

Manual do Beneficiário

Planos regulamentados

Unimed 
Nordeste-RS

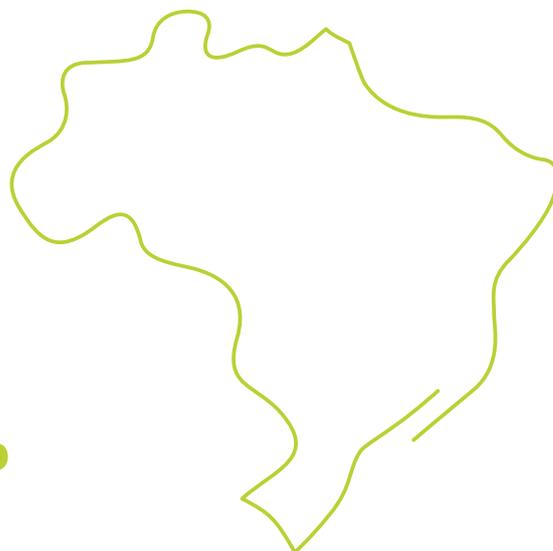
CONHEÇA AS REDES DE ATENDIMENTO

Atendimento em rede nacional, estadual, regional ou regional referenciada. O tipo de rede contratada vai definir os serviços que você poderá utilizar para a realização de seus exames, procedimentos ou internações. Por isso, é muito importante que você conheça o seu plano e o tipo de rede contratada, bem como as informações descritas em seu cartão. Identifique a seguir as características da sua rede.

Unimed 
Nordeste-RS

PLANOS COM ATENDIMENTO NACIONAL (Brasil)

Atendimento em todo o território nacional em serviços de Rede Básica credenciados ao Sistema Unimed.



Tipos de rede de atendimento e segmentação assistencial:

NA 04 - BÁSICO – Rede básica Unimed Nacional: acomodação coletiva, com segmentação ambulatorial + hospitalar com obstetrícia.

NA 05 - BÁSICO – Rede básica Unimed Nacional: acomodação individual, com segmentação ambulatorial + hospitalar com obstetrícia.

NA 09 - BÁSICO – Rede básica Unimed Nacional: com segmentação ambulatorial.

NA 12 - BÁSICO – Rede básica Unimed Nacional: acomodação coletiva, com segmentação hospitalar com obstetrícia.

NA 13 - BÁSICO – Rede básica Unimed Nacional: acomodação individual, com segmentação hospitalar com obstetrícia.

PLANOS COM ATENDIMENTO ESTADUAL (Rio Grande do Sul)

Atendimento em todo o Estado do Rio Grande do Sul em serviços de Rede Básica credenciados ao Sistema Unimed.

Atendimento fora da rede contratada: somente para casos de urgência e emergência comprovada. Nesses casos, a cobrança das coparticipações/franquias, se houver, ocorrerá em fatura posterior ao atendimento.



Tipos de rede de atendimento e segmentação assistencial:

ES 04-BÁSICO – Rede básica Unimed Estadual (Rio Grande do Sul): acomodação coletiva, com segmentação ambulatorial + hospitalar com obstetrícia.

ES 05-BÁSICO – Rede básica Unimed Estadual (Rio Grande do Sul): acomodação individual, com segmentação ambulatorial + hospitalar com obstetrícia.

ES 09-BÁSICO – Rede básica Unimed Estadual (Rio Grande do Sul): com segmentação ambulatorial.



PLANOS COM ATENDIMENTO REGIONAL (Grupo de Municípios)

Atendimento conforme o grupo de municípios da rede contratada.

Atendimento fora da rede contratada: somente para casos de urgência e emergência comprovada. Nesses casos, a cobrança das coparticipações/franquias, se houver, ocorrerá em fatura posterior ao atendimento.



Tipos de rede de atendimento e segmentação assistencial:

RB 01 - BÁSICO – Rede Unimed Regional – área de abrangência da Unimed Nordeste-RS: acomodação coletiva, com segmentação ambulatorial + hospitalar com obstetrícia.

RB 02 - BÁSICO – Rede Unimed Regional – área de abrangência da Unimed Nordeste-RS, acomodação coletiva, com segmentação ambulatorial + hospitalar com obstetrícia.

RB 04 - BÁSICO – Rede Unimed Regional – área de abrangência da Unimed Nordeste-RS: com segmentação ambulatorial.

RB 05 - BÁSICO – Rede Unimed Regional – área de abrangência da Unimed Nordeste-RS: acomodação individual, com segmentação ambulatorial + hospitalar com obstetrícia.

RB 06 - BÁSICO – Rede Unimed Regional – área de abrangência da Unimed Nordeste-RS, acomodação individual, com segmentação ambulatorial + hospitalar com obstetrícia.

RB 50 - BÁSICO – Rede Unimed Regional – área de abrangência da Unimed Nordeste-RS + município de Feliz/RS: acomodação individual, com segmentação ambulatorial + hospitalar com obstetrícia.

RB 68 - BÁSICO – Rede Unimed Regional – área de abrangência da Unimed Nordeste-RS + município de Feliz/RS: acomodação coletiva, com segmentação ambulatorial + hospitalar com obstetrícia.



PLANOS COM ATENDIMENTO REGIONAL/ REDE REGIONAL REFERENCIADA – grupo de municípios

Atendimento conforme o grupo de municípios da rede contratada, em rede referenciada de serviços credenciados.

Atendimento fora da rede contratada: somente para casos de urgência e emergência comprovada. Nesses casos, a cobrança das coparticipações/ franquias, se houver, ocorrerá em fatura posterior ao atendimento.



Tipos de rede de atendimento e segmentação assistencial:

RB 03-BÁSICO – Rede Referenciada Unimed – atendimento em rede restrita Unimed Nordeste-RS – acomodação coletiva – com segmentação ambulatorial + hospitalar com obstetrícia.

RB 07-BÁSICO – Rede Referenciada Unimed – atendimento em rede restrita da Unimed Nordeste-RS – acomodação coletiva – com segmentação hospitalar com obstetrícia.

RB 08-BÁSICO – Rede Referenciada Unimed – atendimento em rede restrita da Unimed Nordeste-RS – acomodação individual – com segmentação hospitalar com obstetrícia.

CARTÃO DO CLIENTE



Saiba identificar seu cartão da Unimed

Para melhor utilizar o seu plano de saúde, é importante que você saiba identificar o seu cartão Unimed. Confira a seguir algumas informações importantes presentes nele.

Frente e verso

Front of the Card:

- Logo:** Unimed (Nome da Unimed duas linhas) and **somos coop**.
- EXEMPLO DE NOME DO PRODUTO / EXEMPLO DE TIPO DE CONTRATAÇÃO:** 0 123 123456789012 1
- Nome do Beneficiário:** MARIA DA SILVA A CARVALHO
- Data de Nascimento:** 02/03/1967
- Acomodação:** INDIVIDUAL
- Cobertura Parcial Temporária:** NÃO HÁ
- Contratante:** LOREM IPSUM DOLO ET AMET CONSECT
- Plano:** NÃO REGULAMENTADO
- Vigência do plano:** 31/12/2007
- Rede de Atendimento:** NA99 MASTER
- Validade:** 31/12/2007
- Segmentação Assistencial do Plano:** AMBULATORIAL + HOSPITALAR SEM OBSTETRÍCIA + ODONTOLÓGICO
- 9999 Atend.:** 01

Back of the Card:

- Local onde o cliente pode ter atendimento:** 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.
- Site e telefone da operadora:** SAC/Informações: 0800 000 000
- Carências que o cliente possui:** Table with columns for service type, coverage, and date.
- Número de telefone do SAC:** ANS - nº XXXXXX
- Registro da Operadora na ANS:** Cód. Prod. ANS: 00000000000000000000000000000000, CNS 00000000000000000000

Annotations:

- Abraçãõ contratada, podendo ser Nacional, Grupo de Estados, Estadual, Grupo de Municípios ou Municipal.** (Points to 'INDIVIDUAL')
- Tipo de contratação: Individual ou familiar: o cliente contrata o plano na operadora. Coletivo por adesãõ: contrataçãõ feita por associaçãõ profissional ou sindicato. Coletivo empresarial: a empresa contrata o plano para o colaborador.** (Points to 'NÃO HÁ')
- Código da Unimed do local de atendimento do cliente.** (Points to '0 123 123456789012 1')
- Nome da empresa ou contratante do plano.** (Points to 'LOREM IPSUM DOLO ET AMET CONSECT')
- Descriçãõ do produto contratado.** (Points to 'NÃO REGULAMENTADO')
- Define a amplitude de cobertura assistencial do plano de saúde. A segmentaçãõ assistencial é categorizada em: referênciã, hospitalar com obstetrícia, hospitalar sem obstetrícia, ambulatorial, odontolõgica e suas combinações.** (Points to 'AMBULATORIAL + HOSPITALAR SEM OBSTETRÍCIA + ODONTOLÓGICO')
- Data em que o beneficiário passou a ter direito ao plano.** (Points to '31/12/2007')
- 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 classificaçãõ do Manual de Intercâmbio Nacional.** (Points to 'NA99 MASTER')
- Data de validade do cartãõ.** (Points to '31/12/2007')
- Data de Têrmino de Vigênciã da Cláusula de Cobertura Parcial Temporária.** (Points to '01')
- Código da via do cartãõ.** (Points to '01')

O cartão de identificação Unimed é um documento pessoal, intransferível e indispensável em qualquer tipo de atendimento. É importante para consultas e para realizar exames, procedimentos ou internações hospitalares.

Sua apresentação é indispensável, juntamente com documento de identificação oficialmente reconhecido. Por isso, mantenha-o sempre atualizado em seu poder.

- **Não empreste seu cartão a ninguém,** pois você pode ser responsabilizado por utilização incorreta: ele é exclusivo para seu atendimento.
- Ao receber seu cartão, confira todos os seus dados pessoais. **Em caso de erros, solicite imediatamente a correção por meio da sua empresa/associação. Se seu plano for individual/familiar, ligue para o SAC Unimed (WhatsApp/telefone: 0800 051 2100).**

Cuide do seu cartão magnético

- Não o molhe.
- Mantenha-o longe de aparelhos eletrônicos.
- Não fixe seu cartão com fita adesiva sobre qualquer objeto.

Em caso de roubo, perda ou extravio do seu cartão

- Se seu plano for individual/familiar, entre em contato imediatamente com a Unimed por meio do Portal do Cliente, acessando www.unimednordesters.com.br, no app Unimed Nordeste-RS ou solicitando direto pelo Serviço de Atendimento ao Cliente (SAC), pelo **WhatsApp ou telefone 0800 051 2100.**
- Se seu plano for coletivo empresarial ou associativo, comunique imediatamente a área de recursos humanos da sua empresa ou associação/entidade.
- O primeiro cartão de identificação Unimed que você recebe é gratuito. No caso de perda ou extravio, a emissão de uma segunda via será cobrada.



ORIENTAÇÕES PARA USO DO PLANO



Para marcar uma consulta médica

Preciso ir ao médico. O que fazer?

O seu plano de saúde Unimed permite que você escolha o médico assistente de sua preferência e necessidade, conforme rede disponível para o seu plano. Para escolher, acesse o Guia Médico no site www.unimednordesters.com.br. Para sua facilidade, a Unimed Nordeste-RS disponibiliza ainda o aplicativo para dispositivos móveis nas plataformas Android e IOS.

- Ligue para o consultório do médico de sua preferência e agende previamente. No dia da consulta, compareça com o seu cartão Unimed e um documento de identidade.

- Para apresentar exames, você não pagará franquia/coparticipação de consulta desde que retorne ao mesmo médico em um prazo que varia de 15 a 30 dias, dependendo do seu plano, e tratando-se da mesma patologia.

Para atendimentos em Unidades de Pronto-Atendimento

- As consultas de pronto-atendimento serão prestadas pelo médico que estiver de plantão.

- As consultas poderão ser realizadas por meio do Teleplantão. Para saber mais informações, acesse o site da Unimed.

- Nos casos de pronto-socorro, o prazo para realizar uma reconsulta é de 48 horas, desde que seja a mesma patologia.

Importante:

- Se você está em dúvida a respeito da especialidade que procura para se consultar, escolha um clínico geral (Clínica Médica). Ele é o profissional mais indicado para, se for o caso, encaminhá-lo a um especialista.

- Caso você não possa comparecer no horário da consulta, avise seu médico com a máxima antecedência possível. Dessa forma, você estará possibilitando que outras pessoas possam utilizar o seu horário.

- Somente procure um pronto-atendimento se o caso for de urgência ou emergência. Se não for essa a situação, procure marcar consultas no consultório de um médico assistente. Assim, você terá um serviço mais personalizado e também poderá escolher o profissional de sua preferência.

- Sempre apresente ao médico os exames complementares realizados recentemente. Esse procedimento torna o diagnóstico mais fácil e o tratamento mais eficaz, evitando a repetição desnecessária de exames.

Para marcar um exame ou procedimento

Como autorizar/realizar exames ou procedimentos:

Os exames ou procedimentos poderão ser solicitados pelo médico assistente, sendo realizados na rede de serviços credenciada para seu plano. Para alguns casos, é solicitada a autorização prévia da Unimed Nordeste-RS.

Se o médico optar por solicitar exames pela guia eletrônica, não será necessário ir até a Unimed: o processo de autorização será on-line. Quando o médico solicitar exames ou procedimentos em guia de papel, será necessária autorização prévia junto aos postos de Atendimento da Unimed Nordeste-RS, ou, ainda, disponibilizamos o envio da solicitação pelo Aplicativo Unimed.

Para baixar o Aplicativo Unimed Nordeste-RS, acesse a loja de aplicativos do seu aparelho e faça o download.

Você poderá acompanhar o andamento da solicitação pelo Portal do Cliente, no site www.unimednordesters.com.br ou no aplicativo, ao clicar no ícone Acompanhar Autorizações.

Em caso de dúvida, ligue para o nosso Serviço de Atendimento ao Cliente (SAC) WhatsApp/fone: 0800.0512100.

A relação dos serviços credenciados está no Guia Médico, disponível no site www.unimednordesters.com.br e no aplicativo Unimed Nordeste-RS.

Atenção:

- Os exames realizados recentemente devem ser guardados. Sempre que for consultar, procure levá-los, pois eles podem favorecer um melhor diagnóstico.
- Leve o exame anterior quando for realizar exames complementares de diagnóstico e de imagem. Assim, o médico vai obter informações a respeito de sua evolução clínica e, conseqüentemente, poderá emitir laudo mais preciso.
- Caso você tenha marcado exame ou procedimento e não possa comparecer, avise o prestador do serviço com antecedência.
- Verifique diretamente com a Unimed o prazo para realização de exames ou de procedimentos e a necessidade de autorização prévia de seu exame.
- Alguns exames precisam de preparo prévio ou jejum. Caso tenha alguma dúvida, ligue para o serviço ou prestador em que for realizar os procedimentos.



As orientações abaixo se aplicam apenas para o plano que oferece cobertura para internação.

Em internações hospitalares programadas

Em internações hospitalares programadas, ou seja, que não se caracterizam como urgência e emergência, o médico assistente fará a solicitação na guia de internação própria, que deverá ser autorizada pela Unimed, mediante a apresentação do documento de identidade e o cartão de identificação.

Atenção:

- Verifique a validade da guia de internação.
- Certifique-se de qual é a acomodação hospitalar a que o seu plano de saúde dá direito (quarto individual ou coletivo). Ao optar pela internação em acomodação superior à contratada, o beneficiário é responsável pelo pagamento de diferenças, taxas e demais valores, inclusive honorários médicos decorrentes do atendimento/internação, diretamente ao prestador ou ao médico assistente/cooperado/credenciado que realizar o procedimento/atendimento, sem qualquer interferência da Unimed.
- A maioria dos procedimentos necessita de prazos para liberação. Por isso, para evitar dificuldades e atrasos no seu atendimento, encaminhe a documentação com o máximo de antecedência.



Caso desejar solicitar reanálise ou negativa por escrito, você poderá fazer a solicitação por escrito em nosso SAC Presencial ou pelo site www.unimednordesters.com.br, no menu Ouvidoria. A Unimed deverá providenciar resposta à sua solicitação, respeitando o prazo estabelecido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Caso desejar reanálise como última instância da operadora, você deverá entrar em contato com a Ouvidoria em até 48 horas úteis, após

o primeiro retorno da negativa, por meio dos seguintes canais de atendimento:

– **Site:** <https://www.unimednordesters.com.br/pagina/ouvidoria>

– **App Unimed Nordeste-RS: Rede Própria/Ouvidoria/Enviar e-mail.**

Informamos que você poderá requerer, por meio do telefone 0800.512100 ou no SAC Presencial, sem qualquer ônus, que as informações prestadas acerca da negativa de atendimento sejam formalizadas por escrito e encaminhadas por correspondência ou por meio eletrônico, no prazo de 24 horas.

Em internações hospitalares urgentes ou de emergência

Nas internações de caráter de urgência ou emergência, o cliente poderá ser hospitalizado ao apresentar indicação médica, cartão de identificação Unimed e documento de identidade, desde que não apresente nenhuma restrição contratual. O pedido médico será encaminhado para análise da auditoria posterior.

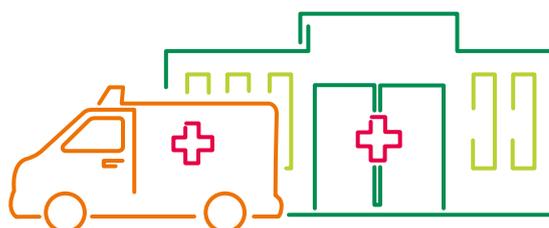
É necessário que você tenha o seu cartão de identificação, um documento de identidade e a guia com a solicitação do procedimento.

Atenção:

- Nos casos de urgência/emergência, se você não puder ser atendido pelo seu médico, procure um dos hospitais, clínicas ou prontos-socorros credenciados para seu plano.
- O atendimento hospitalar só será autorizado pela Unimed quando os pagamentos de mensalidades estiverem quitados e os prazos de carências, cumpridos, ambos previstos nos contratos.
- Certifique-se de qual é a acomodação hospitalar a que o seu plano de saúde dá direito (quarto individual ou coletivo). Ao optar pela internação em acomodação superior à contratada, o beneficiário é responsável pelo pagamento de diferenças, taxas e demais valores, inclusive honorários médicos decorrentes do atendimento/internação, diretamente ao prestador ou médico assistente/cooperado/credenciado que realizar o procedimento/atendimento, sem qualquer interferência da Unimed.

Em procedimentos/exames de urgência solicitados

Nos pedidos médicos de procedimentos/exames solicitados com urgência, o beneficiário deverá providenciar a autorização junto à Unimed. Não apresentando nenhuma restrição contratual, a liberação será imediata. O pedido médico será encaminhado para análise da auditoria posterior.



Definição de urgência e emergência

Para facilitar seu entendimento, veja abaixo algumas definições importantes:

Emergência: Situações clínicas de mal súbito grave, envolvendo risco de morte imediato. Exemplos: infarto, parada cardiorrespiratória, convulsões, politraumatismo, intoxicações graves, choques elétricos e afogamentos.

Urgência: Ocorrências de agravo à saúde que necessitem de rápida assistência médica, sem risco de morte. Exemplos: cólica renal, vômitos repetitivos não habituais, elevação ou queda brusca de pressão arterial, cortes profundos e hipoglicemia.

Atendimento fora da área de abrangência geográfica da Unimed Nordeste-RS

A Unimed oferece planos de saúde com atendimento nacional, estadual ou grupo de municípios.

Os planos de saúde Unimed com atendimento em rede nacional e estadual possibilitam, por meio do Sistema Cooperativo Unimed de Intercâmbio, o atendimento em todo o território nacional ou estadual, dependendo do plano contratado, desde que o procedimento efetuado tenha cobertura. Para os procedimentos realizados fora da área de abrangência da Unimed Nordeste-RS, não será necessário nenhum pagamento no momento do atendimento: os valores de coparticipação/franquia, se houver, serão cobrados posteriormente em fatura.

Beneficiários de planos com atendimento de grupo de municípios somente poderão ser atendidos fora da área de abrangência geográfica da Unimed Nordeste-RS em casos de urgência e emergência comprovada, exceto nos planos de segmentação ambulatorial. A cobrança das coparticipações/franquias ocorrerá em fatura posterior ao atendimento. Beneficiários em utilização de intercâmbio

deverão solicitar autorização prévia na Unimed local. A mesma fará contato com a Unimed Nordeste-RS, que analisará a solicitação e retornará para a Unimed local.

Exames e procedimentos somente devem ser marcados quando já estiverem autorizados.

Para sua conveniência, quando for utilizar os serviços médicos fora da área de abrangência geográfica da Unimed Nordeste-RS, informe-se previamente com o SAC pelo WhatsApp/fone 0800.0512100, ou procure a Unimed local mais próxima de você.



Informações importantes

Coparticipação ou franquia

Com o propósito de manter a transparência e o bom relacionamento com seus beneficiários, a Unimed Nordeste-RS vem orientá-lo sobre a melhor forma de utilização do seu plano de saúde, lembrando que o seu contrato pode prever cobranças de coparticipação ou franquia, nos procedimentos e eventos médicos utilizados por você e pelos seus dependentes.

Esclarecemos que essas coparticipações ou franquias se limitam à cobrança de um valor ou percentual sobre o custeio total do procedimento e/ou evento médico, respeitando sempre os valores e percentuais pactuados em contrato.

Coparticipação: é a participação na despesa assistencial do procedimento a ser paga pelo contratante do plano diretamente à Unimed, após a sua realização, em fatura.

Franquia: é o valor financeiro a ser pago pelo beneficiário diretamente ao prestador da rede credenciada/referenciada ou à contratada, no ato da utilização do serviço, por não ser responsabilidade contratual da operadora.

Lembramos, ainda, que as franquias/ coparticipações são reajustadas anualmente, conforme consta em cláusula contratual do seu plano de saúde.



Reembolso

Todos os procedimentos, consultas e internações deverão ser realizados dentro da rede de médicos e serviços credenciados pelo seu plano de saúde. Em casos de urgências e emergências em que comprovadamente não foi possível a utilização dos serviços credenciados, o cliente poderá solicitar o reembolso da despesa, desde que no prazo máximo de um ano da ocorrência, dentro dos limites da tabela de preços praticados na rede contratada para tal procedimento.

Para encaminhamento do reembolso, o beneficiário deverá relatar brevemente o motivo da solicitação e encaminhar os seguintes documentos:



Consulta Médica

Documentos: nota fiscal e/ou recibo original (contendo carimbo, assinatura e CPF do médico que prestou o atendimento; especialidade consultada; e nome do paciente atendido); relatório médico do atendimento; cópia de documento de identificação com CPF (se menor, também do responsável pelo recebimento do valor).

Materiais/Medicamentos

Documentos: nota fiscal original (contendo a discriminação dos procedimentos realizados e o nome do paciente atendido); relatório médico da ocorrência; conta analítica (contendo a discriminação de quantidade e valores de taxas, materiais e medicamentos); cópia de documento de identificação com CPF (se menor, também do responsável pelo recebimento do valor).

Exames e/ou Exames especializados

Documentos: nota fiscal original (contendo a discriminação dos procedimentos realizados, com o indicativo das quantidades e valores individuais, e nome do paciente atendido); solicitação médica com indicação clínica para o procedimento; cópia de documento de identificação com CPF (se menor, também do responsável pelo recebimento do valor).

Transporte

Documentos: comprovante original das passagens de ônibus; nota fiscal original e/ou recibo (contendo carimbo, assinatura e CPF do profissional que prestou o atendimento, ou cupom fiscal, ou nota fiscal de abastecimento original com o nome do paciente atendido); relatório médico do atendimento (nos casos de não constar liberação prévia de transporte); cópia de documento de identificação com CPF (se menor, também do responsável pelo recebimento do valor).

Tratamentos seriados (fisioterapia, psicoterapia, fonoaudiologia, etc.)

Documentos: nota fiscal e/ou recibo original (contendo carimbo, registro, assinatura e CPF do profissional que prestou o atendimento; data de realização das sessões; e nome do paciente atendido); relatório médico (com indicação clínica, número de sessões, datas das sessões realizadas e valor de cada sessão); cópia de

documento de identificação com CPF (se menor, também do responsável pelo recebimento do valor).

Atendimento em pronto-socorro, clínicas e hospitais

Documentos: nota fiscal original (contendo a discriminação dos procedimentos realizados e o nome do paciente atendido); relatório médico do atendimento; conta analítica (contendo a discriminação de quantidade e valores de taxas, materiais e medicamentos); cópia de documento de identificação com CPF (se menor, também do responsável pelo recebimento do valor).

Atendimento cirúrgico e clínico

Documentos: nota fiscal original contendo o nome do paciente atendido; relatório médico detalhado do atendimento (com o nome e o código do procedimento realizado); cópia do boletim anestésico; cópia do descritivo cirúrgico; solicitação médica dos exames realizados com a indicação clínica; conta analítica (contendo a discriminação de quantidade e valores de taxas, materiais e medicamentos); cópia de documento de identificação com CPF (se menor, também do responsável pelo recebimento do valor).

Honorários médicos (cirurgião / auxiliar / anestesista / instrumentador)

Documentos: nota fiscal e/ou recibo original (contendo carimbo, assinatura e CPF do médico que prestou o atendimento); relatório médico do atendimento (contendo os códigos dos procedimentos realizados); cópia do boletim anestésico; cópia do descritivo cirúrgico; cópia de documento de identificação com CPF (se menor, também do responsável pelo recebimento do valor).

A documentação, a identificação do beneficiário, os dados bancários e os telefones para contato poderão ser enviados para o e-mail sacreembolso@unimednordesters.com.br ou entregues no SAC Presencial ou no Espaço do Cliente.

A solicitação será analisada e, caso autorizada, o reembolso ocorrerá no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados a partir do recebimento da documentação completa.

Rede credenciada e redimensionamento de rede hospitalar

As substituições e as alterações que ocorrem na rede assistencial do produto, bem como os redimensionamentos de rede hospitalar, ficarão

disponíveis no Portal Corporativo da Unimed, no endereço www.unimednordesters.com.br e na Central de Atendimento da Operadora, pelo telefone ou WhatsApp 0800.0512100.

O redimensionamento da rede hospitalar por redução somente será realizado após autorização prévia da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Mensalidade e reajuste

O valor da mensalidade do seu plano de saúde passa por reajuste anual na data e de acordo com as condições previstas em seu contrato.

Para os planos de saúde individuais/familiares regulamentados e adaptados, o reajuste segue o índice estabelecido anualmente pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Para os planos de saúde coletivos, o reajuste segue cláusulas previstas em contrato.

As mensalidades serão pagas até seus respectivos vencimentos, nas condições

acordadas na contratação. Os planos de saúde não podem sofrer reajuste em período inferior a 12 meses.

Além do reajuste anual, os valores de mensalidades podem sofrer alterações devido à troca de idade do beneficiário. Para melhor entendimento, os valores de mensalidade seguem faixas etárias preestabelecidas, acordados pelas regras vigentes no período da contratação. Havendo alteração da faixa etária, a mensalidade do cliente será aumentada, conforme condições do contrato.

Junta médica

A Unimed Nordeste-RS poderá divergir da solicitação do médico assistente ou do cirurgião-dentista assistente, utilizando-se de junta médica, constituída pelo médico solicitante, por um médico da operadora e por um médico-perito desempatador, escolhido pelos outros dois para dirimir o impasse.

Junta médica é o termo que designa o mecanismo de regulação que tem o objetivo de garantir, no caso de situações de divergências médicas a respeito de autorização prévia, a definição do impasse. A junta médica será constituída pelo médico solicitante, por médico da cooperativa e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais acima nomeados, aos moldes da RN 424/2017, legislação vigente.



Regras para a suspensão ou rescisão

As regras de suspensão e rescisão do plano de saúde estão previstas no contrato e seguem as regulamentações vigentes da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Procedimento para inclusão no plano de saúde

As inclusões deverão ser solicitadas de acordo com o tipo de contratação do plano de saúde:

Planos individuais/familiares ou termos e opção: o contratante deve contatar o SAC 0800.0512100. As solicitações podem ser feitas por telefone ou presencialmente.

Planos coletivos empresariais e coletivos por adesão: o beneficiário titular deve solicitar junto a sua empresa ou associação/entidade,



no setor responsável.

Para os bebês recém-nascidos, a inclusão deverá ser solicitada nos primeiros 30 dias de vida da criança, como dependente do pai ou da mãe em um contrato já vigente, a fim de que possam ser avaliados os prazos de carências. As carências serão liberadas conforme os períodos já cumpridos pelo titular.

Cobertura obrigatória

Para os planos regulamentados, contratados a partir de janeiro de 1999 (vigência da Lei nº 9.656/1998), a cobertura será a estabelecida pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) na lista da cobertura mínima obrigatória pelos planos de saúde, chamada Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde.

A cobertura se dará conforme segmentação assistencial do plano contratado.

Os planos adaptados terão a mesma cobertura dos planos regulamentados, acrescida das coberturas previstas no contrato original que excedam a regulamentação.

Se o plano foi contratado antes de janeiro de 1999 e não foi adaptado à Lei, a cobertura será a que estiver determinada no contrato. A qualquer momento, porém, ele poderá ser adaptado ou migrado e passar a ter a cobertura dos planos regulamentados.



Atualize o seu cadastro

A constante atualização do seu cadastro é muito importante. Com essa medida simples, você garante, ao mesmo tempo, um melhor aproveitamento de todas as vantagens que o seu plano de saúde pode lhe oferecer, assim como facilita a comunicação com a Unimed.

A atualização pode ser feita pelo App Unimed Nordeste-RS ou pelo SAC: 0800.0512100 / sacunimed@unimednordesters.com.br

Inativos – demitidos e aposentados

Em planos coletivos empresariais, o aposentado ou o ex-empregado exonerado ou demitido sem justa causa, que contribuía para o custeio do seu plano privado de saúde, tem o direito de manter as mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, sem prejuízo de eventuais vantagens obtidas em negociações coletivas, desde que o mesmo não seja admitido em novo emprego que possibilite ingresso em plano de saúde.

A decisão do aposentado ou do ex-empregado demitido sem justa causa de se manter no plano deve ser informada à empresa empregadora no prazo máximo de 30 dias, contados a partir da comunicação do empregador sobre o direito de manutenção do gozo do benefício.

Para que seja mantido no plano, devem ser observadas as seguintes condições:

1. Ter sido beneficiário com vínculo empregatício.

2. Ter contribuído com pelo menos parte do pagamento da mensalidade do seu plano de saúde.

3. Assumir o pagamento integral do benefício.

4. Não ser admitido em novo emprego que possibilite o acesso a plano privado de assistência à saúde.

5. Formalizar a opção de manutenção no plano no prazo máximo de 30 dias, contados a partir da comunicação do empregador sobre o direito de manutenção do gozo do benefício.

Dependentes do aposentado ou ex-empregado

O direito à permanência é extensivo ao grupo familiar que estava inscrito quando da vigência do contrato de trabalho, se assim desejar o aposentado ou o ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa.

No caso de morte do aposentado ou do ex-empregado demitido ou exonerado, seus dependentes continuam no plano pelo restante do tempo a que o beneficiário titular tinha direito.



Os dependentes do aposentado que continua trabalhando na mesma empresa e vem a falecer, que estão inscritos no plano, terão direito a encaminhar o benefício.

Quem paga o plano do aposentado ou do ex-empregado demitido ou exonerado a partir de seu desligamento, e por quanto tempo ele pode ser mantido no plano?

O aposentado ou ex-empregado demitido ou exonerado deve assumir o pagamento integral da mensalidade do plano, ou seja, a soma da contribuição patronal e da contribuição paga pelo empregado durante a vigência do contrato de trabalho.

O aposentado que contribuiu para o plano de saúde por 10 anos ou mais tem o direito de se manter no plano enquanto a empresa empregadora oferecer esse benefício aos seus empregados ativos, e desde que não seja admitido em novo emprego, que possibilite o acesso a plano privado de assistência à saúde.

O aposentado que contribuiu para o plano de saúde por período inferior a 10 anos poderá permanecer no plano por um ano para cada ano de contribuição, desde que a empresa empregadora continue a oferecer

esse benefício aos seus empregados ativos e que não seja admitido em novo emprego, que possibilite o acesso a plano privado de assistência à saúde.

O ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa no plano poderá permanecer pelo período correspondente a 1/3 (um terço) do tempo de permanência em que tenha contribuído para o plano, com um mínimo assegurado de seis meses e um máximo de 24 meses.

O aposentado ou o ex-empregado demitido sem justa causa tem o direito de contratar um plano individual/familiar com aproveitamento das carências já cumpridas, caso a operadora comercialize plano de contratação individual e familiar.

Direitos do aposentado que continua trabalhando na mesma empresa ou grupo empresarial

O aposentado que permanece trabalhando pode continuar a gozar do benefício no plano de ativos até que se desligue da empresa (pedido de demissão ou demissão com ou sem justa causa), quando deverá passar a gozar dos benefícios garantidos aos aposentados.



Carências

A carência é o período corrido e ininterrupto, contado a partir da data de início da vigência do contrato ou da inclusão do beneficiário, durante o qual o contratante paga as mensalidades do plano, mas ainda não tem acesso a determinadas coberturas previstas no contrato.

É permitida a exigência de cumprimento de período de carência nos prazos máximos estabelecidos pela Lei nº 9.656/1998.

Carências básicas dos planos (conforme legislação):

- 300 dias para partos a termo.
- 180 dias para demais casos.
- 24 horas para cobertura dos casos de urgência e emergência.

Carências dos planos conforme definição e prática da Unimed Nordeste-RS:

- 300 dias para partos a termo.
- 180 dias para internações (clínicas, cirúrgicas, psiquiátricas e por dependência química).
- 180 dias para procedimentos cardíacos, hemodiálise e diálise, ressonância magnética, exames de genética, radioterapia, transplantes de rins, de córneas e de medula.
- 90 dias para exames e procedimentos ambulatoriais.
- 30 dias para exames (laboratoriais, raios-X, ecografias, tomografias).
- 30 dias para consultas médicas.
- 24 horas para cobertura dos casos de urgência decorrentes de acidentes pessoais.

Doenças ou lesões preexistentes

As 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.

Ao declarar, o beneficiário ficará com Cobertura Parcial Temporária (CPT), que 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 às lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal.



TERMOS QUE FACILITAM O ENTENDIMENTO DO SEU PLANO

A

ACIDENTE PESSOAL: é o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só e independentemente de toda e qualquer outra causa, torne necessário o tratamento médico.

ADAPTAÇÃO: aditamento de contrato de plano privado de assistência à saúde celebrada até 1º de janeiro de 1999, para ampliar o conteúdo do contrato de origem de forma a contemplar todo o sistema previsto na Lei nº 9.656, de 1998.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR/ANS: autarquia sob regime especial vinculada ao Ministério da Saúde, com atuação em todo o território nacional, como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantem a saúde suplementar. Todas as operadoras de plano de saúde devem ser registradas pela ANS. O registro da Unimed Nordeste-RS é 325571.

ÁREA DE ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA: área em que a operadora se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas pelo beneficiário.

ÁREA DE ATUAÇÃO DA UNIMED NORDESTE-RS: Antônio Prado, Bento Gonçalves, Boa Vista do Sul, Carlos Barbosa, Caxias do Sul, Coronel Pilar, Farroupilha, Flores da Cunha, Garibaldi, Monte Belo do Sul, Nova Pádua, Nova Petrópolis, Nova Roma do Sul, Picada Café, Pinto Bandeira, Santa Tereza e São Marcos.

ATENDIMENTO ELETIVO: termo usado para designar os atendimentos médicos que podem ser programados, ou seja, que não são considerados de urgência ou emergência.

ATENDIMENTO OBSTÉTRICO: todo atendimento prestado à gestante, em decorrência de gravidez, parto, aborto e suas consequências.

B

BENEFICIÁRIO: pessoa física, titular ou dependente, que possui direito e deveres definidos em contrato assinado com a operadora de plano privado de saúde, para garantia da assistência médico-hospitalar e/ou odontológica.



CÁLCULO ATUARIAL: é o cálculo com base estatística proveniente da análise de informações sobre a frequência de utilização, perfil do associado e tipo de procedimento, efetuado com vistas à manutenção do equilíbrio técnico-financeiro do plano e para a definição de mensalidades a serem cobradas dos beneficiários pela contraprestação.

CARÊNCIA: período corrido e ininterrupto, contado a partir da data de início da vigência do contrato, durante o qual o contratante paga as contraprestações pecuniárias, mas ainda não tem acesso a determinadas coberturas previstas no contrato.

CID-10: é a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, 10ª revisão.

COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT): aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 meses, 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.

COPARTICIPAÇÃO: é a participação na despesa assistencial a ser paga pelo contratante diretamente à operadora, após a realização de procedimento.

CONSULTA: é o ato realizado pelo médico que avalia as condições clínicas do beneficiário.



DEPENDENTE: beneficiário de plano privado de assistência à saúde, cujo vínculo com a operadora depende da existência do vínculo de um beneficiário titular. Pessoa física com vínculo familiar com o beneficiário titular do plano de saúde, de acordo com as condições de elegibilidade estabelecidas no contrato. No plano individual, titulares e dependentes devem estar no mesmo plano. Nos planos coletivos, titulares e dependentes podem estar no mesmo plano ou em planos diferentes, de acordo com o estabelecido pela pessoa jurídica contratante.

DOENÇA: é o processo mórbido definido, tendo um conjunto característico de sintomas e sinais, que leva o indivíduo a tratamento médico.

DOENÇA AGUDA: falta ou perturbação da saúde, de característica grave e de curta duração, sendo reversível com o tratamento.

DOENÇA OU LESÃO PREEXISTENTE: aquela que o cliente ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde.

DOENÇA PROFISSIONAL: é aquela adquirida em consequência do trabalho.



EMERGÊNCIA: é a situação que implica risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizada em declaração do médico assistente.

EXAME: é o procedimento complementar solicitado pelo médico, que possibilita uma investigação diagnóstica para melhor avaliar as condições clínicas do beneficiário.



FRANQUIA: é o valor financeiro a ser pago pelo beneficiário diretamente aos prestadores da rede credenciada/referenciada ou à contratada no ato da utilização do serviço, por não ser responsabilidade contratual da operadora.



INTERCÂMBIO: é todo e qualquer atendimento ou uso do plano de saúde em cidades que não sejam da área de atuação da Unimed Nordeste-RS.



MATERIAL DE SÍNTESE: é todo material usado em cirurgia para corrigir uma fratura.

MÉDICO ASSISTENTE: é o profissional responsável pela indicação da conduta médica a ser aplicada ao beneficiário.

MENSALIDADE: contraprestação pecuniária paga pelo contratante à operadora.

MIGRAÇÃO: celebração de novo contrato de plano privado de assistência à saúde ou ingresso em contrato de plano privado de assistência à saúde coletivo por adesão, no âmbito da mesma operadora, referentes a produtos com registro em situação “ativo”, concomitantemente com a extinção do vínculo ou do contrato, anterior a 1º de janeiro de 1999.



ÓRTESE: acessório usado em atos cirúrgicos e que não substitui parcial ou totalmente nenhum órgão ou membro, podendo, ou não, ser retirado posteriormente.



PRIMEIROS SOCORROS: são os primeiros atendimentos realizados nos casos de urgência ou emergência.

PROCEDIMENTO ELETIVO: é o termo usado para designar procedimentos médicos não considerados de urgência ou emergência e que podem ser programados.

PRÓTESE: peça artificial empregada em atos cirúrgicos, em substituição parcial ou total de um órgão ou membro, reproduzindo sua forma e/ou sua função.



ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE: listagem divulgada e atualizada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar que constitui a referência básica para cobertura assistencial mínima nos planos privados de assistência à saúde, contratados a partir de 1º de janeiro de 1999 ou adaptados conforme a Lei nº 9.656/1998.



TITULAR: é o beneficiário de plano privado de assistência à saúde cujo contrato o caracteriza como detentor principal do vínculo com uma operadora.



URGÊNCIA: é o evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo gestacional.

