



UNISAÚDE
Associação Unisaúde Marau



Manual do Usuário

ANS - Nº 33.386-7

MANUAL DO USUÁRIO

SUMÁRIO

1.	QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA DE PLANO DE SAÚDE.....	3
2.	CARACTERÍSTICAS DO PLANO.....	3
2.1.	Objetivo.....	3
2.2.	Nome comercial e Número de Registro do Plano na ANS.....	3
2.3.	Tipo de Contratação.....	3
2.4.	Segmentação Assistencial.....	3
2.5.	Área Geográfica de Abrangência/Atuação.....	3
2.6.	Padrão de Acomodação.....	3
2.7.	Coberturas e Procedimentos Garantidos.....	4
2.8.	Exclusão de Coberturas.....	4
2.9.	Carências.....	5
2.9.1.	Doenças e Lesões Pré-existentes.....	5
2.10.	Mecanismos de Regulamentação.....	5
2.10.1.	Financeiros.....	5
2.10.2.	Assistenciais.....	6
2.10.3.	Administrativos.....	6
2.11.	Tabela de Comercialização (Mensalidades).....	6
2.12.	Reajuste.....	6
2.13.	Reembolso.....	6
2.14.	Rede Credenciada.....	6
3.	ADMISSÃO DE BENEFICIÁRIOS.....	6
3.1.	Inclusão de Beneficiários.....	6
3.2.	Perda da Condição de Beneficiário.....	7
3.3.	Exclusão de Beneficiários.....	7
3.4.	Continuidade de plano coletivo empresarial.....	7
4.	VIGÊNCIA DO PLANO.....	7
4.1.	Rescisão/Suspensão.....	7
5.	COMO UTILIZAR O PLANO DE SAÚDE.....	8
6.	CONTATOS.....	8

APRESENTAÇÃO

Este manual tem a finalidade de esclarecer e orientar os beneficiários quanto às condições gerais de acesso e utilização dos serviços médicos e hospitalares contratados.

1. QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA DE PLANO DE SAÚDE

Razão Social: Associação Unisaúde Marau

Nome Fantasia: Unisaúde

CNPJ: 89.761.670/0001-34

Registro na ANS: 33386-7

Site: www.unisaudemarau.com.br

Telefone: (54) 3342-2179 / (54) 3342-3484

E-mail: unisaude@unisaudemarau.com.br

Ouvidoria: (54)3342-2179 – ouvidoria@unisaudemarau.com.br

A Unisaúde é uma Operadora de Planos de Saúde em forma de associação sem fins lucrativos, criada pela Associação Comercial, Industrial, Serviços e Agropecuária de Marau – ACIM, com o intuito de benefício e com a finalidade de qualificar a assistência médica à classe empresarial e seus funcionários da cidade de Marau/RS.

A Unisaúde é administrada por associados eleitos em Assembleia Geral, sem remuneração, com o mandato de 4 anos.

Missão

Oferecer aos beneficiários assistência médica qualificada proporcionando uma saúde mais justa, economicamente viável e eticamente respeitável.

Valores

- Respeito ao beneficiário
- Transparência e ética nos serviços
- Excelência nos serviços prestados
- Compromisso com a integridade
- Solidificação de parcerias com Prestadores
- Avanço contínuo

2. CARACTERÍSTICAS DO PLANO

2.1. Objetivo

O Plano Contratado tem por objetivo cobrir serviços de assistência médica, hospitalar e obstétrica, diagnóstico e terapia, realizados exclusivamente na área de abrangência geográfica e por profissionais credenciados.

2.2. Nome comercial e Número de Registro do Plano na ANS

Autogestão - N° de Registro do Plano na ANS: 423.080/99-9

2.3. Tipo de Contratação

Coletivo por Adesão. Plano coletivo por Adesão é aquele que oferece cobertura da atenção à saúde suplementar prestada à população que mantenha vínculo com pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou setorial.

2.4. Segmentação Assistencial

Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia.

Define a amplitude da cobertura assistencial do plano, neste caso inclui assistências ambulatoriais, internações clínicas e cirúrgicas e obstétricas.

2.5. Área Geográfica de Abrangência/Atuação

É a área em que a Unisaúde possui rede credenciada.

Grupo de Municípios – Marau/RS, Passo Fundo/RS, Seratina Correa/RS, Casca/RS, Vila Maria/RS e Porto Alegre/RS (exclusivamente no complexo da Santa Casa de Misericórdia).

2.6. Padrão de Acomodação

É o padrão da hotelaria do leito em internações.

Coletiva (com 02 ou mais leitos) – Para internações clínicas e cirúrgicas realizadas pela rede credenciada.

Para internações realizadas exclusivamente no Hospital Cristo Redentor, na cidade de Marau/RS a acomodação é individual.

OBS: No caso do beneficiário optar por acomodação diferenciada da contratada pela Unisaúde, este fica responsável pelo pagamento da diferença correspondente a acomodação hospitalar, bem como os honorários de complementação da equipe médica assistente.

2.7. Coberturas e Procedimentos Garantidos

É o conjunto de procedimentos a que o beneficiário tem direito.

Os beneficiários terão direito à cobertura de serviços de assistência médica, ambulatorial, hospitalar e obstétrica, através da rede credenciada, compreendendo procedimentos definidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde elaborado pela ANS, vigente à época do evento e relacionados às doenças classificadas no CID-10 e às especialidades do Conselho Federal de Medicina. Também, consideram-se as especificações do Contrato de Prestação de Serviços. Cita-se:

- a) Consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, aptas a atender as especialidades reconhecidas pelo CFM;
- b) Serviços de apoio diagnóstico, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais;
- c) Procedimentos de reeducação e reabilitação física em número ilimitado de sessões por ano, realizadas por fisiatra ou fisioterapeuta;
- d) Consultas e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo, de acordo com o número de sessões estabelecidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente e indicação do médico assistente;
- e) Psicoterapia e acordo com o número de sessões estabelecidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente, com diretrizes de utilização;
- f) Atendimento de planejamento familiar ambulatorial e em internação;
- g) Procedimentos especiais ambulatoriais e em internação como: Hemodiálise e diálise peritoneal, Quimioterapia oncológica ambulatorial, Radioterapia, Procedimentos de Hemodinâmica ambulatorial, Hemoterapia ambulatorial e Cirurgias Oftalmológicas Ambulatoriais;
- h) Medicamentos registrados/regularizados na ANVISA, utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos para a segmentação ambulatorial;
- i) Internações hospitalares clínicas, cirúrgicas, de saúde mental e obstétricas;
- j) Despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem, exceto quando em caráter particular, e alimentação;
- k) Toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados, assim como a remoção do paciente, quando comprovada a necessidade, em território nacional, dentro dos limites de abrangência geográfica prevista no contrato;
- l) Acompanhante no caso de paciente menor de idade ou idoso ou portador de necessidades especiais, no local da internação, conforme indicação do médico assistente;
- m) Exames complementares durante a internação hospitalar;
- n) Fornecimento de medicamentos nacionais ou nacionalizados, anestésicos, gases medicinais e transfusões, conforme prescrição médica durante o período de internação;
- o) Cirurgias plásticas reparadora quando efetuada para restauração de órgãos e funções conforme o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente;
- p) Procedimentos buco-maxilo-facial que necessitem internação hospitalar.

Verificar Procedimentos Cobertos: <http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/espaco-do-consumidor/verificar-cobertura-de-plano>

2.8. Exclusão de Coberturas

É o conjunto de procedimentos a que o beneficiário não tem direito. Os beneficiários não tem direito a cobertura dos procedimentos não relacionados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde elaborado pela ANS, vigente à época do evento e relacionados às doenças classificadas no CID-10 e às especialidades do Conselho Federal de Medicina, como:

- a) Tratamentos ilícitos ou antiéticos assim definidos sob aspecto médico e não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- b) Tratamento clínico ou cirúrgico experimental;
- c) Tratamento de inseminação artificial;
- d) Fornecimentos de medicamentos e materiais não nacionalizados, sem registro na ANVISA;
- e) Atendimento a domicílio, incluindo aluguel de equipamentos e similares, materiais, medicamentos, serviços de enfermagem e remoção para tratamento domiciliar;
- f) Fornecimento de medicamentos prescritos durante a internação em que a eficácia e/ou efetividade tenham sido reprovadas pela Comissão de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde;
- g) Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;
- h) Quaisquer atendimentos em casos de cataclismos, guerras e comições internas, quando declarados pelas autoridades

competentes;

- i) Procedimentos clínicos e cirúrgicos e OPME para finalidades estéticas;
- j) Tratamento odontológico, exceto cirurgias buco-maxilo-faciais, que necessitem de ambiente/estrutura hospitalar passíveis de serem realizadas em consultório, que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar;
- k) Despesas hospitalares, médicos ou qualquer atendimento e entidades não credenciadas, fora da área de abrangência e não relacionadas na relação fornecida pela Unisaúde, exceto em casos autorizados pela mesma;
- l) Atendimentos a domicílio dos beneficiários;
- m) Cirurgias plásticas em geral com finalidades estéticas;
- n) Transplantes, à exceção de córnea e rim, e dos transplantes autólogos; e
- o) Especialidades não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;
- p) Procedimentos assistenciais que exijam autorização prévia da Unisaúde e/ou que não tenha sido cumprido esta tramitação e ainda, sem atendimento das condições previstas no regulamento;
- q) Procedimentos não constantes no rol de procedimentos e eventos de saúde ou que não esteja de acordo com as diretrizes de utilização estipuladas pela ANS vigente à época;
- r) Procedimentos realizado no período de cumprimento da carência exigida, exceto se houver prévia autorização da Unisaúde.

2.9. Carências

Período em que o beneficiário não tem direito a algumas coberturas após a contratação do plano.

Urgência/Emergência ¹	24 horas
Consultas e Exames de Patologia Clínica	90 dias
Exames de média e alta complexidade e outros exames	180 dias
Atendimentos Ambulatoriais e Pequenas Cirurgias	180 dias
Terapias	180 dias
Internação Clínica, Cirúrgica e Psiquiátrica	180 dias
Eventos Obstétricos	300 dias
Doenças e lesões pré-existentes - DLP	24 meses

¹ Atendimentos de Urgência – Entendidos como resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional;

Atendimentos de Emergência – Definidos os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.

OBS: atentar para o número de vidas do contrato.

2.9.1. Doenças e Lesões Pré-existentes

Doenças e lesões preexistentes (DLP): São aquelas existentes antes da contratação do plano de saúde e que o beneficiário saiba ser portador. A informação da existência de Doenças ou lesões preexistentes é de responsabilidade do beneficiário e é realizada a partir do preenchimento da declaração de saúde, fornecida pela empresa contratante, disponível também na unidade de atendimento da Unisaúde.

2.10. Mecanismos de Regulamentação

São mecanismos financeiros, assistenciais e/ou administrativos que à Unisaúde utiliza para gerenciar a demanda e/ou utilização dos serviços de saúde.

2.10.1. Financeiros

Coparticipação – participação na despesa assistencial a ser paga pelos serviços utilizados pelo beneficiário. A coparticipação pelos serviços utilizados será paga pela empresa contratante do plano e esta repassará a cobrança dos valores ao titular, mediante conversação entre as partes ou conforme as normas da empresa contratante.

Consultas Eletivas	40% ¹
Exames	40% ¹
Atendimentos Ambulatoriais e Pequenas Cirurgias	40% ¹
Terapias	40% ¹
OPME	40% ¹
Internação Clínica e Psiquiátrica	R\$ 80 por dia de internação ²
Internação Cirúrgica	R\$ 270 por dia de internação ²
Internação CTI/UTI	R\$ 290 por dia de internação ²

¹ 40% do valor pago pela Operadora ao Prestador do serviço.

² por data, a partir do 1º dia, independente de horas.

2.10.2. Assistenciais

Perícias Médicas e Direcionamentos – fica reservado a Unisaúde o direito de auditar e/ou periciar todo e qualquer procedimento médico solicitado, em especial os realizados de urgência ou emergência, resguardados os preceitos éticos, assim como, poderão ser direcionados os serviços para prestadores específicos.

2.10.3. Administrativos

Autorização prévia – É indispensável à autorização prévia para todos e quaisquer procedimentos (exceto casos de urgência ou emergência ou aqueles realizados fora do horário de atendimento do plano), após análise da auditoria médica, garantido o tempo de resposta ao pedido no prazo máximo estabelecido pela legislação vigente. A autorização emitida terá validade de 30 dias, podendo ser renovada no caso da não realização dentro deste período.

2.11. Tabela de Comercialização (Mensalidades)

Os valores das mensalidades são atribuídos conforme o contrato direto com a Pessoa Jurídica, sendo a mesma, a responsável pelo pagamento à Unisaúde.

2.12. Reajuste

O reajuste da mensalidade é aplicado conforme contrato direto com a pessoa jurídica contratante. O reajuste por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração da idade do beneficiário.

Os valores de coparticipação são corrigidos de acordo com a alteração nos custos ocasionados por fatores como inflação, negociação com prestadores e uso de novas tecnologias, geralmente uma vez ao ano.

2.13. Reembolso

Somente haverá reembolso nos casos de urgência/emergência dentro da área de abrangência quando comprovado a impossibilidade da utilização dos serviços credenciados, ou ainda, quando autorizado o atendimento pela Unisaúde.

Cumprindo as normas, para solicitar o reembolso o beneficiário deverá apresentar à Unisaúde os seguintes documentos:

- a) Consultas médicas: Comprovante de pagamento contendo o nome, especialidade, número do CNPJ ou CPF e nº de inscrição do profissional no respectivo conselho, nome completo do paciente, valor pago, data do atendimento, carimbo e assinatura;
- b) Exames, Terapias, Procedimentos cirúrgicos e Internações Clínicas: Solicitação médica com justificativa, informação do período de internação, número de terapias realizadas, código e descrição dos procedimentos realizados, comprovante de pagamento contendo o nome, especialidade, número do CNPJ ou CPF e nº de inscrição do profissional no respectivo conselho, nome e número de inscrição do prestador de serviço no CNPJ, nome completo do paciente, valor pago, data do atendimento, carimbo e assinatura.

O Reembolso das despesas será efetuado no prazo de até 30 dias contados a partir da data de recebimento da documentação completa pela Unisaúde e será baseado nos percentuais, valores e na tabela com os preços vigentes pagos aos credenciados. Para o reembolso de valores pagos referentes as OPMEs será considerado média de mercado praticado na região de utilização, considerando a disponibilidade de 03 orçamentos.

2.14. Rede Credenciada

A divulgação da rede credenciada de prestadores atualizada está disponível no site da Unisaúde (www.unisaudemarau.com.br) no link "Rede Credenciada". Ainda poderão ser obtidas informações com o atendimento da Unisaúde.

3. ADMISSÃO DE BENEFICIÁRIOS

Podem fazer parte do plano, única e exclusivamente, a população delimitada e vinculada à pessoa jurídica contratante por vínculo empregatício ou estatutário:

Titulares – Proprietários; Sócios; e Funcionários.

Dependentes:

- Cônjuge ou companheiro (a) de união estável (reconhecida em cartório); filhos (as) naturais, adotivos (as) ou tutelados (as), menores de 18 anos e se estudantes, até 24 anos - desde que não tenham renda própria;
- Pai, mãe, sogro (a) – desde que esteja previsto em contrato e autorizado pela empresa contratante.

3.1. Inclusão de Beneficiários

A inclusão de beneficiário é de responsabilidade da pessoa jurídica contratante. Deverá ser solicitada a inscrição por meio dos formulários cadastrais que estão disponíveis no site ou através do atendimento da Unisaúde, juntamente com cópia dos documentos (RG, CPF, PIS, CARTÃO SUS, certidão de nascimento, certidão de casamento, comprovante de união estável).

Importante:

- Os formulários de inclusão, juntamente com a documentação, deverão ser encaminhados à Unisaúde entre os dias 1º e o dia

20 de cada mês.

- A inscrição de filhos recém-nascidos e adotivos menores de 12 anos de idade, aproveita os períodos de carência já cumpridos pelos pais ou adotante, desde que sua inscrição no plano seja feita no prazo máximo 30 (trinta) dias da data de nascimento ou comprovação da adoção.
- A efetivação o cadastro somente se dará se cumpridas todas as condições de admissão.

3.2. Perda da Condição de Beneficiário

A perda da condição de beneficiário poderá ocorrer nas seguintes situações:

- a) Perda do vínculo empregatício;
- b) Falecimento;
- c) Inadimplência;
- d) Tentativa de fraude ou fraude praticada pelo beneficiário, apurada de acordo com a legislação vigente;
- e) Quando dependentes, a pedido do beneficiário titular ou por perda do vínculo do beneficiário titular;
- f) Rescisão de contrato firmado com a pessoa jurídica contratante;

3.3. Exclusão de Beneficiários

Após averiguada a perda da condição de beneficiário, é de responsabilidade da empresa contratante o encaminhamento à Unisaúde do pedido de exclusão de beneficiário, cujo formulário encontra-se para download no site ou através do atendimento da Unisaúde, sempre até o 20º dia de cada mês.

A Unisaúde poderá excluir beneficiários sem o consentimento da pessoa jurídica contratante quando comprovada fraude ou perda dos vínculos do titular ou de dependência.

Ao ser excluído, as carteiras de identificação de beneficiário deverão ser recolhidas pela empresa e devolvidas à Unisaúde.

Importante: Caso a empresa desconte a coparticipação dos beneficiários, para que possa considerá-los na rescisão, a mesma deverá solicitar a Unisaúde com até 5 dias de antecedência os valores pendentes dos beneficiários. Do contrário, os valores serão enviados normalmente à empresa contratante para que sejam quitados. Para exclusão do titular é necessário que todos os valores devidos, inclusive dos dependentes, estejam quitados.

3.4. Continuidade de plano coletivo empresarial

A existência de contribuição mensal para pagamento da mensalidade do plano de saúde exclusiva do beneficiário titular, habilita o direito de continuar vinculado por determinados períodos ao plano coletivo empresarial, nos casos de demissão sem justa causa ou aposentadoria. O beneficiário tem o prazo máximo de 30 dias após seu desligamento para manifestar junto à empresa a qual mantinha o vínculo empregatício, sobre sua vontade de permanecer no plano de saúde. Salientamos que o beneficiário perde o direito de permanência no plano de saúde quando da sua admissão em um novo emprego ou cargo ou quando a empresa contratante rescindir o contrato com a Unisaúde.

4. VIGÊNCIA DO PLANO

A vigência é estipulada conforme contrato direto com a pessoa jurídica contratante e tem renovação automática.

4.1. Rescisão/Suspensão

A Rescisão/Suspensão se aplica conforme contrato direto com a pessoa jurídica contratante.

5. COMO UTILIZAR O PLANO DE SAÚDE

- Para qualquer atendimento ou informação, inclusive na Unisaúde, é necessária a apresentação da carteira de identificação devidamente assinada e com foto, portanto tenha sempre em mãos. A carteira de identificação é de uso pessoal e intransferível. Em hipótese alguma poderá ser utilizado por outra pessoa. Isso é ilegal e poderá implicar na perda do direito de utilização do plano. Em caso de perda ou roubo, comunique imediatamente a Unisaúde.
 - A habilitação do beneficiário, no exercício do seu direito de uso, ocorrerá (exceto nos casos de urgência e emergência) com a apresentação dos seguintes documentos:
 - a) Carteira de identificação de beneficiário expedida pela Unisaúde contendo foto, assinatura e plastificação;
 - b) Documento oficial com foto;
 - c) Guia/autorização de procedimento ou encaminhamento, tanto por via física quanto pelo Portal Online da Unisaúde disponível aos prestadores.
 - O agendamento de consultas e exames se dá diretamente com o prestador credenciado. Procure agendar com antecedência e compareça no dia e horário marcado. Caso haja necessidade, desmarque-os com no mínimo 24 horas de antecedência para que outra pessoa que necessite de atendimento não seja prejudicada. Importante verificar os prazos de carência no verso da carteira de identificação do beneficiário.
 - Agende os exames mais complexos e internações eletivas somente após a autorização do plano, evitando assim transtornos.
 - Os serviços cobertos deverão ser agendados e realizados exclusivamente com a rede credenciada. Somente poderão ser realizados por não credenciados com autorização prévia da Unisaúde. Caso não haja o cumprimento da regra, o beneficiário é o único responsável pelo pagamento integral dos serviços.
 - As solicitações de procedimentos e as autorizações são realizadas pelo Portal Online da Unisaúde. Em alguns casos que o Portal não esteja disponível aos prestadores, as instruções serão informadas na relação de rede credenciada.
 - Mantenha seu cadastro atualizado, comunique a Unisaúde em casos de mudança de endereço, telefone ou contato.
 - **EM HIPÓTESE ALGUMA o beneficiário deverá pagar qualquer valor diretamente ao médico, clínica, laboratório ou hospital. A Unisaúde é a única responsável pelo pagamento aos prestadores de serviços. Caso o prestador credenciado esteja cobrando diferenças de valores, comunique imediatamente a operadora para orientações. A Unisaúde não tem a obrigação de ressarcir qualquer valor pago sem a sua autorização.**
 - Sempre que houver a solicitação de exames, dirija-se a secretária para que a mesma realize a solicitação junto ao sistema.
 - Em caso de dúvidas sobre o plano, entre em contato diretamente com a Unisaúde. Não se baseie por informações de terceiros. A Unisaúde é a única qualificada a prestar estas informações.
 - Sempre utilize serviços dentro da rede credenciada. A relação está disponível no site e está sempre atualizada.
- **Use seu plano conscientemente.**

6. CONTATOS

 Endereço: Av. Júlio Borella, 1240 – Conj. 406, Centro - CEP 99.150-000 - Marau/RS.

 Telefones: (54) 3342-2179 / 3342-3484 / 3342-5065

 E-mail: unisaude@unisaudemarau.com.br

 atendimento@unisaudemarau.com.br

 Site: www.unisaudemarau.com.br

 Ouvidoria: ouvidoria@unisaudemarau.com.br

