

2017

Manual do Beneficiário



ÍNDICE

1. A Unimed Barbacena.....	2
2. Identidade Unimed Barbacena.....	2
3. Dicas para você contratar o seu Plano da Saúde.....	3
4. O Guia Médico.....	4
5. Qual o tempo máximo para realizar o procedimento?	5
6. Cartão de identificação Unimed.....	7
7. O uso do cartão.....	8
8. Reembolso de despesas.....	9
9. Benefício de Demitidos e Aposentados.....	9
10. Reajuste e Mecanismos de Regulação (financeiros e não financeiros).....	9
11. Recomendações para a consulta.....	10
12. A realização de exames e cirurgias.....	10
13. Atendimentos fora da área da Unimed Barbacena.....	10
14. Canais de Comunicação.....	11
15. Viver Bem.....	11
16. Termos e Siglas	12

1. A Unimed Barbacena

28 anos de crescimento e desenvolvimento em Barbacena. Assim a Unimed continua a trilhar seu caminho na “Cidade das Rosas”, focada na excelência e na qualidade na prestação de serviços de saúde. Ofertar o melhor atendimento, buscando soluções em saúde que beneficiem à comunidade, é um dos compromissos da Cooperativa.

Atualmente 300 médicos cooperados compõe a rede de assistência da Cooperativa, que conta ainda com laboratórios, clínicas e hospitais credenciados que oferecem ao cliente Unimed o melhor atendimento em saúde.

A Unimed oferece, ainda, serviços exclusivos para seus clientes, como a Farmácia Unimed e o Programa Viver Bem. 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. Bem-vindo a Unimed Barbacena!

2. Identidade Unimed Barbacena

NEGÓCIO

Soluções em Saúde

MISSÃO

Fortalecer a atuação Médica Cooperativista, oferecendo soluções em saúde com sustentabilidade, responsabilidade socioambiental e busca constante da excelência.

VISÃO

Ser reconhecida no segmento de saúde suplementar como OPS de excelência até 2017, considerando:

- Satisfação dos cooperados, clientes e colaboradores;
- Incentivo ao desenvolvimento e qualificação de parceiros;
- Qualificação e comprometimento profissional;
- Promoção, prevenção e assistência à saúde.

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. Dicas para você contratar o seu Plano de Saúde

I - PENSE em quem vai contratar o plano de saúde: pessoa física, empresa, sindicato ou associação profissional, entre outras.

Os planos são classificados como:

1. **Individuais/Familiares:** Oferecidos no mercado para a livre adesão de consumidores (pessoas físicas), com ou sem grupo familiar.
2. **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).
3. **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.

II - AVALIE as necessidades de quem vai utilizar os serviços do plano de saúde, ou seja, quantas pessoas serão dependentes, faixa etária (idade), quais as condições de saúde, que tipo de atendimentos elas podem precisar, em quais locais e de quanto é possível dispor para pagar o plano contratado por mês.

III - ESTEJA CIENTE das faixas de idade e que as escolhas acima serão determinantes para definir o preço final da mensalidade do plano de saúde.

IV - ESCOLHA a segmentação mais adequada às necessidades que você identificou. O plano de saúde pode ser:

- **Ambulatorial** (para consultas, inclusive pré-natal, exames e cirurgias sem internação);
- **Ambulatorial + hospitalar (internação)**, com ou sem serviços de obstetrícia (pré-natal, parto e pós-parto) ou plano referência.

V - Se tiver optado por um plano hospitalar, ANALISE o tipo de acomodação em caso de internação: **individual** (somente você e o acompanhante no quarto) ou **coletiva** (você e outros pacientes).

VI - Os procedimentos cobertos são aqueles previstos pela ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) para cada tipo de segmentação, conforme normativo expedido.

Caso tenha dúvidas, solicite maiores informações com o consultor de venda no momento da contratação.

VII - REFLITA onde será o local de atendimento do plano de saúde; isso influenciará na abrangência do produto. A Unimed Barbacena disponibiliza planos com área de abrangência municipal (cobertura apenas no Município de Barbacena) ou estadual (cobertura em todos os municípios do Estado de Minas Gerais com rede Unimed).

A **área Geográfica de Abrangência** é o local que a operadora do plano de saúde se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas.

VIII - INFORME-SE sobre a rede credenciada ao seu plano. Quais são os hospitais, as clínicas, os laboratórios e profissionais de saúde que o atenderão.

IX - ANALISE A COPARTICIPAÇÃO. A UNIMED BARBACENA somente dispõe de planos com coparticipação, quando o beneficiário paga parte da despesa assistencial diretamente à operadora após a realização do procedimento.

X - ANTES DE ASSINAR o contrato, verifique se a operadora de planos de saúde escolhida e o plano a ser contratado tem registro na Agência Nacional de Saúde - ANS. O registro da Unimed Barbacena é nº 30908-7 e pode ser consultado no site www.ans.gov.br ou pelo telefone do Disque-ANS: 0800 701 9656.

4. O Guia Médico

Profissionais e Serviços

Para auxiliar os beneficiários na utilização do seu plano de saúde a Unimed Barbacena disponibiliza o Guia Médico, uma publicação na qual o cliente pode encontrar todos os médicos cooperados e demais profissionais ligados à cooperativa, bem como os serviços credenciados.

O Guia Médico está sempre atualizado e disponível no site da Unimed Barbacena:

Acesse: www.unimedbarbacena.coop.br e consulte de forma rápida e fácil todos os médicos e serviços disponíveis pela Unimed para você. No Guia Médico são disponibilizadas as informações sobre as qualificações do prestador, seguindo normativo da ANS.

Guia Médico Mobile

Consultando o Guia Médico

Acesse: www.unimedbarbacena.coop.br

Depois de acessar o nosso site, você vai localizar logo abaixo do banner principal, o campo: "Encontre um Médico Agora"

Neste campo, você preenche o número de SUA CARTEIRINHA

Depois de preencher, nosso sistema automaticamente reconhecerá seu nome e te mostrará detalhes sobre seu plano.

Seu nome aparecerá aqui

Aqui será descrito o seu plano e qual é sua rede.

Se desejar, preencha os campos para filtrar sua busca.

Clique em Pesquisar

Se preferir, faça o download do guia médico completo clicando neste ícone

Tenha o Guia Médico sempre na sua mão.
Baixe o aplicativo "Unimed com Você" gratuitamente.

ANS - nº 30908-7

*Imagens meramente ilustrativas. Data: julho /2017

Outra forma de ter o Guia Médico sempre em mãos é baixar o aplicativo “Minha Unimed” nas lojas Play Store ou Apple.

5. Qual o tempo máximo para realizar o procedimento?

Para garantir a qualidade e a agilidade do seu atendimento dentro dos prazos, é fundamental que você apresente a documentação necessária quando solicitada. Além disso, você deverá ter cumprido os períodos de carência e Doença e Lesão Pré-Existentes 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.

Os prazos de resposta são regidos pelas Resoluções Normativas 259 e 395 (e suas futuras atualizações). Confira os prazos máximos para atendimento dos beneficiários, observando a área de abrangência contratada no seu plano.

Confira os prazos máximos para atendimento:

Serviços	Prazo máximo de atendimento (em 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 regimento hospital-dia	10 (dez)
Atendimento em regime de internação eletiva	21 (vinte e um)
Urgência e emergência	Imediato
Consulta de retorno	À critério do profissional responsável pelo atendimento

As datas podem sofrer alterações por se tratar de uma determinação da agência reguladora. Os prazos estabelecidos são contados a partir da data da solicitação do serviço ou procedimento até a sua efetiva realização.

6. Cartão de identificação Unimed

SAIBA IDENTIFICAR SEU CARTÃO DA UNIMED:

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.

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

Data em que o beneficiário passou a ter direito ao plano

Tipo de acomodação contratada.

Nome do produto
TIPO DE CONTRATAÇÃO

Unimed

0 123 123456789012 1

02/03/1967
Data de Nascimento

INDIVIDUAL
Acomodação

31/12/2007
Vigência do plano

31/12/2007
Validade

MARJA DA SILVA A CARVALHO
Nome do Beneficiário

9999 NÃO REGULAMENTADO NACIONAL
Atend. Plano Abrangeção

01
Via

NÃO HÁ
Cobertura Parcial Temporária

LOREM IPSUM DOLOR AMET CONSECT
Contratante

AMBULATORIAL + HOSPITALAR SEM OBSTETRÍCIA - ODONTOLÓGICO
Segmentação Assistencial do Plano

Data da validade do cartão.

Código da via do cartão.

Nome da empresa ou contratante do plano.

Abrangeção contratada, podendo ser Nacional, Grupo de Estados, Estadual, Grupo de Municípios ou Municipal.

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

Descrição do produto contratado.

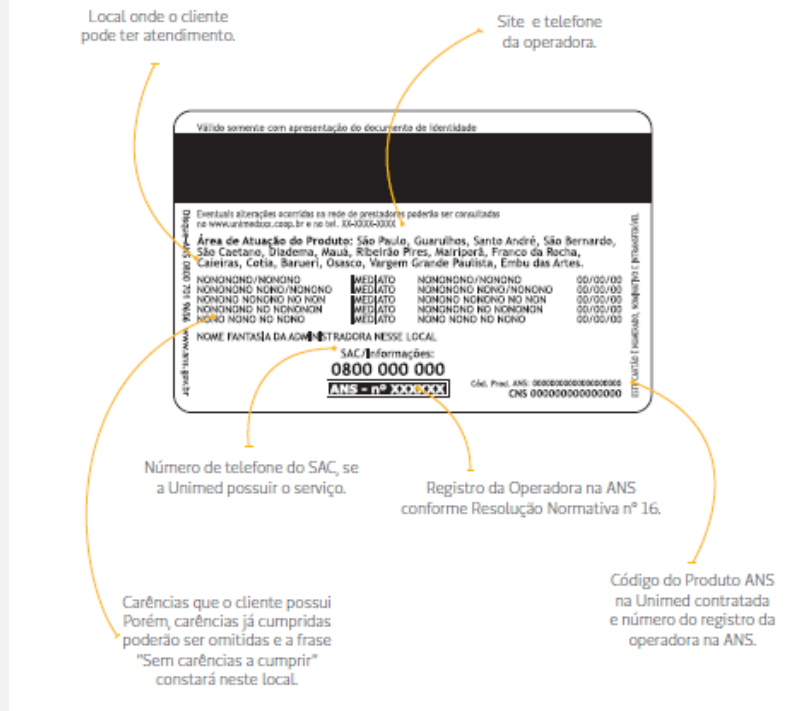
Código da Unimed do local de atendimento do cliente.

Data de Término de Vigência da Cláusula de Cobertura Parcial Temporária.

Código do cliente.

CARTÃO DO BENEFICIÁRIO - VERSO

SAIBA IDENTIFICAR SEU CARTÃO DA UNIMED:



7. O uso do cartão

Seu cartão da Unimed Barbacena é de uso pessoal e intransferível, ou seja, você não poderá emprestá-lo a ninguém! Abaixo separamos algumas dicas para o melhor uso do cartão:

- Sempre que for consultar, apresente junto ao seu cartão Unimed um documento com foto;
- No caso de perda do cartão Unimed comunique o fato à Unimed Barbacena, evitando, assim, que um desconhecido utilize seu benefício.

DICAS DE ARMAZENAMENTO:

- Para melhor preservação do seu cartão, não o dobre, amasse ou grampeie;
- Mantenha seu cartão longe de umidade ou calor;
- Evite que seu cartão tenha contato muito próximo com celulares e outros aparelhos eletrônicos, para que não seja perdido o contato magnético;
- Evite guardar seu cartão com outros cartões; com tempo a tarja pode sofrer danos;
- Não cole adesivos e evite arranhões.

8. Reembolso de despesas

O reembolso de despesas ocorre em casos excepcionais, que são avaliados de acordo com as regras de seu contrato e após análise da Unimed Barbacena. É possível haver situações específicas em que as despesas com a utilização dos serviços de saúde previstos em seu contrato sejam reembolsadas pela cooperativa.

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 Barbacena, quando não for possível a utilização de serviços próprios, contratados ou credenciados, no prazo máximo de 12 meses a contar do evento. Esta regra vale para os contratos regulamentados, ou seja, assinados após 02 de janeiro de 1998. O reembolso para os contratos firmados antes desta data deverão ser analisados com base nas regras previstas nos respectivos contratos.

Para solicitar o reembolso ou sanar qualquer dúvida sobre o tema entre em contato com o Setor de Relacionamento com o Cliente.

9. Benefícios Demitidos e Aposentados

GARANTIAS DO BENEFÍCIO:

DEMITIDO: O 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 pague as mensalidades integralmente e participações, se houver, e não seja admitido em outra empresa que ofereça o plano de saúde.

APOSENTADO: O cliente 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 desde que pague 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.

10. Reajuste e mecanismos de regulação (financeiros e não financeiros)

Seu plano foi contratado antes de 02 de janeiro de 1999?

Se seu plano foi contratado antes de 02 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 acordados mediante negociação entre as partes (contratante e contratada) e devidamente comunicados à ANS em até 30 dias da sua efetiva aplicação.

No entanto, caso o seu contrato coletivo possua menos de 30 beneficiários, o reajuste aplicado deverá ser igual ao dos demais contratos com menos de 30 beneficiários da mesma operadora. Há exceções em que o contrato coletivo com menos de 30 beneficiários não faz parte do Agrupamento de Contratos. As exceções são:

- Contratos firmados antes de 1º de janeiro de 1999 e não adaptados à Lei nº 9.656/1998;
- Contratos de planos exclusivos para ex empregados demitidos ou exonerados sem justa causa ou aposentados;
- Contratos de planos com formação de preço pós-estabelecido;
- Contratos firmados antes de 1º de janeiro de 2013 e não aditados para contemplar a Resolução Normativa (RN) nº 309/2012, por opção da pessoa jurídica contratante.

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. O reajuste anual é aplicado no mês de aniversário do contrato.

Há também o reajuste por mudança de faixa etária. As faixas etárias variam conforme a idade do beneficiário e os percentuais de variação precisam estar expressos no contrato.

Consulte o quadro abaixo e verifique as condições de reajuste conforme a data de contratação do plano e a faixa etária do beneficiário.

Contratações	Faixa Etária	Observações
Até 02 de Janeiro de 1999	Não se aplica	Deve seguir o que estiver escrito no contrato.
Entre 02 de Janeiro de 1999 e 01 de Janeiro de 2004	0 a 17 anos (1ª faixa)	A Resolução do Conselho de Saúde Suplementar (Consu) 06/98 determina, também, que o preço da última faixa (70 anos ou mais) poderá ser, no máximo, seis vezes maior que o preço da faixa inicial (0 a 17 anos). Consumidores com mais de 60 (sessenta) anos e que participem do contrato há mais de 10 (dez) anos, não podem sofrer a variação por mudança de faixa etária.
	18 a 29 anos	
	30 a 39 anos	
	40 a 49 anos	
	50 a 59 anos	
	60 a 69 anos	
Após 01 de Janeiro de 2004 (Estatuto do Idoso)	70 anos ou mais	A RN nº 63, publicada pela ANS em dezembro de 2003, determina que o valor fixado para a última faixa etária (59 anos ou mais) não pode ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa (0 a 18). A RN determina, também, que a variação acumulada entre a sétima e a décima faixa não pode ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixa.
	0 a 18 anos	
	19 a 23 anos	
	24 a 28 anos	
	29 a 33 anos	
	34 a 38 anos	
	39 a 43 anos	
	44 a 48 anos	
49 a 53 anos		
54 a 58 anos		
59 anos ou mais		

11. Recomendações para a consulta

Para agendar uma consulta eletiva, procure no Guia Médico o médico cooperado que você deseja, de acordo com a área de abrangência de seu plano, e marque o seu horário.

- Vá à consulta com seu cartão Unimed e seu documento de identidade com foto;
- Leve os exames já realizados;
- Anote suas dúvidas antes de ir à consulta;
- Comunique ao médico sobre os medicamentos que você utiliza ou especificidades de sua saúde. Se necessário, anote-os antes de ir ao médico;
- Se você não puder comparecer à consulta, ligue para o consultório avisando com antecedência! Este horário pode ser importante para outro paciente;
- Caso seu médico solicite algum exame, verifique se você já não o fez recentemente e avise-o.

A rede credenciada pode ser obtida no site www.unimed.coop.br.

12. A realização de exames e cirurgias

O médico solicitará exames de acordo com sua avaliação;

- A maioria dos exames solicitados pelos médicos é liberada no próprio consultório ou clínica por meio do Portal Autorizador;
- Nos casos de exames de alta complexidade, procedimentos ambulatoriais e cirurgias, os pedidos serão analisados pela auditoria da operadora de acordo com a cobertura contratada, dentro dos prazos legais;
- Após retorno da autorização, entre em contato com o prestador de sua escolha para agendar o exame/procedimento e receber as informações sobre possível preparação.

MANTENHA SEMPRE SEU CONTATO ATUALIZADO NA OPERADORA PARA RECEBER INFORMATIVOS E RETORNO DE SOLICITAÇÕES.

13. Atendimentos 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 os procedimentos de autorização e agendamento.

14. Canais de Comunicação

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:

CENTRAL DE ATENDIMENTO

Rua Júlio Augusto de Araújo, 224 - Bairro Boa Morte

Barbacena - MG - Telefone: (32) 3339-3900

Informações sobre atendimento de urgência/ emergência (32) 3339-3900, opção 8!

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 e 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 sua Unimed.

FALE CONOSCO

Disponível em nosso portal (www.unimedbarbacena.coop.br). É um espaço para o registro de sugestões, elogios e reclamações, além de solicitar esclarecimento de dúvidas.

OUVIDORIA

Também disponível em nosso portal, esse canal acolhe as manifestações que não foram solucionadas pelo atendimento habitual de primeira instância. Ela poderá ser acionada caso a resposta apresentada não tenha sido satisfatória.

REDES SOCIAIS

Estamos presentes no Facebook, onde você também consegue falar conosco: facebook.com/unimedbarbacena

15. 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, programa antitabagismo, saúde no trabalho, desospitalização, intervenções específicas, como medicação endovenosa e curativos, entre outros.

Conheça mais sobre o **Programa Viver Bem** da Unimed Barbacena!

Venha nos visitar!

Termos e Siglas

Ao contratar um plano de saúde você começa a ouvir muitos termos técnicos e contratuais. Para compreendê-los, a Unimed Barbacena organizou um vocabulário básico e sua explicação:

Acidente pessoal - Evento com data e ocorrência caracterizados, exclusiva e diretamente externo, súbito involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só e independente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte ou a invalidez permanente total ou parcial do indivíduo ou torne necessário tratamento médico.

Adaptação de contrato de plano de saúde - Processo de adequação dos planos de saúde contratados antes da vigência da Lei n.º 9.656, de 03 de junho de 1998, que, por meio de aditivo contratual, garante às partes os mesmos direitos e deveres dos contratados assinados após 02 de janeiro de 1999, além da manutenção dos direitos anteriormente contratados. Nota: É assegurado ao consumidor, conforme determinação do artigo 35 da Lei n.º 9.656, o direito de optar pela adaptação do seu contrato ou pela manutenção dele por prazo indeterminado. Este tema foi regulamentado pela RN 254, de 05 de maio de 2011, que estabelece as regras a serem observadas na adaptação à Lei n.º 9.656, de 03 de junho de 1998.

Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) - Autarquia sob regime especial, ou seja, uma agência reguladora caracterizada pela independência administrativa, estabilidade de seus dirigentes durante o período de mandato e autonomia financeira. A ANS foi criada pela Lei 9.961/200 e atua em todo o território nacional como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantem a assistência suplementar à saúde. Notas: I) A natureza da autarquia especial conferida à ANS é caracterizada por autonomia administrativa, financeira, patrimonial e de gestão de recursos humanos, autonomia nas suas decisões técnicas e mandato fixo de seus dirigentes. II) Vinculada ao Ministério da Saúde, tem como finalidade institucional promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e

consumidores, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde no País. III) Possui sede e foro na cidade do Rio de Janeiro, RJ.

Alta complexidade - Os procedimentos de alta complexidade são aqueles em que se faz necessária uma infraestrutura com espaço físico, equipamentos e materiais específicos e geralmente de alto custo, além de equipe multidisciplinar especializada para sua execução. Não são ofertados por todas as unidades da Federação. Ressalta-se que os procedimentos considerados de alta complexidade são classificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde publicado pela ANS.

Atenção domiciliar - Termo genérico que envolve ações de promoção à saúde, prevenção, tratamento de doenças e reabilitação desenvolvidas em domicílio. Ver Resolução RDC nº 11 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)

Atendimento/ Cobertura Ambulatorial nos termos do disposto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e na Lei nº 9.656/98 - Diz-se da cobertura de planos de saúde que oferecem consultas médicas em clínicas básicas e especializadas e cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, não cobrindo as internações hospitalares.

Atendimento/ Cobertura Hospitalar sem Obstetrícia, nos termos do disposto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e na Lei nº 9.656/98 - Cobertura de internações hospitalares, admitindo-se a exclusão dos procedimentos obstétricos; cobertura de internações hospitalares em centro de terapia intensiva ou similar; cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação; cobertura de exames complementares para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica; fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição de médico assistente, durante o período de internação hospitalar; cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados, assim como da remoção do paciente

para outro estabelecimento hospitalar; cobertura de despesa de acompanhante, nos seguintes casos: crianças e adolescentes menores de 18 anos; idosos a partir de 60 anos de idade e pessoas portadoras de deficiências.

Atendimento/ Cobertura com obstetrícia - Cobertura assistencial de recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário ou de seu dependente, durante os primeiros trinta dias após o parto; inscrição assegurada ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, como dependente, isento do cumprimento de períodos de carência e CPT, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de trinta dias do nascimento ou da adoção (nos termos dispostos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e na Lei nº 9.656/98).

Beneficiário de plano de privado de assistência à saúde - 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. Nota: I) esse termo é formalmente preferido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). II) O beneficiário de plano privado de assistência à saúde pode ter contrato assinado com mais de uma operadora e/ou mais de um plano, cada qual constituindo um vínculo diferente. Cada vínculo corresponde a uma tríade beneficiário-plano-operadora diferente.

Cálculo atuarial - método matemático que utiliza conceitos financeiros e probabilísticos. Ele é realizado com base na frequência de utilização, faixa etária do usuário e tipo de procedimento, com vistas à manutenção do equilíbrio econômico/financeiro do plano.

Carência de plano privado de assistência à saúde - Período corrido e ininterrupto, contado a partir da data de início da vigência do contrato do plano privado de assistência à saúde, durante o qual o contratante paga as contraprestações pecuniárias mas ainda não tem acesso a determinadas coberturas previstas no contrato.

Coberturas de serviços de saúde - Termo usado na Saúde Suplementar para definir a amplitude de um plano de saúde, no que diz respeito ao atendimento. Também conhecido por cobertura

assistencial. Modalidades de cobertura: hospitalar, ambulatorial, hospitalar com obstetrícia ou odontológica - todos estes termos são usados para identificar qual a amplitude da atenção à saúde, estabelecimentos e serviços de saúde, inclusive operadoras.

Cobertura parcial temporária (CPT) - Cobertura assistencial que admite, por um período ininterrupto de até 24 meses, contado a partir da data de contratação ou adesão ao plano de saúde, a suspensão da cobertura de procedimentos de alta complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes (DLP) declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal por ocasião da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde. Ver *Doença ou Lesão Pré-Existente*.

Contratada: Indica a Operadora de Planos de Saúde que você contratou. Nesse caso, a Unimed Barbacena, cujos representantes legais assinam o contrato.

Contratante: pessoa física ou jurídica que contrata as coberturas oferecidas pela Operadora de Planos de saúde e assume a responsabilidade pela contraprestação prevista no contrato.

Coparticipação - Consiste na participação na despesa assistencial a ser paga pelo beneficiário diretamente à operadora, em caso de plano individual e familiar, ou através da pessoa jurídica contratante, em caso de plano coletivo, após a realização de procedimento.

Custo operacional - I) Refere-se à modalidade de pagamento onde os beneficiários do plano (titulares e dependentes) utilizam os serviços de assistência médica pré-hospitalar dentro da rede credenciada a um custo diferenciado, tendo como referência de valores uma tabela de remuneração médica acrescida da taxa de administração; II) Valor dos recursos consumidos na atividade fim de cada centro de custos e/ou de toda instituição em um determinado período.

Declaração de saúde - É um formulário que acompanha o contrato do plano de saúde, em que o beneficiário ou seu representante legal é obrigado a informar à operadora, quando expressamente solicitado, as doenças ou lesões

preexistentes que saiba ser portador ou sofredor no momento da contratação do plano de saúde.

Definição de Urgência e Emergência:

Urgência - Refere-se às complicações do ciclo gravídico puerperal e/ou lesões decorrentes de acidente pessoal. Ver *Lei 9.656, de 03 de junho de 1998, artigo 35C*.

Emergência - De acordo com a ANS, refere-se à situação que implica risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente. Nota: no caso de saúde suplementar, a assistência será garantida de acordo com a segmentação contratada e o tempo de carência já cumprido. O plano ambulatorial deverá garantir cobertura de procedimentos de emergência, limitada até as 12 horas do atendimento. O plano hospitalar deverá oferecer cobertura para internação, desde a admissão do beneficiário até a sua alta. Quando o atendimento de emergência for efetuado no decorrer dos períodos de carência, este deverá abranger cobertura igualmente àquela fixada para o plano ambulatorial, não garantindo, portanto, cobertura para internação. Nos casos em que a atenção não venha a se caracterizar como própria do plano hospitalar, ou como de risco a vida, ou ainda, de lesões irreparáveis, não haverá a obrigatoriedade de cobertura por parte da operadora. O plano hospitalar, com ou sem cobertura obstétrica, deverá garantir os atendimentos de emergência quando se referirem ao processo gestacional. Nesses planos, em período de carência, a operadora estará obrigada a cobrir o atendimento prestado nas mesmas condições previstas para o plano ambulatorial. O plano referência deverá garantir a cobertura integral, ambulatorial e hospitalar para emergência. Nos planos hospitalares e no plano referência, que envolvam acordo de cobertura parcial temporária por doenças e lesões preexistentes, a cobertura do atendimento de emergência para essa doença ou lesão será igual àquela estabelecida para plano ambulatorial.

Doença ou Lesão Pré-Existente (DLP) - Doença ou lesão que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde. Notas: I) No ato da contratação o beneficiário fica obrigado a informar à operadora, quando expressamente solicitado por meio da declaração de saúde, as doenças ou lesões preexistentes de que saiba ser

portador. II) A omissão da informação é considerada fraude e poderá acarretar a suspensão ou rescisão do contrato após o julgamento por parte da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Ver *Declaração de Saúde*.

Exames complementares - O exame complementar é aquele realizado em clínicas e laboratórios com o objetivo de confirmar um diagnóstico e auxiliar o médico na definição do tratamento mais adequado para o problema apresentado.

GIH - Guia de Solicitação de Internação.

Plano em pré-pagamento - Os beneficiários inscritos no plano pagam mensalmente o valor pré-estabelecido para garantia de atendimento da assistência contratada.

Reajuste anual - É o reajuste da mensalidade em função da alteração nos custos, causada pelo aumento do preço, utilização dos serviços médicos e pelo uso de novas tecnologias. O índice de reajuste para Planos Individuais/Familiares é definido pela ANS.

Reajuste por variação de faixa etária - É o aumento de preço que ocorre quando o beneficiário completa uma idade que ultrapassa o limite da faixa etária em que se encontrava antes. O contrato do plano de saúde deverá prever um percentual de aumento para cada mudança de faixa etária. Esse raciocínio se baseia no fato de que em geral, por questões naturais, quanto mais avança a idade da pessoa, mais necessários se tornam os cuidados com a saúde e mais frequente é a utilização de serviços dessa natureza. Para esse tipo de aumento as regras são as mesmas para planos coletivos ou individuais/familiares.

Serviço credenciado - Conjunto de estabelecimentos de saúde, próprios ou contratados, que oferecem aos beneficiários cuidados em todos os níveis de atenção à saúde, considerando ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação.

Sinistralidade - É a relação entre sinistros ocorridos e prêmio recebido, ou seja, os custos assistenciais sobre as receitas das operadoras. Termo utilizado pelas companhias seguradoras e

que equivale ao índice de utilização. Ver *Índice de utilização*.

Versão: 01 Data: 05.02.2018