

MANUAL DO BENEFICIÁRIO

Unimed 
Rio Branco

BEM-VINDO

A partir de agora, você e sua família passam a contar com um plano de saúde elaborado para atender integralmente as suas expectativas e necessidades, de acordo com a Regulamentação dos Planos de Saúde, Lei N° 9656/98.

Visando sua comodidade e maior facilidade na utilização, elaboramos este manual que contém informações sobre os principais aspectos do seu contrato de plano de saúde Unimed Rio Branco.

O nosso objetivo é proporcionar informação para que o seu plano lhe ofereça o máximo de tranquilidade e segurança.

Euracy Bonner
Presidente
Unimed Rio Branco

ÍNDICE

MISSÃO	4
VISÃO	4
VALORES	4
POLÍTICA DE QUALIDADE	4
FALE COM A UNIMED RIO BRANCO	5
CONHEÇA ALGUMAS EXPRESSÕES COMUNS EM PLANO DE SAÚDE E ENTENDA SEUS SIGNIFICADOS.....	6
CARÊNCIA	8
DPL – DOENÇAS OU LESÕES PREEXISTENTES.....	8
PRAZOS MÁXIMOS	9
RESOLUÇÃO NORMATIVA 259.....	9
RESOLUÇÃO NORMATIVA 395.....	10
REDE DE ATENDIMENTO	11
GLOSSÁRIO.....	12
PERGUNTAS FREQUENTES	13

MISSÃO

Promover a saúde integral com excelência e responsabilidade socioambiental. Valorizando clientes, cooperados e colaboradores.

VISÃO

Ser a Unimed mais eficiente da Região Norte na satisfação dos cooperados e beneficiários e nos resultados operacionais até 2019.

VALORES

- **Ética** – Agir com transparência, respeitando o acordo estabelecido;
- **Cooperativismo** – Respeitar os princípios cooperativos;
- **Profissionalismo** – Buscar a credibilidade na execução de nossos trabalhos, comprometidos com o resultado;
- **Responsabilidade Socioambiental** – Comprometer-se com a sociedade e com a preservação do meio ambiente.

POLÍTICA DE QUALIDADE

Nosso compromisso, através do Complexo de Serviços Unimed, é promover a satisfação dos clientes. A nossa política é norteada pela sustentabilidade da organização, baseada na melhora contínua da qualidade dos processos e resultados.

FALE COM A UNIMED RIO BRANCO

Existem diversas formas de esclarecer suas dúvidas e entrar em contato com Unimed Rio branco, telefone, e-mail, pessoalmente... veja na tabela abaixo os principais contatos de cada unidade da Unimed Rio Branco.

Sede Administrativa

Rua José de Melo, 418
Bosque – 69908-330
68 2106-4500

Pronto-Atendimento 24h

Francisco Mangabeira, 45
Bosque – 69909-740
68 2106-4700

Centro Médico

Rua Rio Grande do Sul, 320
Centro – 69900-324
2106-4628

CEU – Centro de Especialidades

Rua José de Melo, 369
Bosque– CEP 69908-330
68 2106-4600

CallCenter

Autorização de consultas e exames simples.

4020-7000

CallCenter

SAC, Guia Médico, informações, dúvidas, reclamações e sugestões.

0800 772 0045
68 2106-4500, 4501

Informações sobre rede de atendimento fazem parte do guia médico on-line, elaborado para deixar o seu dia a dia mais prático. Acesse pelo site www.unimedrb.com.br ou instale o aplicativo em seu dispositivo móvel (disponível para Android e Iphone)

Google Play



App Store



Nossas frentes de atendimento também estão disponíveis para escutar e tirar dúvidas, com equipes capacitadas para orientar e auxiliar os beneficiários.

Caso as respostas fornecidas pelos canais de atendimento mencionados acima não tenham sido satisfatórias, a Ouvidoria da sua operadora estará pronta para solucionar suas reclamações, pautada nos direitos do consumidor e nas regras de seu contrato.

CONHEÇA ALGUMAS EXPRESSÕES COMUNS EM PLANO DE SAÚDE E ENTENDA SEUS SIGNIFICADOS.

Fique familiarizado com termos e expressões, entenda seus significados.

ANS	A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) é a agência reguladora vinculada ao Ministério da Saúde responsável pelo setor de planos de saúde no Brasil.
Regulação	De forma simplificada, a regulação pode ser entendida como um conjunto de medidas e ações do Governo que envolvem a criação de normas, o controle e a fiscalização de segmentos de mercado explorados por empresas para assegurar o interesse público.
Plano coletivo	Firmado entre pessoa(s) jurídica(s) e operadora(s). Pode ser empresarial ou por adesão.
Plano coletivo empresarial	Quando há relação de emprego entre uma empresa e o titular do plano.
Plano coletivo por adesão	Feito entre associações, fundações ou sindicatos e a operadora de plano de saúde. A adesão, nesse caso, é espontânea e uma opção para quem não tem vínculo empregatício e não deseja contratar plano individual.

Plano individual ou familiar	É oferecido para pessoas físicas e passa a ser familiar quando inclui dependentes.
Dependentes*	Usualmente, são dependentes: • Cônjuge • Os filhos solteiros, de acordo com a idade limite firmada em seu contrato (no caso de planos coletivos, verifique com o Recursos Humanos esta condição) • O enteado, ou menor sob a guarda por força da decisão judicial e o menor tutelado, que ficam equiparados aos filhos • O (a) companheiro(a), havendo união estável, na forma da lei, sem eventual concorrência com o cônjuge. • Os filhos comprovadamente incapazes para os atos da vida civil.
Plano coletivo por adesão	Feito entre associações, fundações ou sindicatos e a operadora de plano de saúde. A adesão, nesse caso, é espontânea e uma opção para quem não tem vínculo empregatício e não deseja contratar plano individual.
Cobertura contratual**	A ANS é responsável por definir uma lista de consultas, exames e tratamentos que os planos de saúde são obrigados a oferecer aos seus beneficiários. Esses procedimentos são específicos para cada segmentação de plano de saúde. São eles: • Ambulatorial; • Hospitalar com obstetrícia; • Hospitalar sem obstetrícia; • Referência; • Odontológico.

* Além do rol acima mencionado, você poderá ter direito a incluir outras pessoas como dependentes, desde que previsto em seu contrato ou no contrato de sua empresa ou entidade representativa.

** Cada uma dessas segmentações assistenciais contempla tipos específicos de cobertura. Por isso, em caso de dúvidas sobre algum procedimento, é importante verificar o tipo de plano que foi contratado e a sua cobertura.

CARÊNCIA

Carência é o tempo de espera para realizar determinados procedimentos logo após contratar ou ser inscrito em um plano de saúde, como, por exemplo, para realizar um parto ou uma cirurgia.

Os prazos de carência para cada procedimento estão presentes no contrato. Os prazos máximos de carência estão assim definidos: Após o fim do período da carência, o atendimento é feito normalmente, de acordo com a cobertura do plano contratado.

Casos de urgência (acidentes pessoais ou complicações no progresso gestacional) e emergência (risco imediato à vida ou lesões irreparáveis).	24 Horas
Demais situações.	180 Dias
Partos a termo, excluídos os partos prematuros e decorrentes de complicações no processo gestacional.	300 Dias

DPL – DOENÇAS OU LESÕES PREEXISTENTES

É obrigatória a Declaração das doenças que o beneficiário saiba ter no momento da contratação do plano e que estas doenças ficam sujeitas à CPT – Cobertura Parcial Temporária para procedimentos de alta complexidade, leitos de alta tecnologia (UTI) e procedimentos cirúrgicos relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas por um período ininterrupto de 24 meses. E que, pode o beneficiário optar pelo Agravo que é um acréscimo ao valor da mensalidade para que este passe a ter a cobertura integral para a doença ou lesão preexistente declarada, **após os prazos de carência contratual** e de acordo com as condições negociadas com a operadora.

PRAZOS MÁXIMOS

Ao agendar o atendimento, confira os prazos máximos, pois a ANS determina um prazo específico para cada tipo de procedimento, que pode variar entre 03 e 21 dias úteis. Caso você tenha dificuldade no agendamento, peça ajuda à sua operadora.

• Serviços de diagnóstico por laboratório de análises clínicas em regime ambulatorial.	3 Dias úteis
• Consulta básica – pediatria, clínica médica, cirurgia geral, ginecologia e obstetrícia.	7 Dias úteis
• Consulta / sessão com fonoaudiólogo, nutricionista, psicólogo, terapeuta ocupacional e fisioterapeuta; • Atendimento em hospital-dia e demais serviços de diagnósticos em regime ambulatorial.	10 Dias úteis
• Consultas nas demais especialidades.	14 Dias úteis
• Procedimento de alta complexidade (PAC); • Atendimento em regime de internação eletiva.	21 Dias úteis

Prazos máximos para agendamento na RN 259/268

RESOLUÇÃO NORMATIVA 259

A Resolução Normativa RN 259, da ANS, que trata da garantia de atendimento, estabelece que, quando houver necessidade de autorização prévia para execução do procedimento, ela deve ser dada de modo que o beneficiário execute os serviços dentro dos prazos máximos que foram definidos. Mas não foram estabelecidos prazos para as autorizações de procedimentos. Por exemplo, a operadora do plano de saúde exige autorização prévia para a realização de ultrassonografia de abdômen total. Segundo a norma legal, esse exame complementar deve ser realizado em

até 10 dias úteis. Portanto, a operadora deve autorizar e possuir rede assistencial capaz de realizar esse exame dentro desse prazo.

Caso o beneficiário tenha dificuldade com o agendamento, com a indisponibilidade ou inexistência de prestador na especialidade requerida dentro dos prazos previstos procure presencialmente Unimed Rio Branco na sede administrativa para a abertura do protocolo de agendamento e cumprimento da norma.

A Unimed tem a obrigação de conceder o atendimento na especialidade requerida e não no médico escolhido pelo beneficiário, conforme esta resolução determina.

RESOLUÇÃO NORMATIVA 395

A RN 395 estabeleceu prazos de resposta às solicitações dos beneficiários. Quando não for possível atender à demanda imediatamente, as operadoras deverão entrar em contato com seus clientes em até cinco dias úteis ou, ainda, em até dez dias úteis (em casos de solicitação de cobertura de alta complexidade e internação eletiva).

Caso o cliente não tenha concordado com alguma negativa de cobertura de determinado procedimento, ele pode recorrer à Ouvidoria, que o representa dentro da operadora na busca de soluções das demandas dos beneficiários com total autonomia e imparcialidade.

A Ouvidoria analisa as normas de defesa e os direitos do consumidor e as regras contratuais da operadora.

A maioria das negativas segue as normas estipuladas pela ANS. Por isso, se a Ouvidoria julgar que a manifestação não procede, o retorno será o mesmo e funcionará como última instância.

REDE DE ATENDIMENTO

Observe a abrangência do seu plano (nacional, estadual ou municipal, ou um grupo de estados ou municípios) e os recursos credenciados disponíveis no seu plano. Mesmo que outros planos da operadora deem direito a mais hospitais, laboratório ou clínicas, por exemplo, você poderá utilizar somente o que contratou.

A rede de atendimento está disponível no guia médico do seu plano de saúde.

DICAS DE UTILIZAÇÃO DO PLANO

Para utilizar corretamente o seu plano de saúde, é fundamental estar bem informado. Confira algumas dicas:

Guarde bem todos seus exames: eles podem ser úteis na próxima consulta	Leve seus exames antigos para seu médico avaliar se é necessária a realização de novos exames ou não. Isso poupa seu tempo e custos, principalmente se seu plano tiver coparticipação.
Pronto-Atendimento é somente para casos específicos.	Procure somente em casos de emergências (parada cardiorrespiratória, hemorragias volumosas, infartos, entre outras) e urgências (fratura, dores abdominais, cólicas renais, entre outras). Nos demais casos, procure seu médico de confiança.
Fique atento antes, durante e depois da consulta.	Quando não puder comparecer, ligue e desmarque com antecedência. Na consulta, tire todas suas dúvidas e sempre retorne para mostrar os resultados dos exames em até 20 dias, evitando assim custos desnecessários.
Seu cartão é o melhor amigo da sua saúde.	Seu cartão de identificação é pessoal e intransferível e fundamental para o atendimento. Por isso, não o exponha ao sol, não molhe, não risque a tarja e não coloque em contato com aparelhos elétricos.
Só assine guias preenchidas corretamente.	Nunca assine guias de consultas médicas e procedimentos em branco ou incompletos. Se eles não estiverem completos, os custos poderão ser repassados para você. E também nunca pague nenhum valor ao seu médico sem antes consultar sua operadora.

GLOSSÁRIO

Acidente pessoal – É uma situação súbita, imprevisível, involuntária e violenta, causadora de lesão física, que torna necessário o tratamento médico.

Beneficiário – Pessoa física, titular ou dependente, que possui direito 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.

Cobertura – É o agrupamento de procedimentos de acordo com a segmentação assistencial contratada.

Coparticipação – É a participação na despesa assistencial a ser paga pelo usuário à operadora, após a realização do procedimento.

Emergência – É o evento que implica no risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o usuário, caracterizado em declaração do médico cooperado/assistente.

Empresa – É a pessoa jurídica que contrata a prestação de serviços de assistência à saúde para seus empregados, dirigentes ou associados.

Exames clínicos – O exame clínico é aquele realizado pelo médico, durante a consulta, com o objetivo de estabelecer um diagnóstico. A realização do exame físico, aliada à anamnese (entrevista sobre histórico do paciente), pode dispensar exames complementares. No entanto, se julgar necessário, o médico pode solicitar exames adicionais, a fim de diagnosticar mais precisamente o problema e determinar o melhor tratamento.

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

Intercâmbio – É o atendimento prestado por uma Unimed (Singular) de uma determinada cidade a beneficiários de Unimed de outras cidades.

Plano – É o produto registrado na ANS que a empresa (no caso de pessoa jurídica) ou indivíduo (no caso de pessoa física) contratou com a Unimed. Cada plano ou produto corresponde a um contrato.

Sistema Unimed – É o conjunto de todas as Unimeds, Cooperativas de trabalho médico, constantes da relação entregue a você ou a sua empresa, associadas entre si ou vinculadas contratualmente, para prestação de serviços aos beneficiários.

Tabela referência – É a tabela utilizada para a efetivação do pagamento do reembolso ao usuário, nos casos exclusivos de urgência ou emergência, quando não for comprovadamente possível a utilização de serviços próprios, contratados ou credenciados pelo Sistema Unimed, bem como serve de base de cálculo para os planos coparticipativos.

Unidades de atendimento – São postos de atendimento das Unimeds que estão distribuídas na área de ação, para facilitar o atendimento dos beneficiários.

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

PERGUNTAS FREQUENTES

Reunimos as principais perguntas feitas por beneficiários sobre o plano de saúde.

A operadora agendará a consulta com o médico de minha preferência?

De acordo com a resolução normativa RN 259/268, a operadora pode marcar a consulta com outros profissionais da mesma especialidade atendidos pelo plano escolhido, caso o beneficiário não consiga marcar a consulta. Ela também está autorizada a agendar consultas em cidades

próximas cobertas pela área de saúde da ANS. A busca é feita pela especialidade e não pelo profissional.

O que acontece se a minha consulta for marcada em outra cidade?

De acordo com o que determina a RN nº 259, de 2011, caso não haja disponibilidade de prestador no município de demanda e nem nos municípios limítrofes, a operadora do plano de saúde deverá garantir o transporte de seus beneficiários a prestadores de serviços habilitados para o atendimento demandado, assim como seu retorno ao município da demanda pelo atendimento.

E, caso inexistir qualquer prestador, pertencente a rede ou não, no município demandado, nos municípios limítrofes ou em qualquer município pertencente à região de saúde respectiva, a operadora deverá garantir o procedimento em prestador em qualquer outra localidade, sendo obrigada a garantir também o transporte do beneficiário até o prestador que executará o serviço ou procedimento, bem como seu retorno ao município de demanda. A escolha do meio de transporte fica a cargo da operadora de forma compatível com os cuidados demandados pelo paciente.

Quanto tempo leva para marcarmos o procedimento?

A ANS determina um prazo específico para cada especialidade, que pode variar entre três e 21 dias úteis. Nem sempre é possível agendar a consulta em um período específico do dia, por isso é preciso se programar.

Quais dados devo informar na hora de fazer uma solicitação de autorização?

Cartão de identificação dentro da validade, pedido médico para exames, terapias e internações, além do local de realização.

Tenho direito ao reembolso?

Se o seu plano não for livre escolha, o reembolso será autorizado pela operadora somente quando não for possível agendar o procedimento dentro da rede credenciada no prazo estipulado pela ANS.

Quem terá direito a marcar consultas, exames e cirurgias nos prazos definidos pela ANS?

Respeitados os limites de cobertura contratada, aplicam-se as regras de garantia de atendimento dispostas nessa RN aos planos privados de assistência à saúde celebrados antes e depois da vigência da Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998, salvo se neles não houver previsão contratual que disponha de forma diversa.

A partir de quando o prazo máximo para atendimento passará a contar?

A partir da data de demanda para a marcação da consulta ou procedimento. Caso o consumidor não consiga marcar a consulta ou o procedimento, deverá acionar a operadora para obter um protocolo de solicitação. O prazo, então, passará a contar a partir dessa data.

Em que momento o consumidor deve acionar a operadora?

Após entrar em contato com os prestadores credenciados e não conseguir marcar o procedimento dentro do prazo máximo previsto em Lei, o consumidor deverá entrar em contato com a operadora de saúde para obtenção de uma alternativa para o atendimento solicitado. Nos casos de não atendimento, o consumidor deverá solicitar o número de protocolo desse atendimento feito pela operadora como comprovante da solicitação feita.

Quando o consumidor deve acionar a ANS?

Se a operadora não oferecer solução para o caso, o beneficiário deverá ter o número do protocolo que registra o contato, fazer a denúncia à ANS, por um dos canais de relacionamento.

A ANS vai obrigar os médicos a atenderem no período determinado pela norma?

A ANS não pode interferir na agenda dos prestadores de serviço. A norma prevê que a operadora de planos de saúde ofereça ao consumidor, nos prazos definidos, pelo menos um serviço ou profissional em cada área contratada.

Se não houver prestador credenciado em uma cidade, como o plano de saúde deve agir?

As empresas de planos de saúde serão obrigadas a garantir transporte, caso não haja oferta da rede credenciada no município e municípios limítrofes. Onde não existirem prestadores a serem credenciados, a operadora poderá oferecer rede assistencial nos municípios vizinhos que pertençam à sua região de saúde.

Como fica a situação dos consumidores nos casos de Urgência e Emergência?

Nessas situações, a operadora deverá oferecer o atendimento no município onde esse foi demandado ou no município limítrofe, se não houver o serviço na localidade.

Se o beneficiário for atendido em médico não credenciado por falta de opção, poderá solicitar o reembolso?

Caso o reembolso não esteja previsto no contrato, a operadora que não oferecer alternativas para o atendimento deverá reembolsar os custos assumidos pelo consumidor em até 30 (trinta) dias.



www.unimedrb.com.br

Rua José de Melo, 418 - Bosque
CEP 69908-330 - Rio Branco - Acre
unimedrb@unimedrb.com.br



Membro da Aliança
Cooperativa Internacional

ANS - Nº33787-1