

## Manual de Orientação ao Beneficiário Unimed Palmas

Prezado beneficiário,

Apresentamos a seguir algumas orientações para a utilização consciente do seu plano de saúde.

### **APOIO AO CLIENTE**

A Unimed Palmas disponibiliza o Setor de Apoio ao Cliente para orientação e auxílio no agendamento de consultas, exames e procedimentos.

Caso você encontre alguma dificuldade em agendar algum atendimento desejado, colocamo-nos à disposição para auxiliá-lo através dos nossos canais de atendimento:

Telefone: (63) 3025-5800

E-mail: [apoioaocliente@unimedpalmas.com.br](mailto:apoioaocliente@unimedpalmas.com.br)

### **ATUALIZAÇÃO DE DADOS CADASTRAIS**

Além de facilitar a comunicação entre o cliente e a Operadora do Plano de Saúde, a atualização dos dados cadastrais é uma exigência da ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar – órgão responsável pela regulação e fiscalização das Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde.

O portal [www.unimedpalmas.com.br](http://www.unimedpalmas.com.br) é o meio mais simples de você manter atualizado seu cadastro. Nele você também poderá autorizar a Unimed Palmas a enviar informativos para o seu e-mail, que poderão auxiliá-lo na prevenção e controle de doenças crônicas.

É possível atualizar também seu endereço, telefone, e-mail, etc, através dos e-mails:

[atendimentogcd@unimedpalmas.com.br](mailto:atendimentogcd@unimedpalmas.com.br), [contrato@unimedpalmas.com.br](mailto:contrato@unimedpalmas.com.br)

Anexo formulário para confirmação e/ou atualização dos seus dados cadastrais.

### **COBERTURA**

A ANS estipula uma cobertura mínima obrigatória que deve ser garantida pelas Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde, denominada Rol de Cobertura Obrigatória, que é revisado a cada 2 anos.

A Unimed Palmas obedece rigorosamente às resoluções da ANS no que tange aos procedimentos de cobertura obrigatória. No entanto, existe uma série de procedimentos médicos que não são cobertos (procedimentos estéticos, exames admissionais e demissionais, inexistência de evidências científicas, falta de aprovação para utilização no território nacional, etc).

Para tirar dúvidas quanto à cobertura de determinado procedimento, basta acessar o site da ANS (<https://www.ans.gov.br>) e clicar no link “Verificar Cobertura”. No google é só digitar: “rol ANS”.

## REDE DE ATENDIMENTO

As regras de utilização do seu novo plano de saúde diferem em alguns aspectos do modelo anteriormente contratado. Essas alterações foram feitas com o intuito de otimizar os custos do seu Plano de Saúde, a fim de minimizar o impacto financeiro dos reajustes realizados no aniversário do contrato.

Consultas e procedimentos realizados por médicos e estabelecimentos não credenciados, via de regra, não são passíveis de reembolso. **Antes de realizar consultas e procedimentos fora da rede credenciada, consulte a Unimed Palmas quanto às regras e possibilidade de reembolso.**

Para conhecer as regras de utilização e a rede de atendimento do seu novo plano e para ter acesso a uma cópia de seu contrato, basta acessar o site da Unimed Palmas ou através dos canais de atendimento (em horário comercial).

## HOSPITAL UNIMED PALMAS

Neste seu novo plano de saúde, o atendimento médico-hospitalar na cidade de Palmas – TO deve ser inicialmente realizado no HOSPITAL UNIMED. Esta medida visa melhorar o resultado dos tratamentos oferecidos, garantindo aos beneficiários um atendimento de excelência e à Operadora melhor controle dos custos assistenciais.

Portanto, o Hospital Unimed será a porta de entrada na cidade de Palmas para obtenção da cobertura contratada. Outros hospitais permanecem credenciados e poderão ser utilizados mediante encaminhamento após **o atendimento realizado no Hospital Unimed.**

## CONSULTAS E EXAMES

Caso o seu plano de saúde seja da modalidade COPARTICIPAÇÃO, onde o beneficiário arca com parte dos custos de consultas e procedimentos, excetuando-se os atendimentos de urgência e emergência (desde que realizados nos hospitais credenciados da Unimed Palmas), é importante verificar previamente o valor referente à esta coparticipação, posto que ele pode variar de acordo com a especialidade médica e o local onde o atendimento foi realizado.

Para ter acesso a essas e outras informações, assim como à rede credenciada da Unimed Palmas, consulte o site da Unimed Palmas ou os nossos canais de atendimento (em horário comercial).

## BOAS PRÁTICAS E UTILIZAÇÃO CONSCIENTE DO PLANO DE SAÚDE

1. Não jogue fora seus exames médicos. Eles fazem parte do seu HISTÓRICO e através deles o médico poderá ter acesso não só a diagnósticos anteriores, como também ter ideia de como está evoluindo uma determinada condição clínica, como o diabetes ou uma gastrite. Organize os seus exames em uma pasta e quando for à consulta com um novo profissional, leve-a para que ele possa analisá-los, se for preciso.
2. Leve à consulta também os resultados dos exames de sangue realizados nos últimos 6 meses. Isso poderá evitar a repetição desnecessária de exames e custos desnecessários.
3. Existem protocolos para a realização de exames preventivos, que variam de acordo com a idade e a condição clínica do paciente. Para isso, consulte um médico especialista. A realização de exames fora dos protocolos não traz nenhum benefício.
4. De acordo com a Lei 9.656/1998, quando um beneficiário de uma Operadora utiliza os serviços da rede do SUS (Sistema Único de Saúde), esta é obrigada a ressarcir ao

Sistema as despesas relativas a esse atendimento. Esses valores incidem no cálculo da sinistralidade do seu plano e, conseqüentemente, no valor do reajuste anual.

5. **A cobertura de tratamentos médicos domiciliares não está incluída no seu Plano de Saúde.** Você pode adquirir esse serviço através da contratação de um aditivo no contrato do seu plano.
6. **Internações e tratamentos em hospitais de alto custo não estão incluídos no seu plano de saúde.** Caso deseje ter acesso a esses serviços, você poderá negociar um plano UNIMED que disponibilize rede hospitalar diferenciada.

## REAJUSTES

O contrato do seu plano prevê três tipos de reajustes:

1. **Reajuste por mudança de faixa etária:** acontece toda vez que o beneficiário muda de uma das dez faixas etárias pré-definidas em contrato.
2. **Reajuste por Sinistralidade:** SINISTRALIDADE é a relação entre a receita gerada pelo plano (mensalidades) e as despesas ocasionadas pela sua utilização (custo assistencial), incluindo aquelas não previstas em contrato (ressarcimento ao SUS e despesas decorrentes de ações judiciais). Quanto maior a sinistralidade do plano, maior o índice do reajuste a ser aplicado. A utilização racional do seu Plano de Saúde, de acordo com as orientações deste manual, tem por objetivo diminuir o impacto financeiro deste item no seu reajuste anual.
3. **Inflação médica anual:** (índice INPC Planos de Saúde).

## INCLUSÃO DE DEPENDENTES POSTERIORMENTE À ASSINATURA DO CONTRATO

Recém-nascidos, filhos naturais ou adotivos podem ser admitidos nos planos com obstetrícia **sem carência** em até 30 (trinta) dias do nascimento ou adoção, desde que cumpram os demais requisitos de elegibilidade.

Cônjuges, filhos naturais com mais de 30 dias do nascimento e adotivos com mais de 30 dias da adoção podem ser admitidos no plano, porém **com carências**.

CUIDAR DE VOCÊ. ESSE É O PLANO.

[www.unimedpalmas.com.br](http://www.unimedpalmas.com.br)

Prezado(a) Beneficiário(a),

A **Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)**, instituição que regula as atividades das operadoras de planos privados de assistência à saúde, e tem como missão defender o interesse público vem, por meio desta, prestar informações para o preenchimento da **DECLARAÇÃO DE SAÚDE**.

**O QUE É A DECLARAÇÃO DE SAÚDE?**

É o formulário que acompanha o Contrato do Plano de Saúde, onde o beneficiário ou seu representante legal deverá informar as doenças ou lesões preexistentes que saiba ser portador ou sofredor no momento da contratação do plano. Para o seu preenchimento, o beneficiário tem o direito de ser orientado, gratuitamente, por um médico credenciado/referenciado pela operadora. Se optar por um profissional de sua livre escolha, assumirá o custo desta opção.

Portanto, se o beneficiário (você) toma medicamentos regularmente, consulta médicos por problema de saúde do qual conhece o diagnóstico, fez qualquer exame que identificou alguma doença ou lesão, esteve internado ou submeteu-se a alguma cirurgia, **DEVE DECLARAR ESTA DOENÇA OU LESÃO**.

**AO DECLARAR AS DOENÇAS E/OU LESÕES QUE O BENEFICIÁRIO SAIBA SER PORTADOR NO MOMENTO DA CONTRATAÇÃO:**

- A operadora **NÃO** poderá impedi-lo de contratar o plano de saúde. Caso isto ocorra, encaminhe a denúncia à ANS.
- A operadora deverá oferecer: cobertura total ou **COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT)**, podendo ainda oferecer o Agravado, que é um acréscimo no valor da mensalidade, pago ao plano privado de assistência à saúde, para que se possa utilizar toda a cobertura contratada, após os prazos de carências contratuais.
- No caso de CPT, haverá restrição de cobertura para cirurgias, leitos de alta tecnologia (UTI, unidade coronariana ou neonatal) e procedimentos de alta complexidade - PAC (tomografia, ressonância, etc.\*) **EXCLUSIVAMENTE** relacionados à doença ou lesão declarada, até 24 meses, contados desde a assinatura do contrato. Após o período máximo de 24 meses da assinatura contratual, a cobertura passará a ser integral de acordo com o plano contratado.
- **NÃO** haverá restrição de cobertura para consultas médicas, internações não cirúrgicas, exames e procedimentos que não sejam de alta complexidade, mesmo que relacionados à doença ou lesão preexistente declarada, desde que cumpridos os prazos de carências estabelecidas no contrato.
- Não caberá alegação posterior de omissão de informação na Declaração de Saúde por parte da operadora para esta doença ou lesão.

**AO NÃO DECLARAR AS DOENÇAS E/OU LESÕES QUE O BENEFICIÁRIO SAIBA SER PORTADOR NO MOMENTO DA CONTRATAÇÃO:**

- A operadora poderá suspeitar de omissão de informação e, neste caso, deverá comunicar imediatamente ao beneficiário, podendo oferecer CPT, ou solicitar abertura de processo administrativo junto à ANS, denunciando a omissão da informação.
- Comprovada a omissão de informação pelo beneficiário, a operadora poderá **RESCINDIR** o contrato por **FRAUDE** e responsabilizá-lo pelos procedimentos referentes a doença ou lesão não declarada.
- Até o julgamento final do processo pela ANS, **NÃO** poderá ocorrer suspensão do atendimento nem rescisão do contrato. Caso isto ocorra, encaminhe a denúncia à ANS.

**ATENÇÃO!** Se a operadora oferecer redução ou isenção de carência, isto não significa que dará cobertura assistencial para as doenças ou lesões que o beneficiário saiba ter no momento da assinatura contratual. Cobertura Parcial Temporária - CPT - **NÃO** é carência! Portanto, o beneficiário não deve deixar de informar se possui alguma doença ou lesão ao preencher a Declaração de Saúde!

\* Para consultar a lista completa de procedimentos de alta complexidade – PAC, acesse o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS no endereço eletrônico: **www.ans.gov.br - Perfil Beneficiário**.

Em caso de dúvidas, entre em contato com a ANS pelo telefone **0800-701-9656** ou consulte a página da ANS - **www.ans.gov.br - Perfil Beneficiário**.

Beneficiário

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Local Data

Nome : \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Intermediário entre a operadora e o beneficiário

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Local Data

Nome : \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_