

EXPLICAÇÕES IMPORTANTES SOBRE O PLANO DE SAÚDE UNIMED DE PRÉ PAGAMENTO

- 1- Adesão até o dia 12 de cada mês para validar o plano no 1º dia útil do mês seguinte (podendo ser deixado o cheque pré- datado para o dia 10)
- 2- A partir do 1º dia útil do mês será liberado o código através da liberação provisória e poderá ser utilizado para as consultas e exames simples como: laboratório, RX , mamografia , exames complementares como ECG, tonometria e outros de acordo com a classificação feita na tabela AMB (Associação Médica Brasileira)
- 3- A carteira da Unimed chegará de 30 a 40 dias.
- 4- Terão 6 meses de carência para os demais procedimentos de exames especializados, de alto custo, cirurgias, internações, UTI, etc.
- 5- Carência de 10 meses para parto (mesmo estando na carência de parto, mas tendo passado os 6 meses da carência de internação, NÃO pode efetuar nenhum tipo de internação pela Unimed nesse período da carência)
- 6- As pessoas com doenças pré-existentes terão a mesma carência de todos os outros usuários
- 7- Os usuários que fizerem a transferência para a acomodação em apartamento terão que cumprir a carência de 6 (seis) meses nessa acomodação. Os restantes dos procedimentos que já foram cumpridos a carência estarão liberados, inclusive a internação em enfermaria. Essa solicitação também deverá ser efetuada até o dia 12 de cada mês para iniciar a validade à partir do 1º dia do mês seguinte.

- 8- No caso de desistência, deverá ser entregue o cartão (a não entrega responsabiliza o associado de qualquer utilização indevida) e assinado o termo de desistência do plano de Saúde até o dia 12 de cada mês, para que não seja cobrada a mensalidade do mês seguinte, caso contrário deverá pagar o valor do mês. OBS: Caso após a desistência, até o final do mês, se o usuário necessitar de algum atendimento de emergência, deverá ser retirado uma autorização especial na Unimed de Guaratinguetá, passando pelos critérios deles.
- 9- No caso de falecimento do usuário do Plano de Saúde, devemos ser comunicados com urgência, apresentando a certidão de óbito para fazermos o desligamento.
- 10- O vencimento das nossas mensalidades é todo DIA 10 DE CADA MÊS. O pagamento deverá ser efetuado na Sede da A.M.I.G.A. ou no débito automático no Banco do Brasil ou Banco Real (no 2º dia útil do mês). O atraso não justificado até o dia 23 de cada mês acarretará na exclusão do plano de saúde (perdendo as carências já cumpridas). Serão cobrados juros após os 3 dias de tolerância de 2% de multa e 0,03 % juros ao dia. Após o cancelamento por inadimplência, os débitos serão encaminhados para a cobrança e conseqüentemente para a cobrança judicial.**
- 11- Os reajustes dos Planos de Saúde serão anuais (mês de abril, para os usuários do contrato 020.0135) , (mês de outubro para os usuários do contrato 020.0154) , (mês de dezembro para os usuários do contrato 020.0163) baseados nos índices pactuados anualmente entre AMIGA e UNIMED para o referido plano

contratado. O reajuste por faixa de idade será automaticamente efetuado após a data do aniversário.

13- As autorizações dos exames especializados, alto custo e internações são emitidas diretamente na Unimed, tendo que em alguns casos passar pela perícia, no caso de urgência, o beneficiário ou quem, por ele responda, terá o prazo de 2 (dois) dias úteis contados da data da internação para regularizar a pendência.

14- Os filhos beneficiários nascidos na constância deste contrato serão automaticamente considerados “beneficiários dependentes”, desde que sejam inscritos até 30 (trinta) dias após o nascimento, os filhos adotivos poderão aproveitar os períodos de carência já cumprida no contrato, desde que sejam inscritos como usuários no prazo de 30 dias da data de adoção.

15- Duração máxima de 12 (doze) semanas e limite de 12 (doze) sessões por ano de contrato, fica assegurado ao beneficiário inscrito no plano de saúde objeto deste instrumento, cumprido a carência de 180 (cento e oitenta) dias a partir da data da assinatura do contrato, atendimento nos casos de psicoterapia de crise, prestado por profissionais da área de saúde mental.

16- Pedido de 2ª via, cobrança de R\$ 4,00.

17- A realização de consultas e procedimentos complementares de diagnóstico, terapia, em regime ambulatorial, deverão ser solicitados e efetuados somente por médicos contratados ou credenciados.

18- Abrangência: **Plano Local (Guará, Aparecida e Cunha)**, no caso de urgência e emergência (**Nacional**), especialistas ou procedimentos que não tenham na área de abrangência serão autorizados pela Unimed a serem efetuados em outra localidade. **Plano Regional (Vale do Paraíba Paulista, Litoral Norte Paulista e Campos do Jordão)**, no caso de urgência e emergência (**Nacional**), especialistas ou procedimentos que não tenham na área de abrangência serão autorizados pela Unimed a serem efetuados em outra localidade.

19- Internação Hospitalar:

- Cobertura na internação clínica, cirurgia ou na unidade de terapia intensiva ou similar sem limitação de prazo, valor máximo e quantidade, quando determinado pelo médico cooperado assistente.
 - Cobertura nos medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões de sangue e derivados e sessões de quimioterapia e radioterapia.
 - Cobertura nos serviços gerais de enfermagem, exceto em caráter participar.
 - Utilização de leitos especiais, monitores e toda aparelhagem e material, indispensáveis ao tratamento.
 - Alimentação específica ou normal, fornecidos pelo hospital, até a alta hospitalar.
 - Alimentação para o acompanhante do beneficiário menor de 18 anos, exceto no caso de internação em centro de terapia intensiva ou similar.

- Despesas com remoção do beneficiário, em ambulância, quando comprovadamente necessária ao atendimento coberto por outro estabelecimento hospitalar de acordo com a área geográfica de abrangência do plano.
 - Cirurgia plástica, reparadora terá cobertura contratual, quando efetuada exclusivamente para restauração de funções em órgãos, membros e regiões atingidas em virtude de acidentes pessoais ocorridos na vigência deste contrato para o beneficiário e que tenham lhe causado problemas funcionais.
 - Os beneficiários em período de carência terão cobertura limitada até as primeiras 12 (doze) horas do atendimento nos casos de urgência, quando necessária à continuidade do atendimento, a cobertura cessará, sendo que a responsabilidade passará a ser do beneficiário.
 - O custeio integral de 30 (trinta) dias de internação por ano no contrato em hospital psiquiátrico ou em enfermaria psiquiátrica em hospital geral, estando o beneficiário em situação de crise.
 - Custeio de 15 (quinze) dias de internação por ano em hospital geral, sendo o beneficiário de quadros de intoxicação ou abstinência por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem de hospitalização.
 - Caso os períodos acima estipulados sejam ultrapassados, fica o beneficiário sujeito, a partir da ocorrência, à co-participação equivalente a 50% do custo dos dias ou internações excedentes.
 - O beneficiário terá cobertura para transplante de rim e córnea, próteses e órteses e seus acessórios quando ligados ao ato cirúrgico, bem como as
-
- Despesas com os procedimentos vinculados a: assistência com doadores vivos, medicamentos nacionais utilizados durante a internação, acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamento de manutenção, despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS.
 - Os transplantes de córnea e rim provenientes de doador cadáveres, conforme legislações específicas estarão cobertos desde que o usuário esteja cadastrado em uma das centrais de notificação, captação e distribuição de órgãos, integrantes do sistema nacional de transplantes, sujeito ao critério de fila única de espera e de seleção.
 - Na hipótese do beneficiário vir a optar por acomodação hospitalar superior aquela contratada, deverá arcar com a diferença de preço e a complementação dos horários médicos e hospitalares, conforme negociação direta com o médico ou hospital (a Unimed não se responsabilizará por qualquer acordo ajustado particularmente pelo beneficiário com médicos e hospitais).
 - O beneficiário terá cobertura para cirurgia Buço-Maxilo-Facial decorrente de acidentes pessoais.

Estão taxativamente excluídas deste contrato às coberturas referentes a: acidentes de trabalho (exceto primeiro atendimento) e suas consequências, bem como doenças profissionais, admissionais e periódicos exames com ginástica e piscina;

- Aluguel de equipamentos hospitalares, bem com enfermagem em caráter particular, sejam em regime hospitalar ou domiciliar, e ainda consultas e atendimentos domiciliares, mesmo em caráter de emergência ou urgência;
 - Aparelhos ortopédicos, fornecimentos de próteses e órteses de qualquer natureza não ligadas ao ato cirúrgico;
 - Atendimento nos casos de calamidade pública, conflitos sociais, guerras, revoluções e outras perturbações da ordem pública e ainda envenenamento de caráter coletivo ou outra causa física que atinja maciçamente a população;
 - Cirurgia plástica, exceto a reparadora.
 - Consultas e tratamento médicos e hospitalares efetuados antes do início da cobertura ou do cumprimento das carências previstas.
 - Despesas não relacionadas diretamente com o tratamento médico-hospitalar, inclusive ligações telefônicas, despesas de acompanhante ou outras que excedam o limite e condição contratada.
 - Implantes e transplantes, exceto de rins e córneas;
 - Inseminação artificial.
 - Laqueaduras de trompas, exceto em razão de risco de vida justificadas pelo médico assistente;
 - Medicamentos e materiais cirúrgicos, exceto em internação e atendimento em pronto-socorro;
 - Medicina Ortomolecular e Mineralograma do cabelo;
 - Necropsia.
-
- Procedimentos, exames ou tratamento realizados no exterior ou fora da área geográfica de abrangência prevista neste contrato.
 - Procedimentos odontológicos;
 - Tratamentos clínicos e/ ou cirúrgicos por motivo de senilidade para rejuvenescimento e/ ou prevenção de envelhecimento e/ ou ganho de peso, tratamento e/ ou cirurgias para alterações somáticas e outros com finalidade estética ou cosmética, ficando claro que a mamoplastia está excluída, ainda que a hipertrofia mamária possa repercutir sobre a coluna vertebral.
 - Tratamento de lesões ou doenças causadas por atos reconhecidamente perigosos praticados pelo usuário e que não sejam motivados por necessidade justificada ou ainda por competição com veículos, inclusive treinos preparatórios, ou outras atividades esportivas de risco voluntário;
 - Tratamentos e cirurgia decorrentes de danos físicos ou lesões causadas por irradiações e/ ou emanções nucleares ou ionizantes.
 - Tratamentos e cirurgias experimentais, 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;

- Tratamentos e cirurgias para controle de natalidade, infertilidade e suas consequências bem como tratamento cirúrgico e exames laboratoriais diagnósticos inclusive os relativos a impotência sexual.
- Tratamento em SPA clinica de repouso, estâncias hidrominerais, desajustes sociais e clinica idosos;
- Vacinas, medicamentos importados, exceto aqueles sem similar nacional ou cujos sejam iguais ou inferiores aos nacionais.

Rescinde-se este contrato qualquer ato ilícito praticado pelos beneficiários, na utilização dos serviços objeto deste contrato;