odontológica e suas combinações

A Rede de Prestadores que o cliente tem direito e o Tipo de Prestador: refere-se ao tip de prestador que o cliente contratou, conforme classificação do Manual de Intercâmbio Nacional

Saiba identificar seu cartão da Unimed

VERSO cartão físico

Local onde o cliente pode ter atendimento

Válido somente com apresentação do documento de identidade

Site e telefone da Operadora

Eventuais alterações ocorridas na rede de prestadores poderão ser consultadas no www.unimedxxx.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 Pires, Mairiporã, Franco da Rocha, Caieiras, Cotia, Barueri, Osasco, Vargem Grande Paulista, Embu das Artes.

NONONONO/NONONO	IMEDIATO	NONONONO/NONONO	00/00/00
NONONONO NONO/NONONO	IMEDIATO	NONONONO NONO/NONONO	00/00/00
NONONO NONONO NO NON	IMEDIATO	NONONO NONONO NO NON	00/00/00
NONONONO NO NONONON	IMEDIATO	NONONONO NO NONONON	00/00/00
NONO NONO NO NONO	IMEDIATO	NONO NONO NO NONO	00/00/00

NOME FANTASIA DA ADMINISTRADORA NESTE LOCAL

SAC/Informações:

0800 000 000

ANS - nº XXXXXX

Cód. Prod. ANS: 00000000000000000000
CNS 0000000000000000

ESTE CARTÃO É NUMERADO, NOMINATIVO E INTRANSFERÍVEL

Carências que o cliente possui. Porém, carências já cumpridas poderão ser omitidas e a frase "Sem carências a cumprir" constará neste local.

Registro da Operadora na ANS

Número de telefone do SAC, se a Unimed possuir o serviço

Código do Produto ANS na Unimed contratada e número do cartão nacional de saúde do beneficiário, se houver

Saiba identificar seu cartão Unimed

CARTÃO VIRTUAL



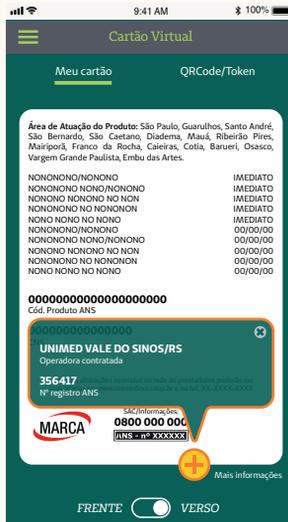
Frente



Frente com botão "Mais informações" acionado



Verso



Verso com botão "Mais informações" acionado



Token

4. O Guia Médico

O Guia Médico permite que você localize toda a rede credenciada do Sistema Unimed. De maneira simples e rápida, é possível buscar médicos, clínicas, laboratórios, hospitais e parceiros.

A busca de médicos e prestadores pode ser realizada, no **Site** da Unimed Barbacena, de duas maneiras: pela aba **Busca rápida**, formada por um único campo para que você possa digitar palavras; e a de **Busca detalhada**, que apresenta filtros para uma pesquisa mais específica.

O Guia Médico está sempre atualizado e disponível. Acesse www.unimedbarbacena.coop.br e consulte de forma rápida e fácil todos os médicos e serviços disponíveis pela Unimed para você. Todas as informações disponibilizadas sobre as qualificações do prestador, seguem normativo da ANS.



Encontre um médico

E outros recursos da Unimed, sempre perto de você

Busca rápida | **Busca detalhada**

🔍 Digite aqui o que você procura

000.000.000-00

É cliente? Digite seu CPF ou carteirinha

Apenas atendimentos de urgência e emergência

Pesquisar

Mudança na rede prestadora

5. Prazos Máximos para Atendimento

Para garantir a qualidade e a agilidade do seu atendimento dentro dos prazos ao lado 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.

SERVIÇOS	PRAZO MÁXIMO DE ATENDIMENTO (em dias úteis)
Consulta básica - pediatria, clínica médica, cirurgia geral, ginecologia e obstetria	07 (sete)
Consulta nas demais especialidades	14 (quatorze)
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 hospital-dia	10 (dez)
Atendimento em regime de internação eletiva	21 (vinte e um)
Urgência e emergência	imediato
Consulta de retorno	A critério do profissional responsável pelo atendimento

6. Tipos de Planos

Quanto ao tipo de contratação:

a) Individual/Familiar: Oferecidos no mercado para a livre adesão de consumidores (pessoas físicas), com ou sem grupo familiar.

b) Plano Coletivo Empresarial: Oferecido à pessoa jurídica para inclusão de seus funcionários (pessoa física com vínculo empregatício ou estatutário e respectivos dependentes que se enquadrem nas disposições contratuais).

c) Planos Coletivos Por Adesão: Plano privado de assistência à saúde coletivo por adesão é aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população que mantenha vínculo com as pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou setorial, tais como sindicatos, conselhos de classe, associações profissionais e outras, de acordo com a legislação vigente.

Quanto à abrangência geográfica:

a) Nacional

b) Estadual

c) Grupo de Municípios

d) Municipal

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 calculado após a realização das despesas com as coberturas contratadas. Será repassado à pessoa jurídica contratante o valor total das despesas assistenciais e demais taxas, conforme previsão contratual.

Quanto ao fator moderador:

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

6. Tipos de Planos

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 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)



Fique por dentro das coberturas do seu plano.

7.1 Planos regulamentados:

As coberturas da Unimed Barbacena estão limitadas ao Rol de Procedimentos – listagem dos procedimentos e eventos em saúde, editada e atualizada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), vigente à época do evento, de acordo com a segmentação contratada.

Disponível no endereço eletrônico: www.ans.gov.br

Cobertura ambulatorial

A cobertura ambulatorial compreende os atendimentos realizados em consultório ou ambulatório, definidos e listados no Rol de Procedimentos vigente à época do evento, não incluindo internação hospitalar ou procedimentos para fins de diagnóstico ou terapia que, embora prescindam de internação, demandem o apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, ou serviços como unidade de terapia intensiva e unidades similares.

Cobertura hospitalar

O Plano Hospitalar compreende os atendimentos realizados na modalidade de internação hospitalar e os atendimentos caracterizados como de urgência e emergência, que evoluam para internação.

Cobertura Obstétrica

A cobertura obstétrica compreende os procedimentos relativos ao pré-natal e da assistência ao parto e puerpério.

Outras coberturas

Será garantida a remoção do paciente nas seguintes hipóteses:

- a) Para outra unidade de atendimento da rede do plano, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade da atenção ao paciente; e

7. Coberturas

b) Para uma unidade do SUS, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, nos casos em que o beneficiário estiver cumprindo carências ou houver acordo de Cobertura Parcial Temporária que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às doenças ou lesões preexistentes, e/ou planos de segmentação ambulatorial.

Exclusões de coberturas

Estão excluídos da cobertura os procedimentos e eventos não previstos no Rol de Procedimentos e Eventos da ANS, de acordo com a segmentação contratada, vigente à época do evento. E aqueles que não atendam às diretrizes de utilização (DUT) definidas pela ANS.

7.2 Planos Não regulamentados: As coberturas dos planos não regulamentados são limitadas ao disposto no contrato. Estarão listados no contrato os procedimentos cobertos, assim como os excluídos da cobertura contratual.

7.3 Planos Adaptados: As coberturas dos planos adaptados serão compostas pelos procedimentos listados no contrato acrescidos dos definidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS. Serão mantidas as exclusões dos procedimentos definidos em contrato e não constantes no Rol.



8. Condições de Permanência no Plano Empresarial

DEMITIDO: O ex-funcionário com vínculo empregatício que foi demitido ou exonerado sem justa causa e que contribuiu com o pagamento da mensalidade do plano de saúde pode permanecer por um período correspondente a 1/3 (um terço) do tempo de permanência no plano, sendo no mínimo seis meses e no máximo 24 meses, desde que assuma integralmente as mensalidades e participações, se houver, e não seja admitido em outra empresa que ofereça o plano de saúde.

APOSENTADO: O ex-funcionário aposentado que tiver contribuído com a mensalidade do plano de saúde, em decorrência de vínculo empregatício, pelo prazo mínimo de dez anos terá garantido o direito de permanência no plano, desde que assuma integralmente as mensalidades e as coparticipações, se houver. Se o tempo de permanência for inferior, o direito será assegurado à razão de um ano para cada ano de contribuição.

* Para ambos os casos deverão ser observados os critérios estabelecidos em norma editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar.



9. Reajustes

A mensalidade e coparticipação (definida em valor) do seu plano de saúde poderão ser reajustadas das seguintes formas:

- Anualmente, na data base (aniversário) do contrato.
- Houver mudança de faixa etária. Lembrando que as faixas etárias e os percentuais a serem aplicados estão detalhados em seu contrato, de acordo com as características do seu plano e legislação vigente.



10. Carências, coberturas e doenças ou lesões preexistentes

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 previsto em contrato.

Os períodos de carência podem variar de acordo com o tipo de contratação do plano de saúde, porém, em nenhuma hipótese, superarão os períodos descritos na norma vigente.

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.

Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP) são aquelas que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano de saúde.



11. Reembolso

Conforme previsão contratual e após análise, 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 ou na legislação aplicável, mediante a apresentação dos seguintes documentos:

- a) Termo de solicitação de reembolso.
- b) 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.
- c) Conta hospitalar discriminando materiais e medicamentos consumidos, com preço por unidade, juntamente com notas fiscais, faturas ou recibos do hospital.
- 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) Cópia da Identidade e CPF do Titular Responsável e do favorecido; Para Titular menor de idade, onde o solicitante do reembolso seja o responsável, deverá ser comprovada responsabilidade com cópia da certidão de nascimento ou identidade do menor e identidade do responsável, que deverão ser anexadas ao processo ou procuração do titular do plano com firma reconhecida em cartório, concedendo poderes a terceiros.

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.

12. Remoção

Conforme previsão contratual e após análise, a Unimed disponibiliza aos seus clientes a remoção terrestre ou aérea.

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

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.



13. Inclusões e Exclusões

Planos Coletivos: O beneficiário deve procurar o RH de sua empresa e solicitar a inclusão ou exclusão. Se o beneficiário titular for excluído, todos os demais dependentes serão excluídos. Se o contrato for rescindido, todos os beneficiários serão excluídos.

Plano Individual/Familiar: As inclusões e exclusões dos beneficiários serão efetivadas pelo contratante.

De acordo com a Seção III da Resolução Normativa – RN nº 412, de 10 de novembro de 2016, o beneficiário titular poderá solicitar a sua exclusão ou de beneficiário dependente de contrato coletivo por adesão:

I – à pessoa jurídica contratante do plano privado de assistência à saúde; ou

II – à administradora de benefícios, quando figurar no contrato firmado entre a pessoa jurídica contratante e a operadora; ou

III – à operadora de planos privados de assistência à saúde.

§ 1º As solicitações de exclusão recebidas pela pessoa jurídica contratante e pela administradora de benefícios, mencionadas, respectivamente, nos incisos I e II deste artigo, serão encaminhadas à operadora, para adoção das providências cabíveis.

§ 2º As solicitações de exclusão formuladas perante a pessoa jurídica contratante, mencionada no inciso I deste artigo, tem efeito imediato a partir da data de sua ciência pela operadora.

§ 3º Nas solicitações recebidas pela administradora de benefício e pela operadora, mencionadas, respectivamente, nos incisos II e III deste artigo, o beneficiário poderá utilizar de qualquer uma das formas previstas no art. 4º desta RN, e a exclusão pleiteada terá efeito imediato.

§ 4º Em complemento às formas descritas no § 3º deste artigo, a administradora de benefícios deverá disponibilizar, em seu sítio na internet, a possibilidade de que o beneficiário efetue a solicitação de exclusão.

Art. 12. O beneficiário deverá ser informado do disposto no artigo 15 desta

13. Inclusões e Exclusões

Subseção II Da Entrega do Comprovante de Recebimento de Solicitação de Exclusão de Beneficiário de Contrato Coletivo Por Adesão

Art. 13. A administradora de benefícios ou a operadora destinatária do pedido de exclusão, deverá fornecer ao beneficiário comprovante do recebimento da solicitação de exclusão do contrato coletivo por adesão.

Parágrafo único. Nas solicitações de exclusão recebidas pela pessoa jurídica contratante, a operadora encaminhará o comprovante ao beneficiário com as informações dispostas no artigo 15 desta RN.

Art. 14. A entrega do comprovante de recebimento da solicitação não exime a operadora ou a administradora de benefícios do dever de prestar as informações dispostas no artigo 15 desta RN.

Seção IV

Das Disposições Comuns às Solicitações de Cancelamento de Contrato de Plano de Saúde Individual ou Familiar e de Exclusão de Beneficiário de Contrato Coletivo Empresarial ou Por Adesão Subseção I Do Fornecimento de Informações aos Beneficiários sobre as Consequências do Cancelamento ou Exclusão do Contrato de Plano de Saúde

Art. 15. Recebida pela operadora ou administradora de benefícios, a solicitação do cancelamento do contrato de plano de saúde individual ou familiar ou de exclusão de beneficiários em plano coletivo empresarial ou coletivo por adesão, a operadora ou administradora de benefícios, destinatária do pedido, deverá prestar de forma clara e precisa, no mínimo, as seguintes informações:

I – eventual ingresso em novo plano de saúde poderá importar:

- a) no cumprimento de novos períodos de carência, observado o disposto no inciso V do artigo 12, da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998;
- b) na perda do direito à portabilidade de carências, caso não tenha sido este o motivo do pedido, nos termos previstos na RN nº 186, de 14 de janeiro de 2009, que dispõe, em especial, 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;

13. Inclusões e Exclussões

c) no preenchimento de nova declaração de saúde, e, caso haja doença ou lesão preexistente – DLP, no cumprimento de Cobertura Parcial Temporária – CPT, que determina, por um período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data da contratação ou adesão ao novo plano, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos;

d) na perda imediata do direito de remissão, quando houver, devendo o beneficiário arcar com o pagamento de um novo contrato de plano de saúde que venha a contratar;



14. Portabilidade de Carências

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.

A portabilidade será exercida desde que cumpridos todos os requisitos previstos na resolução normativa 438/2018 da ANS e suas posteriores atualizações.

Caso queira exercer seu direito de portabilidade, procura sua Operadora de Plano de Saúde de origem.



15. Atendimento fora da área da Unimed Barbacena

INTERCÂMBIO

Conforme explicado, a Unimed Barbacena é uma cooperativa que faz parte do Sistema Unimed, que congrega diversas unidades totalmente independentes entre si e que se comunicam por meio de um sistema de intercâmbio.

Os Intercâmbios são atendimentos realizados fora da área de abrangência da Unimed Barbacena, conforme a cobertura contratada e a área de abrangência de seu plano.

SAIBA MAIS:

- Somente os clientes de planos com cobertura nacional ou Estadual podem receber atendimento médico eletivo fora da área de abrangência da Unimed Barbacena.
- Para atendimento fora da área de cobertura da Unimed Barbacena, consulte a cooperativa local para verificar a possibilidade de autorização e agendamento.



16. Viver Bem

O **Programa Viver Bem** da Unimed Barbacena reúne uma série de atividades em prol da Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças. Focado na melhoria da qualidade de vida, conta com uma equipe interdisciplinar que estimula o autocuidado e a adoção de novos hábitos.

São ações de educação em saúde, atividade física orientada, acompanhamento de enfermagem e nutricional, atenção domiciliar, cuidados com ostomizados, curso para gestantes, saúde no trabalho, desospitalização, intervenções específicas, como medicação endovenosa e curativos, entre outros.

Todos os programas desenvolvidos são exclusivos para beneficiários Unimed e possuem critérios de elegibilidade pré-estabelecidos.

Conheça mais sobre o Programa Viver Bem da Unimed Barbacena!

Venha nos visitar!



17. 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 de identificação e a carteira de identidade.

Em caso de perda do cartão de identificação, 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 identificação 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.

17. Dicas de Utilização do Plano

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, abdomen, cabeça e outros
- agressões físicas
- acidente de carro, moto, atropelamento e quedas.

18. Canais de Atendimento

Em busca de um melhor atendimento e agilidade na resolução dos chamados, a Unimed Barbacena disponibiliza aos seus clientes diversos meios para entrar em contato com a cooperativa:

HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO

De segunda-feira à sexta-feira de 8h às 18h

SEDE ADMINISTRATIVA

Rua Júlio Augusto de Araújo, 224 – Bairro Boa Morte – Barbacena – MG
Telefones: (32) 3339-3900

NÚCLEO ASSISTENCIAL

Rua Júlio Augusto de Araújo, 300 – Bairro Boa Morte – Barbacena – MG
Telefones: (32) 3339-3910

SITE INSTITUCIONAL

No endereço www.unimedbarbacena.coop.br são disponibilizadas informações detalhadas sobre o seu plano de saúde, a cooperativa, o guia médico atualizado, produtos, serviços, notícias, 2ª via de boleto, solicitação de 2ª via do cartão, entre outros.

Para acessar a sua área clique em **CANAL DO BENEFICIÁRIO** na página principal. Aí basta você se cadastrar ou preencher os dados já cadastrados.

E-MAIL

Através do e-mail: unimed@unimedbarbacena.coop.br, você também consegue falar com a Unimed Barbacena.

18. Canais de Atendimento

FALE CONOSCO

Acesso via portal www.unimedbarbacena.coop.br, e-mail: faleconosco@unimedbarbacena.coop.br ou formulário físico disponível na recepção da sede.

É um espaço para o registro de sugestões, elogios, reclamações e esclarecimento de dúvidas.

OUIDORIA

Acesso via portal www.unimedbarbacena.coop.br, e-mail: ouvidoria@unimedbarbacena.coop.br ou formulário físico disponível na recepção da sede.

Esse canal visa solucionar questões dos consumidores que já recorreram aos serviços de atendimento habituais e não conseguiram solução para o seu problema.

Elas não substituem os canais convencionais de atendimento. Por isso, é fundamental que o consumidor procure primeiramente os canais de atendimento convencionais. Se as tentativas de solução pelos canais de atendimento não funcionarem, é hora de buscar a ouvidoria da operadora.

REDES SOCIAIS

Acompanhe nossas ações.

A Unimed Barbacena está presente no Facebook, Instagram, YouTube e LinkedIn.



@unimedbarbacena



@unimedbarbacena



@unimed-barbacena



@unimedbarbacena

CUIDAR DE VOCÊ. ESSE É O PLANO.

