

MANUAL

DO CLIENTE UNIMED

*Conheça seu plano de saúde e
saiba como usá-lo*

Unimed 
Caratinga



MANUAL

DO CLIENTE UNIMED

Versão 1.0

Unimed
Caratinga



SUMÁRIO

Boas Vindas.....	05
Cartão do Beneficiário.....	06
Como acessar o Guia Médico.....	10
Prazos máximos para atendimento.....	13
Qual é o plano que você adquiriu?.....	14
Cobertura do seu plano.....	16
Mais informações sobre seu plano.....	18
Dicas de utilização do plano.....	22
Carências do beneficiário.....	24
Processo de reembolso.....	25
Inclusão e exclusão de beneficiário.....	27
Portal de serviços.....	28
Portabilidade de Carências.....	29
Remoção Terrestre e Aérea.....	30
Espaço Viver Bem.....	31
Fale com a Unimed Canais de Atendimento.....	34
Anotações.....	36

BOAS vindas

Prezado beneficiário,

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

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

Para sua comodidade e com a finalidade de prestarmos melhor atendimento, elaboramos este manual para orientá-lo sobre como proceder na utilização do seu plano. Para que você tenha o máximo de tranquilidade e segurança leia-o atentamente.

Em caso de dúvidas relacionadas ao seu plano, entre em contato conosco através dos nossos canais de atendimento informados na página 9 deste manual.

Teremos muito prazer em atendê-lo.

Seja bem-vindo à Unimed Caratinga.

CARTÃO DO beneficiário

CUIDE DO SEU CARTÃO E ELE CUIDARÁ DE VOCÊ.

A Unimed fornecerá ao usuário o cartão do beneficiário referente ao plano contratado, com prazo de validade, cuja apresentação deverá ser acompanhada de documento de identidade, assegurando dessa forma os direitos e vantagens do seu plano.

É obrigação do beneficiário a devolução do cartão e outros documentos fornecidos pela Unimed, na hipótese de exclusão ou rescisão contratual motivada por qualquer uma das partes.

O uso indevido é proibido e, de acordo com a gravidade, estará sujeito às consequências previstas em lei.

ESTE É O SEU CARTÃO UNIMED.

Com ele você será atendido por médicos selecionados pelo melhor plano de saúde do Brasil.

				NOME DO PRODUTO TIPO DE CONTRATAÇÃO	
		0 173 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.	
LOREM IPSUM DOLOT AMET CONSECT Contratante	NACIONAL Abrangência		01 Via		
NÃO HÁ Plano	31/12/2007 Vigência do Plano	NA99 MASTER Rede de Atendimento	31/12/2007 Validade		
AMBULATORIAL + HOSPITALAR SEM OBSTETRÍCIA + ODONTOLÓGICO Segmentação Assistencial do Plano					

CARTÃO DO beneficiário

SAIBA COMO IDENTIFICAR SEU CARTÃO.

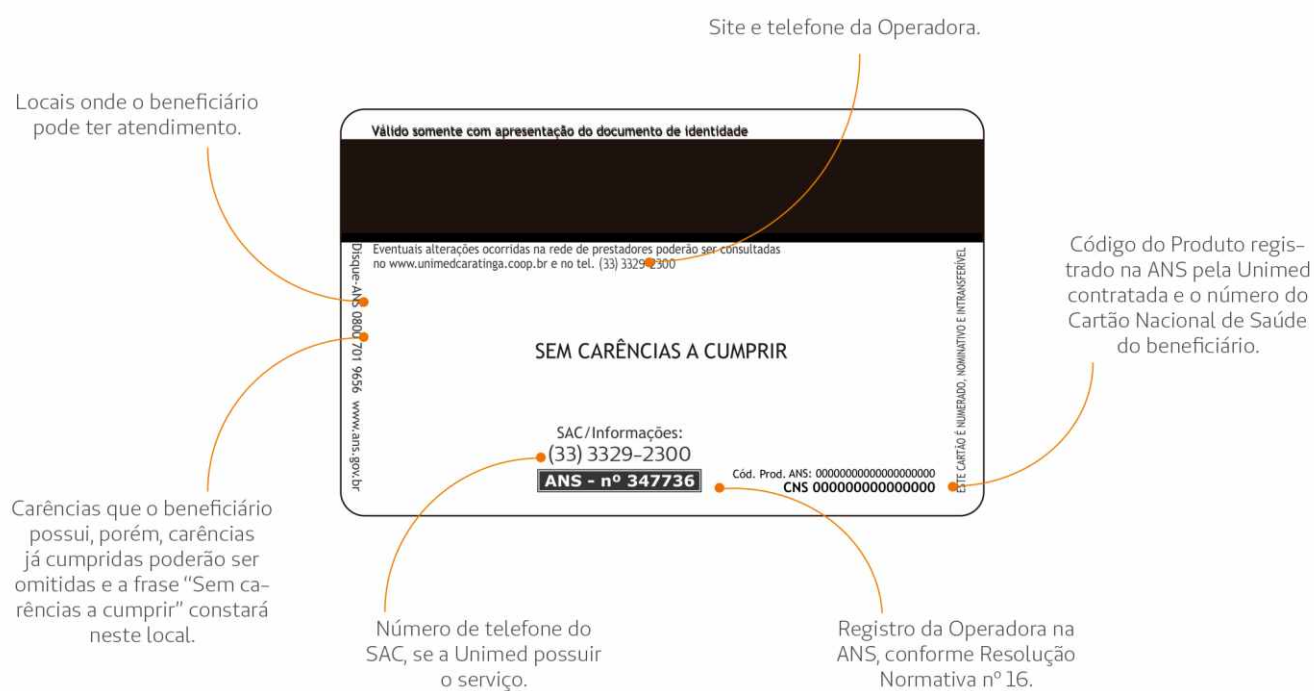
FRENTE



CARTÃO DO beneficiário

SAIBA COMO IDENTIFICAR SEU CARTÃO.

VERSO



CARTÃO DO beneficiário

QUAIS OS CUIDADOS DEVO TER COM O MEU CARTÃO?

- O seu cartão é pessoal e intransferível.
- Para ser atendido, tenha-o sempre em mãos, juntamente com sua carteira de identidade.
- Verifique as informações relativas às carências e de cobertura parcial temporária impressas no seu cartão e consulte as condições de contratação. Caso tenha dúvida entre em contato através do telefone **33 3329 2300**.
- Mantenha seus dados de cadastro sempre atualizados. Quando houver qualquer alteração, não deixe de comunicar.

IMPORTANTE

Em caso de roubo, extravio do cartão ou para maiores informações, entre em contato. Caso haja qualquer problema com o cartão, solicite a substituição imediatamente por meio dos nossos serviços de atendimento ao beneficiário.

COMO ACESSAR o Guia Médico

1 O Guia Médico está localizado
no canto superior direito do site:
www.unimedcaratinga.com.br

The screenshot displays the Unimed Caratinga website. At the top, the Unimed Caratinga logo is on the left, and navigation links (Unimed | Planos | Notícias | Serviços | Fale Conosco) and a 'Fazer Login' button are on the right. Below the header is a banner with the text 'Cuidar de você Esse é o plano' and an image of a smiling woman and child. Under the banner are three green buttons: 'Canal do beneficiário', '2ª Via e atualização de boleto', and 'Calendário Unimed Caratinga'. The 'Guia Médico' section is highlighted with a brown border. It features a search bar with the text 'O que você procura?' and a dropdown menu showing 'Médico, especialidade, clínica, cidade...'. Below the search bar are two checkboxes: 'Urgência e Emergência' and 'Substituição de Prestadores'. At the bottom of the section, there is a field for 'CPF ou carteirinha (opcional)' and a green 'PESQUISAR' button.

Unimed Caratinga

Unimed | Planos | Notícias | Serviços | Fale Conosco

Fazer Login

Cuidar de você
Esse é o plano

Canal do beneficiário
Acesse aqui

2ª Via e atualização de boleto
Clique aqui

Calendário Unimed Caratinga
Acesse aqui

Guia Médico

✓ Busca Rápida | Busca Detalhada

O que você procura?

Médico, especialidade, clínica, cidade...

☐ Urgência e Emergência ☐ Substituição de Prestadores

Se você é cliente, digite seu CPF ou carteirinha:

CPF ou carteirinha (opcional)

PESQUISAR

COMO ACESSAR o Guia Médico

Guia Médico

✓ Busca Rápida | Busca Detalhada

O que você procura?

Médico, especialidade, clínica, cidade...

☐ Urgência e Emergência ? Substituição de Prestadores ?

Se você é cliente, digite seu CPF ou carteirinha:

CPF ou carteirinha (opcional)

PESQUISAR 🔍

2 Preencha o campo **“O que você procura?”** com pelo menos uma das informações, conforme exemplo.

3 Digite o número do seu CPF ou da carteirinha.

4 Por fim, basta clicar em **“Pesquisar”**.

COMO ACESSAR o Guia Médico

MOVIMENTAÇÃO DA REDE CREDENCIADA

Buscando pela rede credenciada através do passo a passo anteriormente informado, o beneficiário sempre encontrará a mais atualizada lista de cooperados e prestadores credenciados da Unimed. Porém, caso tenha alguma dúvida quanto ao credenciamento ou descredenciamento de algum deles, basta seguir os passos a seguir:

Guia Médico

✓ Busca Rápida | Busca Detalhada

O que você procura?

☐ Urgência e Emergência ? ☐ Substituição de Prestadores ?

Se você é cliente, digite seu CPF ou carteirinha:

PESQUISAR

Substituição de Prestadores

Consulte as substituições e exclusões de prestadores da rede credenciada Unimed. Selecione o tipo de movimentação e o plano que deseja pesquisar para realizar a consulta.

Para consultar a rede atualizada acesse o [Guia Médico](#).

☐ Substituições
 ☐ Exclusões
 ☒ Substituições e exclusões

Se você é cliente, digite o código do cartão.

Avançar

Se você ainda não é cliente, selecione o estado e a cidade que deseja pesquisar.

Estado: *

Cidade: *

Avançar

Você pode clicar sobre **“Substituição de Prestadores”** e preencher os campos solicitados.

PRAZOS MÁXIMOS

para o atendimento

Para garantir a qualidade e a agilidade do seu atendimento dentro dos prazos definidos pela Agência Nacional de Saúde é fundamental que você apresente a documentação necessária, quando solicitada e tenha cumprido os períodos de carência previstos em seu contrato. Os 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:

Serviços	Prazo máximo para atendimento (dias úteis)
Consulta básica - pediatria, clínica médica, cirurgia geral, ginecologia e obstetrícia	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

QUAL É O PLANO que você adquiriu?

QUANTO AO TIPO DE CONTRATAÇÃO:

- a) Individual ou Familiar** – Permite livre adesão de beneficiários, com ou sem grupo familiar.
- b) Coletivo Empresarial** – Permite adesão da população que é vinculada à pessoa jurídica, por relação empregatícia ou estatutária (servidores públicos no regime da Lei 8.112/90 e leis congêneres).
- c) Coletivo por Adesão** – Permite adesão da população que mantém vínculo com pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou social, como sindicatos, associações, cooperativas e fundações.

QUANTO À ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA:

- a) Nacional:** Todo território nacional
- b) Estadual:** Todo estado de Minas Gerais
- c) Grupo de Municípios:** Área de abrangência da Unimed Caratinga, sendo as cidades: Bom Jesus do Galho, Bugre, Caratinga, Córrego Novo, Dom Cavati, Entre Folhas, Imbé de Minas, Inhapim, Piedade de Caratinga, Santa Bárbara do Leste, São Domingos das Dores, São João do Oriente, São Sebastião do Anta, Ubaporanga, Vargem Alegre, Vermelho Novo, a Unimed Governador Valadares e Unimed Vertente Caparaó.

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 cober-

QUAL É O PLANO

que você adquiriu?

turas contratadas. A operadora repassa à pessoa jurídica contratante o valor total das despesas assistenciais, sendo vedado o repasse integral ao beneficiário.

QUANTO AO FATOR MODERADOR:

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

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

QUANTO À ÉPOCA DA CONTRATAÇÃO:

a) Regulamentados (contratos firmados a partir de 02/01/1999, depois da vigência da Lei 9.656/98).

b) Não-regulamentados (contratos firmados antes de 02/01/1999, antes da vigência da Lei 9.656/98).

c) Adaptados (contratos firmados antes de 02/01/1999, mas que foram editados para ajustá-los à cobertura da Lei 9.656/98 e demais normas da ANS – Agência Nacional de Saúde).

QUANTO AO PADRÃO DE ACOMODAÇÃO:

a) Enfermaria (Acomodação coletiva).

b) Apartamento (Acomodação individual).

COBERTURAS DO *seu plano*

FIQUE POR DENTRO DAS COBERTURAS DO SEU PLANO:

A ANS define uma lista de consultas, exames e tratamentos, denominada Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, cuja cobertura é garantida conforme cada tipo de plano. Essa lista é válida para os planos contratados a partir de 02 de janeiro de 1999, os chamados planos novos. É válida também para os planos contratados antes dessa data, mas somente para aqueles que foram adaptados à Lei dos Planos de Saúde. O Rol de Procedimentos é editado e atualizado pela ANS e está disponível no endereço eletrônico: www.ans.gov.br.

COBERTURA AMBULATORIAL

Nesta cobertura está garantida a prestação de serviços de saúde que compreende consultas médicas em clínicas ou consultórios, exames, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais.

Os atendimentos de emergência estão limitados até as primeiras 12 horas do atendimento. A realização de procedimentos exclusivos da cobertura hospitalar fica sob responsabilidade do beneficiário, mesmo sendo feito na mesma unidade de prestação de serviços e em tempo menor que 12 horas.

COBERTURA HOSPITALAR

Garante a prestação de serviços em regime de internação hospitalar, com exceção da atenção ao parto.

Quando o atendimento de emergência for efetuado no decorrer dos períodos de carência, deverá abranger cobertura igual àquela fixada para o plano ou seguro do segmento ambulatorial, não garantindo, portanto, internação além das 12 horas iniciais.

COBERTURAS DO *seu plano*

COBERTURA HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA

Além do regime de internação hospitalar, também está incluída a atenção ao parto. É garantida, ainda, a cobertura assistencial ao recém-nascido filho natural ou adotivo do contratante, ou de seu dependente, durante os primeiros 30 dias após o parto.

Em caso de necessidade de assistência médico-hospitalar decorrente da condição gestacional de pacientes ainda cumprindo período de carência, a operadora deverá abranger cobertura igual àquela fixada para o plano do segmento ambulatorial, não garantindo, portanto, internação além das 12 horas iniciais.

MAIS INFORMAÇÕES

sobre seu plano

COBERTURA COM LIMITAÇÕES

- Os portadores de transtornos psiquiátricos que necessitem de internação terão direito ao custeio, no máximo 30 dias, contínuos ou não, por ano de contrato não cumulativo, em hospital ou unidade especializada. Caso seja necessário a continuidade do tratamento, haverá a cobrança de coparticipação conforme estabelecido em contrato.
- Estarão cobertos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto infligidas.

CONDIÇÕES DE PERMANÊNCIA NO PLANO EMPRESARIAL

Demitido

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

Aposentado

O beneficiário que tiver contribuído com a mensalidade do plano de saúde em decorrência do vínculo empregatício por 10 anos ou mais, terá garantido o direito de permanência, passando então a assumir as responsabilidades referente às mensalidades e participações. Se o tempo de permanência for inferior, o direito será assegurado à razão de um ano para cada ano de permanência.

MAIS INFORMAÇÕES

sobre seu plano

Atenção! Para os dois casos, é necessário que a empresa empregadora continue a oferecer esse benefício aos seus empregados ativos e que o beneficiário aposentado não seja admitido em novo emprego.

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

EXCLUSÕES

Saiba quais procedimentos estão excluídos da cobertura do seu plano:

- Procedimentos odontológicos.
- Procedimentos realizados fora da área de abrangência contratada e rede de atendimento Unimed.
- Escleroterapia de varizes.
- Procedimentos cirúrgicos, pré ou pós-operatórios, inclusive os relacionados a doador, relativos a transplantes, exceto os de rins e de córneas.
- Produtos de toalete e higiene pessoal.
- Serviços telefônicos e qualquer outra despesa que não seja vinculada diretamente à cobertura contratual.
- Exames e medicamentos ainda não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia.
- Cirurgias e tratamentos não éticos ou ilegais.
- Cirurgia para mudança de sexo.
- Inseminação artificial.

MAIS INFORMAÇÕES

sobre seu plano

- Atendimento nos casos de calamidade pública, conflitos sociais, guerras, revoluções e outras perturbações de ordem pública, e ainda de envenenamentos de caráter coletivo ou outra causa física que atinja maciçamente a população, quando declarada pela autoridade competente.
- Medicamentos importados não nacionalizados.
- Enfermagem em caráter particular em regime hospitalar ou domiciliar.
- Cirurgias plásticas, exceto as reparadoras, decorrentes de acidentes ocorridos na vigência deste contrato, e que estejam causando problemas funcionais.
- Tratamentos clínicos e/ou cirúrgicos por motivo de sensibilidade, para rejuvenescimento, bem como para prevenção de envelhecimento, ganho de peso e emagrecimento.
- Tratamentos com finalidade estética, cosmética ou para alterações somáticas.
- Vacinas, medicamentos e materiais cirúrgicos que não sejam ministrados em internações ou em atendimentos em pronto-socorros.
- Necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma de cabelo.
- Fornecimento de próteses e órteses não ligados ao ato cirúrgico ou para fins estéticos, bem como o fornecimento de órtese, prótese e materiais, mesmo que ligados ao ato cirúrgico, mas que sejam de procedência estrangeira.
- Aparelho ortopédico.
- Aluguel e fornecimento de equipamentos hospitalares e similares.
- Consultas e atendimento domiciliares, mesmo em caráter de emergência e urgência.
- Tratamentos em SPA, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais e clínicas de idosos.
- Exames admissionais, demissionais, periódicos, mudança de função e retorno ao trabalho.
- Laudo para sanidade mental e atividades físicas.
- Atestado de saúde para banho de piscina e ginástica.
- Exame de DNA para confirmação de paternidade.
- Remoção domiciliar.
- Home Care.
- Atendimento em hospitais de alto custo e tabela própria.

MAIS INFORMAÇÕES

sobre seu plano

- Demais atendimentos e procedimentos constantes em contrato e conforme segmentação contratada.

REAJUSTES

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

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

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

DICAS DE utilização do plano

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

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

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

Para agilizar qualquer atendimento, apresente sempre o cartão 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.

Urgência e emergência são consideradas aquelas situações 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:

DICAS DE utilização do plano

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 ou de complicação no processo gestacional.

Procurar um pronto atendimento nos casos de:

Corte Profundo	Quebra de algum membro
Luxação Intensa	Acidente de origem elétrica
Picada ou mordidade 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 tosses	Grave reação alérgica
Febre alta permanente	Convulsões, dor no adômen, cabeça e outros
Agressões físicas	Acidentes automobilísticos ou quedas

CARÊNCIAS

do beneficiário

Carência

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

Procedimento	Carências
Urgências e Emergências	24 horas
Consultas	30 dias
Exames de Baixo Custo	60 dias
Exames de Médio Custo	120 dias
Exames de Alto Custo	180 dias
Internações Clínicas ou Cirúrgicas	180 dias
Procedimentos Obstétricos	300 dias

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

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

PROCESSO

de reembolso

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.

PROCESSO de reembolso

OBS: Os formulários de solicitação do reembolso estão disponíveis para download no site da Unimed **www.unimedcaratinga.com.br**

IMPORTANTE

- 1) 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.
- 2) Em caso de dúvida, entre em contato com a Unimed.

INCLUSÃO E exclusão de beneficiário

COMO ACONTECE A INCLUSÃO E EXCLUSÃO DE BENEFICIÁRIO?

Nos **Planos Individuais Familiares** e **Coletivo por Adesão**, as solicitações de inclusões de dependentes são deliberadas pelo beneficiário titular ou contratante pagador. Este deverá entrar em contato com a Unimed, que mediante confirmação de dados realizará as verificações e repassará as informações de acordo com o seu contrato. No **plano empresarial** as solicitações de inclusão deverão ser encaminhadas para o RH da empresa que se acatadas, encaminhará à Unimed. A inclusão será realizada no prazo firmado com a empresa e de acordo com contrato.

O recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, terá cobertura assistencial, durante os primeiros 30 dias após o parto ou a concessão da guarda/tutela, utilizando o cartão do titular, desde que o plano tenha a cobertura obstétrica. Nestes casos, é assegurada a inclusão do recém-nascido, filho natural ou adotivo, como dependente, isento do cumprimento dos períodos de carências, conforme aquelas já cumpridas pelo titular. Para que esta isenção ocorra, é necessário que a inscrição do menor ocorra no prazo máximo de 30 dias após o nascimento ou a adoção.

As exclusões de beneficiários/cancelamento do contrato, seguem a RN 412 de 10 novembro de 2016. A solicitação deve ser feita pelo beneficiário titular/contratante pagador presencialmente na sede da operadora, por meio de atendimento telefônico ou através da página da operadora na internet. Em planos coletivos empresariais, as solicitações de cancelamento são feitas pelo RH da empresa contratante através de formulários disponíveis no site da operadora **www.unimedcaratinga.com.br** ou poderão solicitá-los à Unimed. O beneficiário que estiver ativo no plano empresarial e tenha solicitado à empresa sua exclusão, caso esta não tenha atendido a solicitação em até 30 dias, poderá solicitar diretamente a operadora sua exclusão, de acordo com Art.7º da RN 412. Sendo o beneficiário titular excluído, todos os demais dependentes serão excluídos. Se o contrato for rescindido, todos os beneficiários serão excluídos.

PORTAL de serviços

ALGUNS SERVIÇOS DISPONÍVEIS ON-LINE:

- Emissão da 2ª via e atualização de boleto;
- Guia Médico;
- Canal do beneficiário (Pessoa Física e Jurídica);
- Acesso ao Espaço Viver Bem;
- Acesso as nossas redes sociais;
- Calendário Unimed Caratinga;

Se necessário, busque o fale conosco, acesse: **www.unimedcaratinga.com.br**

Unimed Caratinga

Unimed | Planos | Notícias | Serviços | Fale Conosco

Fazer Login

Cuidar de você
Esse é o plano

Canal do beneficiário
Acesse aqui

2ª Via e atualização de boleto
Clique aqui

Calendário Unimed Caratinga
Acesse aqui

Guia Médico

✓ Busca Rápida | Busca Detalhada

O que você procura?

Médico, especialidade, clínica...

☐ Urgência e Emergência Substituição de Prestadores

Se você é cliente, digite seu CPF ou carteirinho:

CPF ou carteirinho (opcional)

pesquisar

PORTABILIDADE

de carências

É a possibilidade de contratar um plano de saúde, da mesma operadora ou de uma operadora diferente, sem necessidade de cumprir novos períodos de carência ou de cobertura parcial temporária exigíveis e já cumpridos no plano de origem.

Esse direito é garantido a todos os beneficiários de planos de saúde contratados a partir de 02/01/1999, chamados planos regulamentados, ou os planos adaptados à Lei dos Planos de Saúde (Lei nº 9.656/98), independentemente do tipo de contratação do plano, que cumpram os requisitos mínimos para solicitar a portabilidade de carências, de acordo com as regras dispostas na Resolução Normativa nº 438/2018.

PORTABILIDADE ESPECIAL DE CARÊNCIAS

Independentemente do tipo de plano de saúde e da data da assinatura do contrato, a portabilidade especial de carências pode ser determinada pela ANS para os beneficiários de uma operadora que esteja em fase de saída do mercado, isto é, que esteja em processo de cancelamento de seu registro ou de liquidação extrajudicial (falência). Essa possibilidade é definida por Resolução Normativa publicada pela ANS, e confere prazo de 60 dias (prorrogáveis), a contar da data de publicação da Resolução Operacional, para que os beneficiários exerçam a portabilidade especial.

Para maiores informações acesse a cartilha de portabilidade de carências, disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/noticias/pdf/Cartilha_Final.pdf.

REMOÇÃO

terrestre e aérea

A Unimed disponibiliza, conforme cobertura contratual, remoção terrestre e aérea aos seus beneficiários.

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

Remoção aérea é um produto que possibilita, de acordo com a modalidade de contratação do plano, atendimento em território nacional, para pacientes internados que necessitem transferência para unidade hospitalar com melhores recursos de atendimento, desde que solicitados e justificados pelo médico assistente.



ESPAÇO

viver bem

O Espaço Viver Bem da Unimed Caratinga possui programas, ações e atendimentos focados na melhoria da qualidade de vida dos beneficiários, através de uma equipe multidisciplinar que estimula o autocuidado e a adoção de novos hábitos de vida, buscando a integralidade do cuidado, através de um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços individuais e coletivos de promoção e prevenção da saúde, através dos programas desenvolvidos. A seguir, os serviços disponibilizados:

VIVER BEM SOU MAIS SAÚDE Desenvolvido para atender pacientes portadores de doenças crônicas (sem limitação funcional) envolvendo ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e redução de fatores de risco. Conta com uma série de atividades para ajudar a você beneficiário nas escolhas saudáveis, buscando seu bem-estar e qualidade de vida.

Atividades disponíveis: Avaliações individuais de enfermagem, nutrição, fisioterapia, terapia ocupacional, atividade física funcional, atividade educativa, atividade educativa grupo de diabéticos, grupo de reeducação alimentar, grupo de estimulação cognitiva e ações preventivas de risco de queda na saúde do idoso.

ATENDIMENTOS DE NUTRIÇÃO, PSICOLOGIA E TERAPIA OCUPACIONAL: Atendimento clínico individual feito por especialistas em Psicologia, Terapia Ocupacional e Nutrição, garantindo qualidade nos atendimentos, ética, privacidade, pontualidade e respeito aos beneficiários.

ESPAÇO *viver bem*

O Programa Cessação do Tabagismo ocorre anualmente de maio a outubro.

ENCONTRO DE GESTANTE: O cuidado especial com o pré-natal e o período após o parto (puerpério) com qualidade é fundamental para a saúde materna e da criança. O Curso de Gestantes oferece gratuitamente à mamãe e seu acompanhante, informações seguras e precisas sobre este período tão delicado e especial de forma que a gravidez seja tranquila e bem orientada, um pós-parto adequado e que as mães possam cuidar de seu bebê recém-nascido com facilidade e tranquilidade. O curso é desenvolvido por uma equipe multidisciplinar.

Os cursos ocorrem semestralmente.

GERENCIAMENTO DE CASOS ESPECIAIS (PGCE): Pautado na assistência domiciliar, com objetivo de facilitar o atendimento por meio de uma equipe multidisciplinar em domicílio, aos beneficiários que apresentam dificuldades de acesso à rede prestadora, devido a existência de limitações funcionais, viabilizando o suporte técnico, pautando a atenção também ao cuidador.

Atividades disponíveis: Avaliações domiciliares pela equipe multiprofissional (médico, enfermeiro, nutricionista e fisioterapeuta) e monitoramento telefônico.

SAIBA COMO PARTICIPAR:

Para participar dos programas disponibilizados, é necessário ser beneficiário da Unimed Caratinga e possuir os critérios previamente estabelecidos, para em sequência, realizar a inscrição, respeitando a disponibilidade de vagas. Após estas etapas, o beneficiário será chamado para fazer a avaliação inicial, onde será verificada a elegibilidade. Sendo elegível, será necessário assinar o Termo de Consentimento, onde estarão descritas as normas de adesão, desligamento e funcionamento dos programas.

ESPAÇO

viver bem

ENCONTRO DE CUIDADORES: Desenvolvido com o objetivo de colaborar com a capacitação de beneficiários da Unimed Caratinga, através de orientações e da educação continuada para familiares e cuidadores, que serão preparados para se tornar um importante agente na manutenção do cuidado, prevenindo agravamento e complicações da doença.

Os eventos de orientação de cuidador ocorrem anualmente em novembro.

UNIBABY: Esta ação tem como objetivo oferecer às beneficiárias e seus familiares, no conforto e comodidade de seu lar, uma visita para receber apoio, orientações e informações para que possam cuidar de seu bebê recém-nascido com facilidade e segurança. Esta ação é composta de 02 visitas, sendo que o ideal é que a primeira visita ocorra nas primeiras 72 horas após o regresso da família para sua casa. A segunda visita será realizada no 4.º mês de vida do bebê, momento em que a mãe prepara para retomar suas atividades laborais.

A ação UNIBABY é disponibilizada somente a puérperas residentes na área urbana de Caratinga.

FALE COM A UNIMED

canais de atendimento

Telefones

33 3329 2300

WhatsApp

O beneficiário pode conversar com a cooperativa.

Serviço de Atendimento ao Cliente:

contato com a ouvidoria acontece a seguinte forma:

E-mail: unimedcaratinga@unimedcaratinga.com.br

O beneficiário deve acionar os canais de atendimento da cooperativa: telefone, WhatsApp ou E-mail: sac@unimedcaratinga.com.br

Caso ainda permaneça algum tipo de questionamento quanto ao atendimento recebido, o beneficiário poderá entrar em contato com o Serviço de Atendimento ao Cliente.

FALE COM A UNIMED

canais de atendimento

SEDE ADMINISTRATIVA

Praça Calógeras, 30 - Dário Grossi, Caratinga - MG

CEP: 35300-004

Telefone: (33) 3329-2300

E-mail: unimedcaratinga@unimedcaratinga.com.br

ESPAÇO VIVER BEM

Rua Coronel José Maria Fernandes, 32 – Dário Grossi – Caratinga/MG

CEP: 35300-007

Telefone: (33) 3329-2399

E-mail: espacoviverbem@unimedcaratinga.com.br

ANOTAÇÕES

[illegible]

Unimed 
Caratinga