

Manual do

Atendimento Unimed



Índice

Cuidar bem faz bem. A unimed pensa em você.

VOCAÇÃO	7
NÃO É UMA ESCOLHA	7
SEU CARTÃO DO BENEFICIÁRIO	8
QUAIS OS CUIDADOS QUE DEVO MANTER COM O MEU PLANO E MEU CARTÃO UNIMED?	10
COMO ACESSAR O GUIA MÉDICO?	11
COMO FAZER UMA CONSULTA?	14
LIBERAÇÃO DE EXAMES E PROCEDIMENTOS?	15
CENTRAL DE AGENDAMENTO	16
AUTORIZAÇÃO DE EXAMES E PROCEDIMENTOS	17
COBERTURAS, CARÊNCIAS E CPT	18
REMOÇÃO	20
TERRESTRE E AÉREA	20
URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS	22

REAJUSTE DE MENSALIDADES	24
EM QUE SITUAÇÕES TENHO DIREITO AO REEMBOLSO E COMO DEVO PROCEDER?	28
COMO ACONTECEM AS INCLUSÕES E EXCLUSÕES DE BENEFICIÁRIOS?	30
QUEM PODE SER DEPENDENTE?	31
COMO FICA A INCLUSÃO DOS RECÉM-NASCIDOS E RECÉM-CASADOS?	32
PORTAL DE SERVIÇOS	33
DIREITOS E DEVERES DOS BENEFICIÁRIOS	34
SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO CLIENTE	35
OUVIDORIA	36
PORTABILIDADE	37
AUDITORIA	40
INATIVOS	41



Prezado,

É uma grande satisfação recebê-lo como colaborador da 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.

A Unimed cobre mais de 80% do território nacional e oferece serviços médicos a mais de 18 milhões de beneficiários, por meio de 360 Cooperativas médicas formadoras do Sistema Unimed Nacional. Atualmente, somos 110 mil médicos cooperados e uma rede de recursos próprios e credenciados sempre à sua disposição. Só no estado do Paraná, somos mais de nove mil médicos.

Com a finalidade de prestarmos um melhor atendimento, elaboramos este manual para orientá-lo sobre como proceder, nas informações transmitidas ao cliente.

Seja bem-vindo à Unimed!

Unimed Paraná

Cuidar bem
faz bem.
A Unimed
pensa em
você...

VOCAÇÃO NÃO É UMA ESCOLHA

É atender a um chamado e dedicar-se profundamente àquilo a que fomos predestinados. Somos médicos, somos uma marca de médicos.

Mais do que conhecimento para curar, temos comprometimento com a vida, com as pessoas, com o mundo.

Fazemos o melhor porque nascemos e nos unimos para fazer isso.

Somos uma Cooperativa de médicos.

Muito mais do que um prestador de serviços de saúde.

A Unimed é um sistema que cuida das pessoas para que elas possam aproveitar a vida.

Temos vocação para cuidar das pessoas.

Cuidar é ter atitude para solucionar e acolher, é estar presente a serviço do outro.

Temos disposição natural e vocação para essa missão.

Cuidar está no nosso **DNA**

No entanto, o mais importante de todos os cuidados é o autocuidado. Ele direciona todo o resto. Prestar atenção em nós mesmos, no que fazemos, comemos, bebemos e em como vivemos é o primeiro passo para uma atenção integral ao nosso corpo e também ao nosso espírito.

SEU CARTÃO DO BENEFICIÁRIO

DICA UNIMED


Cuide do seu cartão que ele cuida de você.

O seu cartão Unimed é uma garantia de que você está sempre bem protegido. Proteja-o também: evite sujar, riscar a tarja magnética, expor ao sol, molhar ou colocar o cartão em contato com aparelhos como rádios, tevês e celulares. Assim ele vai estar sempre funcionando, pra você se sentir bem cuidado. E se você perder o cartão ou ele for roubado, avise a Unimed para que todas as providências necessárias sejam tomadas.

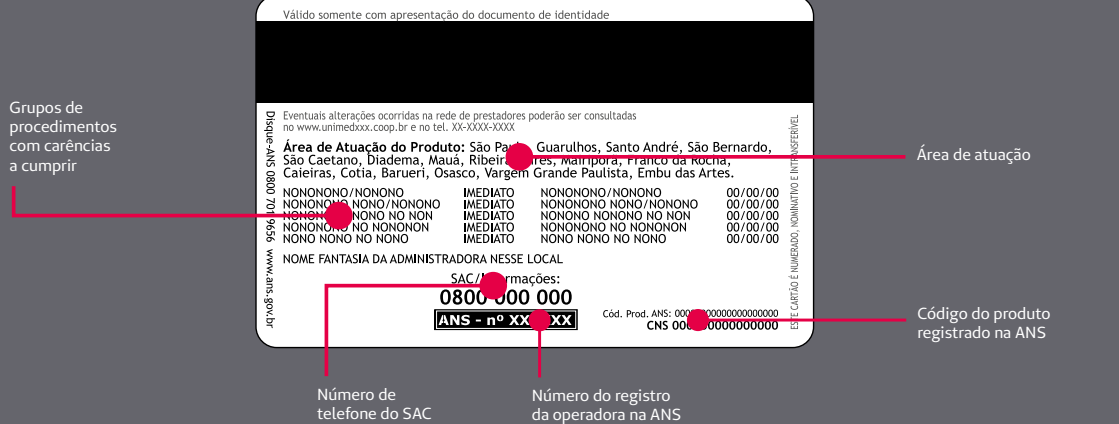
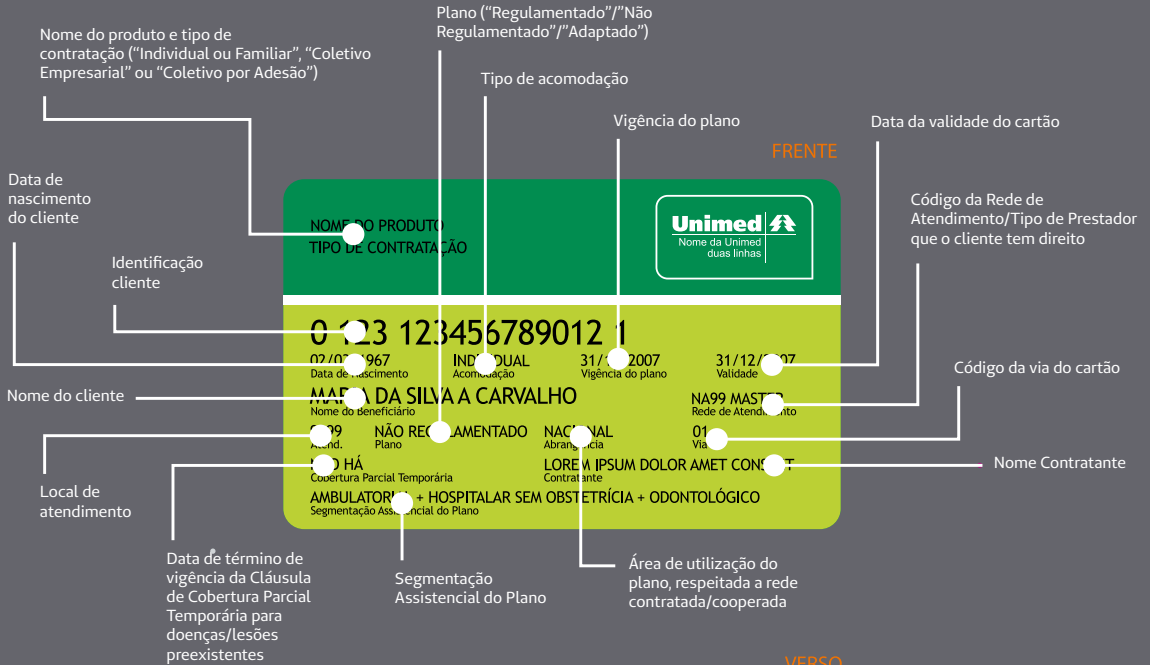


A Unimed fornecerá ao beneficiário/usuário o cartão do beneficiário referente ao plano contratado, com prazo de validade, cuja apresentação deverá ser acompanhada de documento de identidade, assegurando dessa forma os direitos e vantagens do seu plano.

É obrigação do beneficiário a devolução do cartão do beneficiário 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 leis. 

▼ Conheça seu cartão Unimed



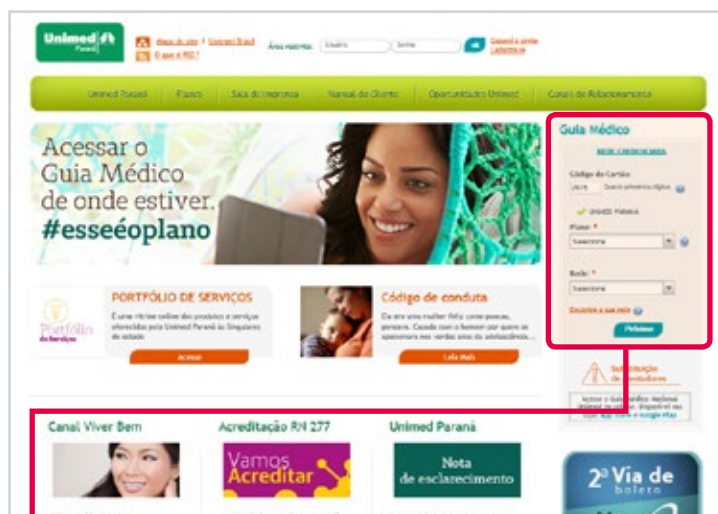
QUAIS OS CUIDADOS QUE DEVO MANTER COM O MEU PLANO E MEU CARTÃO UNIMED?

- ▼
 - O seu cartão é pessoal e intransferível. Para ser atendido, tenha-o sempre em mãos, juntamente com a 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 pelo telefone SAC **0800 41 4554** e SAC Deficientes auditivos **0800 642 2009**
 - Mantenha seus dados de cadastro sempre atualizados. Qualquer alteração, não deixe de nos comunicar.

Importante:

Em caso de roubo, extravio do cartão ou mais informações, entre em contato. Caso haja qualquer problema com o cartão, solicite a substituição imediatamente por meio do nosso serviço de atendimento ao cliente.

COMO ACESSAR O GUIA MÉDICO?



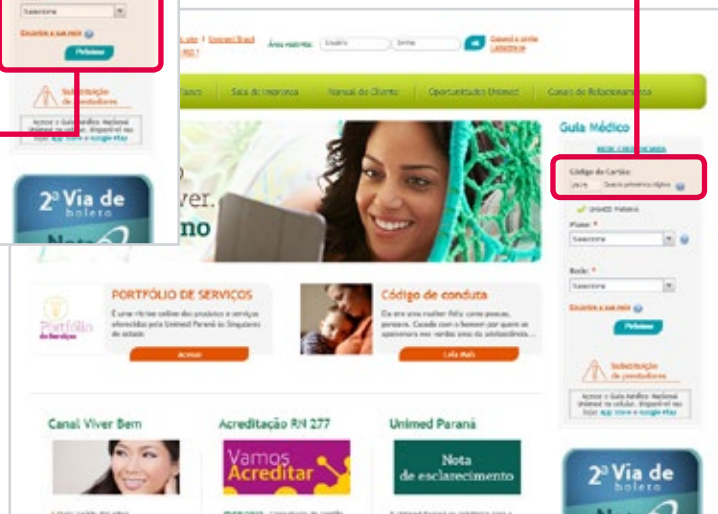
1.

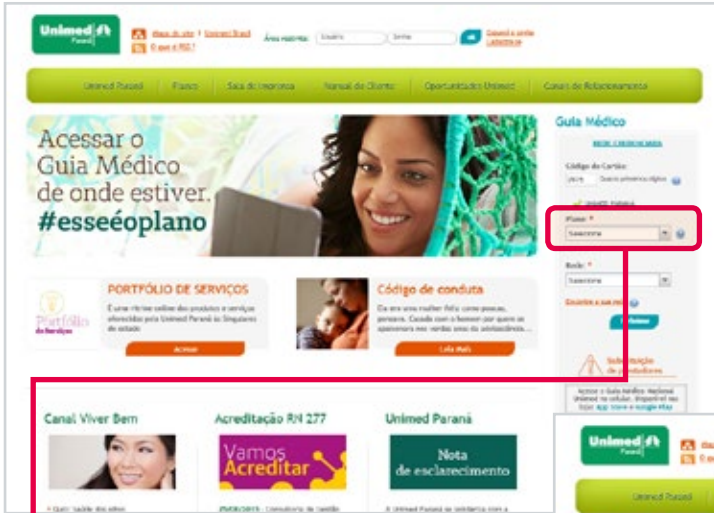
O Guia Médico é localizado no canto superior direito do site:

www.unimed.coop.br/paranavi

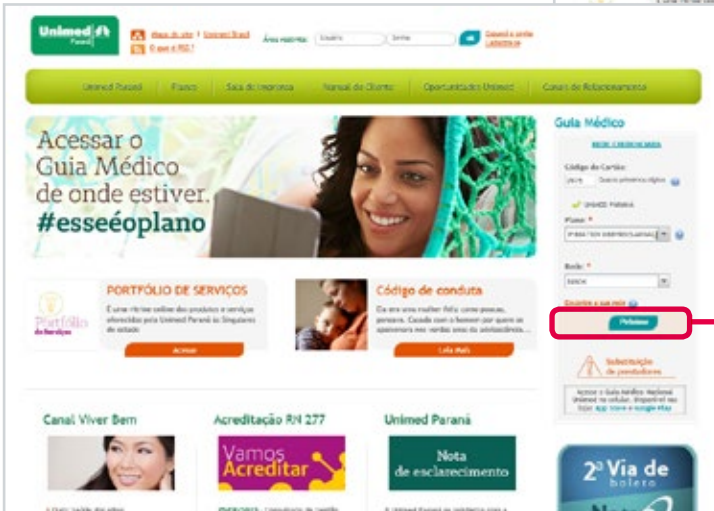
2.

No campo “Código do Cartão”, coloque os quatro primeiros dígitos.





3. Escolha o seu plano conforme o Registro na ANS e o Nome do Plano



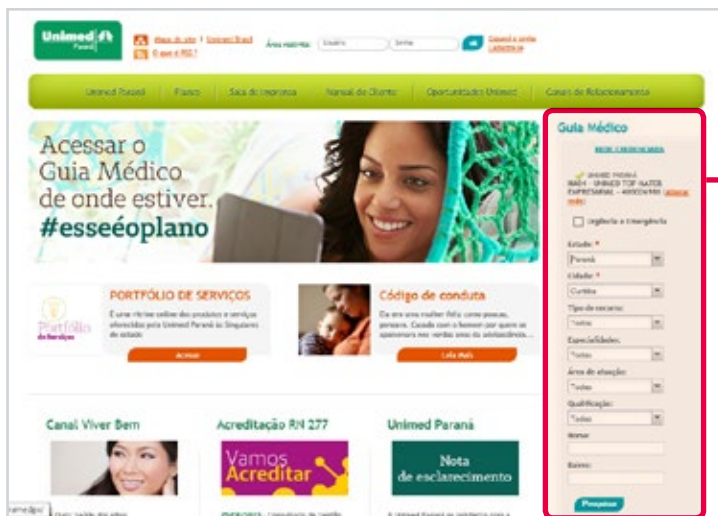
4.

A escolha da Rede de atendimento será realizada automaticamente conforme a escolha do plano.
 Caso tenha alguma dúvida consulte o cartão magnético. Nele, consta a informação referente a rede de atendimento do plano.



5.

Após o preenchimento desses campos, clique em "Próximo"



6. Faça a consulta desejada por: estado, cidade, tipo de recurso, especialidades, área de atuação, qualificação.

LEGENDA DOS ÍCONES DOS ATRIBUTOS DE QUALIFICAÇÃO



Padrão nacional de qualidade



Padrão nacional de qualidade



Padrão nacional de qualidade



Padrão internacional de qualidade



Padrão internacional de qualidade



Comunicação de eventos adversos



Profissional com especialização



Profissional com Residência



Título de especialista



Qualidade monitorada

COMO FAZER UMA CONSULTA?



Para agendar uma consulta eletiva, procure no Guia Médico o profissional que você deseja e marque o seu horário. No atendimento, será necessário apresentar o cartão do beneficiário e o documento de identidade. Sempre que possível, ao consultar um médico pela primeira vez, leve os exames já realizados.

Os atendimentos serão prestados por médicos cooperados e serviços credenciados do Sistema Nacional Unimed, dentro do território nacional, de acordo com a rede contratada.

Quando você estiver em outra cidade, entre em contato com a Unimed mais próxima para saber quais são os locais em que você poderá receber atendimento. É sempre necessário esse contato antes de se dirigir a um profissional ou a um estabelecimento de saúde.

O contato de todas as Unimeds do Sistema Nacional, bem como a rede credenciada, pode ser obtido no site **www.unimed.coop.br**

Em caso de extravio do cartão do beneficiário, a segunda via deve ser solicitada presencialmente ou pelo 0800 41 4554.

LIBERAÇÃO DE EXAMES E PROCEDIMENTOS?



Alguns exames ou procedimentos são autorizados de modo automático e devem ser solicitados diretamente na sede da Unimed Paranaíba. Para tanto, o cliente deverá portar a solicitação médica e os laudos dos exames.

É importante saber que, depois de liberadas, as guias de solicitação médica têm 60 dias de validade. Portanto, verifique a sua disponibilidade para realizar tal exame ou procedimento antes de liberá-la.

CENTRAL DE AGENDAMENTO



Para agilizar e garantir atendimento com as especialidades médicas cooperadas e serviços credenciados, os beneficiários da Unimed Paranaíba dispõe da Central de Agendamento, para marcar consultas, exames e cirurgias.

Caso encontre dificuldades ou demora para ser atendido pela rede credenciada do Sistema Unimed, basta contatar o **Serviço de Atendimento ao Cliente – SAC**, por meio do telefone **0800 41 4554 e SAC deficientes auditivos 0800 642 2009**, para registrar a sua demanda, que será tratada pela Central de Agendamento.

O atendimento cumpre as determinações das Resoluções Normativas nº 259 e 268, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.



AUTORIZAÇÃO DE EXAMES E PROCEDIMENTOS



POR QUE PODE
HAVER DIVERGÊNCIA
ENTRE UMA
SOLICITAÇÃO
MÉDICA E A
AUTORIZAÇÃO?



Exames e procedimentos podem ter o pedido de autorização negado. Só vai acontecer se o que for solicitado não estiver previsto contratualmente, não preencher requisitos/diretrizes de utilização fixados pela própria Agência Nacional de Saúde Suplementar ou estiver expressamente excluído de cobertura, conforme art. 10 da Lei 9.656/98. Além disso, algumas solicitações são negadas após análise de uma terceira opinião, escolhida de comum acordo entre a operadora e o médico assistente, sempre que persistir uma divergência médica.

COBERTURAS, CARÊNCIAS E CPT



Para os planos não-regulamentados (contratos firmados antes de 02/01/1999, antes da vigência da Lei 9656/98), a **cobertura** e suas limitações estão definidas no próprio contrato. No caso dos planos regulamentados, a cobertura é aquela prevista no Rol de Procedimentos da ANS vigente à época do atendimento, de acordo com o segmento contratado (plano referência, ambulatorial, hospitalar, obstetrícia, odontológica e suas combinações).

Quando couber cumprimento de carências, elas serão contadas a partir da data de início de vigência do contrato ou da adesão ao plano*.

- 24 (vinte e quatro) horas para atendimento ambulatorial de urgências e emergências**
- 300 (trezentos) dias para parto a termo
- E até 180 dias para os demais procedimentos

**Para planos coletivos empresarial, consulte o responsável pelo plano de sua entidade*

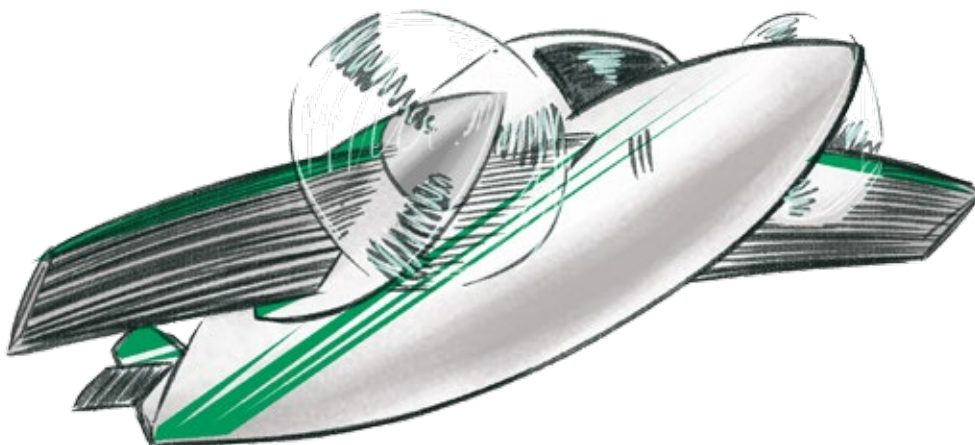
***O plano referência garante atendimento de urgência e emergência, após 24 horas, nos regimes ambulatorial e hospitalar*

CPT - Cobertura Parcial Temporária.

Conforme legislação da Saúde Suplementar, a Unimed aplica um formulário denominado “Declaração de Saúde” e, sendo identificada ou constatada alguma doença/lesão preexistente, o beneficiário fica com a cobertura suspensa para procedimentos de alta complexidade, cirúrgicos e internação em UTI diretamente relacionados com tal doença ou lesão, por um período máximo de 24 meses contados de sua adesão ao contrato.

REMOÇÃO TERRESTRE E AÉREA





A Unimed disponibiliza aos seus clientes a remoção **terrestre e aérea**.

Remoção terrestre é uma cobertura 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.

* Mais informações:

SAC **0800 41 4554**

SAC deficientes auditivos **0800 642 2009**

URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS



Toda dor causa aflição e ansiedade, mas nem tudo deve ser entendido como urgência ou emergência.

Os atendimentos de urgência e emergência são realizados após decorridas 24 (vinte e quatro) horas da contratação ou adesão ao plano, observadas as regras a seguir:

Emergência

É o evento que implica no risco imediato de morte ou de lesões irreparáveis para o beneficiário, caracterizado em declaração do médico assistente. Na emergência, se o beneficiário estiver em período de carência ou não possuir a segmentação hospitalar, a cobertura é restrita às primeiras 12 (doze) horas de atendimento em regime ambulatorial ou prazo inferior se, dentro desse período, o quadro clínico evoluir para internação.

Urgência

É o evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo gestacional. O parto prematuro é considerado uma urgência.

Nos casos de urgência envolvendo acidente pessoal, haverá cobertura de atendimento nos regimes ambulatorial e hospitalar, mesmo se o beneficiário estiver em carência. Se o plano não tiver a segmentação hospitalar, a cobertura será restrita às primeiras 12 (doze) horas de atendimento em regime ambulatorial ou prazo inferior se, dentro desse período, o quadro clínico evoluir para internação.



REAJUSTE DE MENSALIDADES



Seu plano foi contratado antes de 2 de janeiro de 1999?

Se seu plano foi contratado antes de 2 de janeiro de 1999 e não foi adaptado à Lei nº 9.656/98, que regulamenta o setor de planos de saúde, isso quer dizer que ele é do grupo dos chamados planos antigos. Nesses casos, os reajustes devem seguir o que estiver escrito no contrato. No entanto, quando as cláusulas não indicarem expressamente o índice a ser utilizado para reajustes e sejam omissos quanto ao critério de apuração e demonstração das variações consideradas no cálculo do reajuste, será adotado o percentual de variação divulgado pela ANS.

Seu plano foi contratado pelo seu empregador, sindicato ou associação?

Se seu plano for do tipo coletivo, ou seja, se ele foi contratado por intermédio de uma pessoa jurídica (exemplo: a empresa em que você trabalha, sindicato ou associação ao qual está vinculado), os reajustes não são definidos pela ANS. Nesses casos, a Agência apenas acompanha os aumentos de preços, os quais devem ser combinados mediante negociação entre as partes (contratante e contratada) e devidamente comunicados à ANS em até 30 dias da sua efetiva aplicação.

No entanto, caso o seu contrato coletivo possua menos de 30 beneficiários, o reajuste aplicado deverá ser igual ao dos demais contratos com menos de 30 beneficiários da mesma operadora. Há exceções em que o contrato coletivo com menos de 30 beneficiários não faz parte do Agrupamento de Contratos. As exceções são:

- Contratos firmados antes de 1º de janeiro de 1999 e não adaptados à Lei nº 9.656/1998
- Contratos de planos exclusivamente odontológicos
- Contratos de plano exclusivo para ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa ou aposentados
- Contratos de planos com formação de preço pós-estabelecido
- Contratos firmados antes de 1º de janeiro de 2013 e não adotados para contemplar a Resolução Normativa (RN) nº 309/2012, por opção da pessoa jurídica contratante.

REAJUSTE DE MENSALIDADES



Reajuste para planos Pessoa Física

Para planos Pessoa Física, a ANS define, anualmente, o índice autorizado para reajuste dos planos médico-hospitalares com ou sem cobertura odontológica contratados posteriormente à Lei nº 9656/98. Mesmo com essa definição, as operadoras só podem aplicar esse reajuste após avaliação e autorização expressa da ANS. Isso acontece porque, em geral, por questões naturais, quanto mais idosa a pessoa, mais necessários e mais frequentes se tornam os cuidados com a saúde. As faixas etárias variam conforme a data de contratação do plano e os percentuais de variação precisam estar expressos no contrato.

Consulte o quadro ao lado e verifique as condições de reajuste conforme a data de contratação do plano e a faixa etária do beneficiário.

Contratação	Faixa etária	Observações
Até 2 de Janeiro de 1999	Não se aplica	Deve seguir o que estiver escrito no contrato.
Entre 2 de Janeiro de 1999 e 1 de Janeiro de 2004	0 a 17 anos (1ª faixa) 18 a 29 anos 30 a 39 anos 40 a 49 anos 50 a 59 anos 60 a 69 anos 70 anos ou mais	A resolução do Conselho de Saúde Suplementar (Consu) 06/98 determina, também, que o preço da última faixa (70 anos ou mais) poderá ser, no máximo, seis vezes maior que o preço da faixa inicial (0 a 17 anos). Consumidores com mais de 60 (sessenta) anos e que participem do contrato há mais de 10 (dez) anos, não podem sofrer a variação por mudança de faixa etária..
Após 1 de Janeiro de 2004 (Estatuto do Idoso)	0 a 18 anos 19 a 23 anos 24 a 28 anos 29 a 33 anos 34 a 38 anos 39 a 43 anos 44 a 48 anos 49 a 53 anos 54 a 58 anos 59 anos ou mais	A RN nº 63, publicada pela ANS em dezembro de 2003, determina que o valor fixado para a última faixa etária (59 anos ou mais) não pode ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa (0 a 18). A RN determina, também, que a variação acumulada entre a sétima e a décima faixa não pode ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixa.

EM QUE SITUAÇÕES TENHO DIREITO AO REEMBOLSO E COMO DEVO PROCEDER?



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 (no caso de contratos empresariais, verificar com o RH da sua empresa esta condição) ou na legislação aplicável, mediante a apresentação dos seguintes documentos

- a) Solicitação formal do pedido na Unimed.
- 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) Recibos individualizados de honorários dos médicos assistentes, auxiliares e outros, discriminando o evento a que se referem, com carimbo legível do médico, inclusive o número do CRM.

e) 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.

f) O pagamento do reembolso será realizado por meio eletrônico. Para tal, será necessário nome completo e CPF do correntista. O prazo estabelecido para o pagamento será em no máximo 30 dias.

Importante:

- 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.
- Em caso de dúvida, consulte a Unimed.

DICA UNIMED

É arriscado se automedicar.

Médicos estudam muito para entender o seu corpo. É perigoso não seguir à risca o que eles recomendam ou se irritar quando eles não prescrevem nenhum remédio. Acredite: você vai ficar melhor se confiar no que o seu médico diz.

COMO ACONTECEM AS INCLUSÕES E EXCLUSÕES DE BENEFICIÁRIOS?



No caso de **Planos Coletivos**, o indivíduo deve procurar o RH de sua empresa e solicitar a inclusão ou exclusão de seus dependentes que serão efetivadas e enviadas à Unimed.

Qualquer inclusão deve ser providenciada no prazo mencionado no contrato firmado com a sua empresa (admissão do beneficiário titular, casamento, nascimento...)

Os beneficiários só terão direito ao atendimento sem o cumprimento da carência, desde que as inscrições ocorram no prazo estabelecido em contrato. Verifique com o RH de sua empresa essa condição.

Se o beneficiário titular for excluído, todos os demais dependentes serão excluídos. Se o contrato for rescindido, todos os beneficiários serão excluídos.

Nos **Planos Individuais** ou **Familiares** as inclusões e exclusões de dependentes são deliberadas pelo beneficiário titular ou contratante pagador.

QUEM PODE SER DEPENDENTE?



Usualmente, são dependentes:

- a) Cônjuge
- b) Os filhos solteiros, de acordo com a idade limite firmada em seu contrato (no caso de planos coletivos, verifique com o RH esta condição)
- c) O enteado, o menor sob a guarda por força da decisão judicial e o menor tutelado, que ficam equiparados aos filhos
- d) O (a) companheiro(a), havendo união estável, na forma da lei, sem eventual concorrência com o cônjuge.
- e) Os filhos comprovadamente incapazes para os atos da vida civil

* São considerados dependentes do titular, aptos a aderirem ao plano, aqueles descritos no contrato firmado. Perderão a condição de dependência e, portanto, serão excluídos do plano aqueles que atingirem a idade limite ou que, de algum modo, percam o vínculo familiar com o titular.

Observação:

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.

DICA
UNIMED

Coloque a sua saúde na cabeça.

A nossa mente é muito poderosa. Ela pode nos ajudar a fugir de vícios, como o álcool e o cigarro. Pode nos ensinar a evitar os sentimentos negativos, mantendo um bom diálogo com as pessoas, gostando do que a gente faz e curtindo a vida. Tenha isso sempre em mente que você vai ser mais feliz e saudável.

COMO FICA A INCLUSÃO DOS RECÉM-NASCIDOS E RECÉM-CASADOS?



O recém-nascido (filho natural ou adotado) que não possui o Cartão do beneficiário será atendido, desde que esteja acompanhado por um dos responsáveis legais inscritos no plano **com cobertura obstétrica**, que deverá apresentar o seu Cartão do beneficiário, seu documento de identidade e a certidão de nascimento do bebê.

O **recém-nascido** (filho natural ou adotado) só receberá atendimento sem o seu Cartão do beneficiário durante os primeiros 30 (trinta) dias a contar de seu nascimento.

Caso esteja vigente o período de carência do representante legal, o filho deverão cumprir carência pelo período que ainda falta ser cumprido pelo representante legal.

Se o plano não possuir cobertura obstétrica, o recém-nascido poderão ser inscrito como dependente, mas precisarão cumprir prazos de carências.

A partir desse prazo, já deverá estar inscrito na assistência médica e só será atendido com o seu Cartão do beneficiário pessoal.

O **recém-casado** terá isenção de carências, dependendo da previsão contratual

Os documentos necessários são a certidão de nascimento (no caso dos recém-nascidos) e a certidão de casamento ou declaração de união estável (no caso dos recém-casados)

PORTAL DE SERVIÇOS



Alguns serviços disponíveis on-line:

- Emissão da 2ª via do boleto bancário atualizado
- Rede local, estadual e nacional
- No Portal, você também tem acesso ao Guia Médico on-line (redes local, estadual e nacional). Se precisar e não tiver em mãos o impresso ou a versão mobile (smartphones e tablets), entre em contato com sua Unimed

Se necessário, busque o **fale conosco**, acesse:

www.unimed.coop.br/paranavai



DICA
UNIMED

Se o seu plano é empresarial conheça os detalhes.

O seu plano Unimed faz parte dos benefícios que a sua empresa, conselho profissional, sindicato, associação, cooperativa, dentre outras pessoas jurídicas, oferece a você. Então pergunte ao RH ou ao setor responsável por esse benefício na instituição a qual está ligado quais são os direitos que o plano coletivo lhe dá e o que é que você deve fazer. Se ainda tiver dúvidas, fale com a Unimed. Conhecer bem os seus direitos e deveres vai ajudá-lo a utilizar melhor o seu plano, sem correr o risco de qualquer transtorno. Com as coisas bem claras, tudo fica mais fácil e mais seguro.

DIREITOS E DEVERES DOS BENEFICIÁRIOS

DICA UNIMED

A sua consulta é um momento importante.

Um médico dedica tempo à saúde de muitas pessoas. Pense nisso. Marque a consulta ou exame com antecedência e desmarque se não puder ir. Se todos fizerem isso, o atendimento vai ficar mais fácil e rápido. E nem você nem os outros vão ficar esperando à toa.



Direitos

- Ser bem atendido
- Receber o produto que contratou
- Ser ouvido



Deveres

- Ler o seu contrato e tirar dúvidas antes de sua assinatura
- Pagar sua fatura em dia
- Procurar a rede cooperada/credenciada para atendimento
- Usar corretamente o seu cartão do beneficiário

SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO CLIENTE

- ▶ O **SAC** (Serviço de Atendimento ao Cliente) é o canal disponível para o cliente realizar a sua primeira manifestação (solicitações, sugestões, elogios, reclamações e dúvidas) junto a Unimed Paraná. Além desse, disponibilizamos também o canal Fale conosco que está disponível no site www.unimed.coop.br/paranavai



SAC **0800 41 4554**

SAC deficientes auditivos **0800 642 2009**

OUVIDORIA

- ▶ A **Ouvidoria** é um canal de comunicação diferenciado, em função das suas características de autonomia, independência e imparcialidade. Ela não substitui e nem invalida a atuação dos canais de primeiro atendimento hoje existentes na Unimed, mas está sempre pronta a atendê-lo(a), caso não tenha obtido sucesso em seu atendimento junto aos demais canais.

O prazo para resposta da Ouvidoria é de 7 (sete) dias úteis, sendo admitida a pactuação de prazo superior, nos casos excepcionais ou de maior complexidade.

Ouvidoria
ouvidoria@unimedpvai.coop.br

PORTABILIDADE

RN n° 186 e IN/DIPRO n° 19

É a possibilidade de contratar um plano de saúde, dentro da mesma operadora ou com uma operadora diferente, e ficar dispensado de cumprir novos períodos de carência ou de cobertura parcial temporária exigíveis e já cumpridos no plano de origem. Essa possibilidade vigora para os planos individuais e familiares e para os planos coletivos por adesão, contratados a partir de 02/01/1999.

RESOLUÇÃO NORMATIVA – RN Nº 186, DE 14 DE JANEIRO DE 2009

Dispõe sobre a regulamentação da portabilidade das carências previstas no inciso V do art. 12 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e sem a imposição de cobertura parcial temporária.

Art. 3º O beneficiário de plano de contratação individual ou familiar ou coletiva por adesão, contratado após 1º de janeiro de 1999 ou adaptado à Lei nº 9656, de 1998, fica dispensado do cumprimento de novos períodos de carência e de cobertura parcial temporária na contratação de novo plano de contratação individual ou familiar ou coletivo por adesão, na mesma ou em outra operadora de plano de assistência à saúde, desde que sejam atendidos simultaneamente os seguintes requisitos: (Redação dada pela RN nº 252, de 29/04/2011)

I – estar adimplente junto à operadora do plano de origem, conforme inciso I do art. 8º;

II – possuir prazo de permanência:

a) na primeira portabilidade de carências, no mínimo dois anos no plano de origem ou no mínimo três anos na hipótese de o beneficiário ter cumprido cobertura parcial temporária; ou

b) nas posteriores, no mínimo um ano de permanência no plano de origem. (Redação dada pela RN nº 252, de 29/04/2011)

III – o plano de destino estar em tipo compatível com o do plano de origem, conforme disposto no Anexo desta Resolução;

IV – a faixa de preço do plano de destino ser igual ou inferior à que se enquadra o seu plano de origem, considerada a data da assinatura da proposta de adesão; e

V – o plano de destino não estar com registro em situação “ativo com comercialização suspensa”, ou “cancelado”.

§1º As faixas de preço previstas no inciso IV deste artigo serão definidas em Instrução Normativa a ser expedida pela Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos – DIPRO e serão baseadas na Nota Técnica de Registro de Produto – NTRP e/ou em outros instrumentos a serem definidos pela referida Diretoria.

§2º A portabilidade de carências deve ser requerida pelo beneficiário no período compreendido entre o primeiro dia do mês de aniversário do contrato e o último dia útil do terceiro mês subsequente, ressalvado o disposto no § 4º do artigo 8º desta Resolução. (Redação dada pela RN nº 252, de 29/04/2011)

§3º A operadora do plano de origem deve comunicar a todos os beneficiários tratados no caput a data inicial e final do período estabelecido no parágrafo 2º deste artigo, no mês anterior ao referido período, por qualquer meio que assegure a sua ciência. (Incluído pela RN nº 252, de 29/04/2011)

§4º O requisito previsto na alínea “a” do inciso II deste artigo não será exigível do beneficiário que for inscrito no plano de origem na forma da alínea “b” do inciso III do artigo 12, da Lei nº 9.656, de 1998. (Incluído pela RN nº 252, de 29/04/2011)

PORTABILIDADE



Portabilidade especial: Independentemente do tipo de plano de saúde e da data da assinatura do contrato, a portabilidade especial de carências pode ser utilizada em quatro casos:

- Por beneficiário de operadora que tenha seu registro cancelado pela ANS ou que esteja em processo de Liquidação Extrajudicial (falência). O prazo de 60 dias para exercício da portabilidade começa a contar a partir da data de publicação de Resolução Operacional da ANS no Diário Oficial da União, podendo ser prorrogado.
- Por dependente que perdeu seu vínculo com o plano, por falecimento do titular. O prazo é de 60 dias a partir da data de falecimento do titular.
- Por ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado durante o período de manutenção da condição de beneficiário garantida pelos artigos 30 e 31 da Lei 9.656/98. Nesse caso, a portabilidade deve ser requerida entre o primeiro dia do mês de aniversário do contrato e o último dia útil do terceiro mês subsequente ou no prazo de 60 dias antes do término do período de manutenção da condição de beneficiário.
- Por beneficiários que tiverem seu vínculo com o beneficiário titular do plano extinto em decorrência da perda de sua condição de dependente, devendo exercer no prazo de 60 (sessenta) dias a contar do término do vínculo de dependência.

Fonte: <http://unimed.me/1g4p4ND>

AUDITORIA

(Resolução CFM n° 1.614/2001)

A atividade de auditoria em saúde garante a qualidade da assistência médica, respeitando as normas técnicas, éticas e administrativas. Por se tratar de atividade que envolve recursos financeiros e interesses conflitantes, as ações e processos obedecerão a uma gestão racional dos recursos disponíveis e a garantia de uma relação equilibrada entre custo e benefício. A auditoria médica exige bom senso e conhecimento técnico da matéria que se vai auditar e o médico investido da função de auditor encontra-se sob a égide do Código de Ética Médica.

Fonte: http://www.portalmedico.org.br/pareceres/CFM/2011/44_2011.htm

INATIVOS

Lei nº 9.656/98 e RN nº 279

Tem direito a se manter no plano de saúde, aposentados que tenham contribuído com o plano empresarial e empregados demitidos sem justa causa, para todos os planos contratados a partir de janeiro de 1999 ou adaptados à lei 9.656/98. O ex-empregado deverá ter contribuído no pagamento do plano durante a vigência de seu contrato de trabalho e deverá assumir integralmente a mensalidade após o desligamento. Os aposentados que contribuíram por mais de dez anos podem manter o plano pelo tempo que desejarem ou enquanto perdurar o contrato de plano de saúde com a empresa. Quando o período for inferior, cada ano de contribuição dá direito a um ano no plano coletivo depois da aposentadoria. Os demitidos sem justa causa ou exonerados poderão permanecer no plano de saúde por um período equivalente a um terço do tempo em que contribuíram com o plano, respeitado o limite mínimo de seis meses e máximo de dois anos ou até conseguirem um novo emprego que tenha o benefício de plano de saúde. É garantido ao aposentado ou demitido o direito de manter a condição de beneficiário individualmente ou com seu grupo familiar, além da inclusão de novo cônjuge e filhos no período de manutenção da condição de beneficiário no plano de aposentado ou demitido.

Fonte: <http://unimed.me/1g4uNDd>

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.

Guia Médico – É um dos principais pontos de contato entre a marca Unimed e seus clientes e ele deve disseminar os atributos desta marca. Ter um Guia Médico padronizado e reconhecível em qualquer parte do país potencializa estes atributos e confere maior credibilidade ao Sistema Unimed.

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

Guia Médico **Nacional Unimed**

► Poderia ser assim.





Guia Médico **Nacional Unimed**

Tenha acesso à maior rede nacional de hospitais, médicos, clínicas e profissionais de saúde. Faça o download do Guia Médico Nacional Unimed em seu smartphone.



Você também pode acessar a versão online do Guia Médico Nacional Unimed pelo site www.unimed.coop.br/guimedico

▶ **Mas é assim**



Unimed |

Expediente

CONSELHO EDITORIAL

Diretor – Presidente

Dr. Paulo Roberto Fernandes Faria

Diretor Vice – Presidente

Dr. Faustino Garcia Alferes

Diretor – Superintendente

Dr. Luís Francisco Costa

Diretor de Mercado

Dr. Sergio O. Ioshii

Diretor de Projetos

Dr. William Procópio dos Santos

DIRETORES REGIONAIS

Região I

Dr. Mario Percegoni (Paranaguá)

Região II

Dr. Wiliam Romão de Oliveira
(Jacarezinho – Norte Pioneiro)

Região III

Dr. João Paulo Bounassar
(Unimed Regional de Maringá)

Região IV

Dr. Adilson Cleto Bier (Toledo – Costa Oeste)

COORDENAÇÃO TÉCNICA

Mercado – José Gouvêa (Bill) e Evandro Lucas de Barros;

Cadastro – Liw Nogueira;

Assessoria Regulamentar – Fabiano Luiz Ribeiro Pereira;

Gestão de Clientes – Kellen Dickel, Saete Moretti, Ariane Barbosa Batista, Zélia Leal de Deus e Michelle Matos Biolo

COORDENAÇÃO EXECUTIVA

Liège Cintra Mazanek – coordenadora de Comunicação Corporativa, Marketing e Responsabilidade Social

COORDENAÇÃO EDITORIAL

Assessoria de imprensa – Jossânia Veloso (DRT 2321/PR)

Estagiárias – Evelyn Silva e Luciane Pereira

Projeto gráfico e ilustrações – Wellington Marçal

Atualização:

\\ Novembro 2014

\\ Agosto 2015

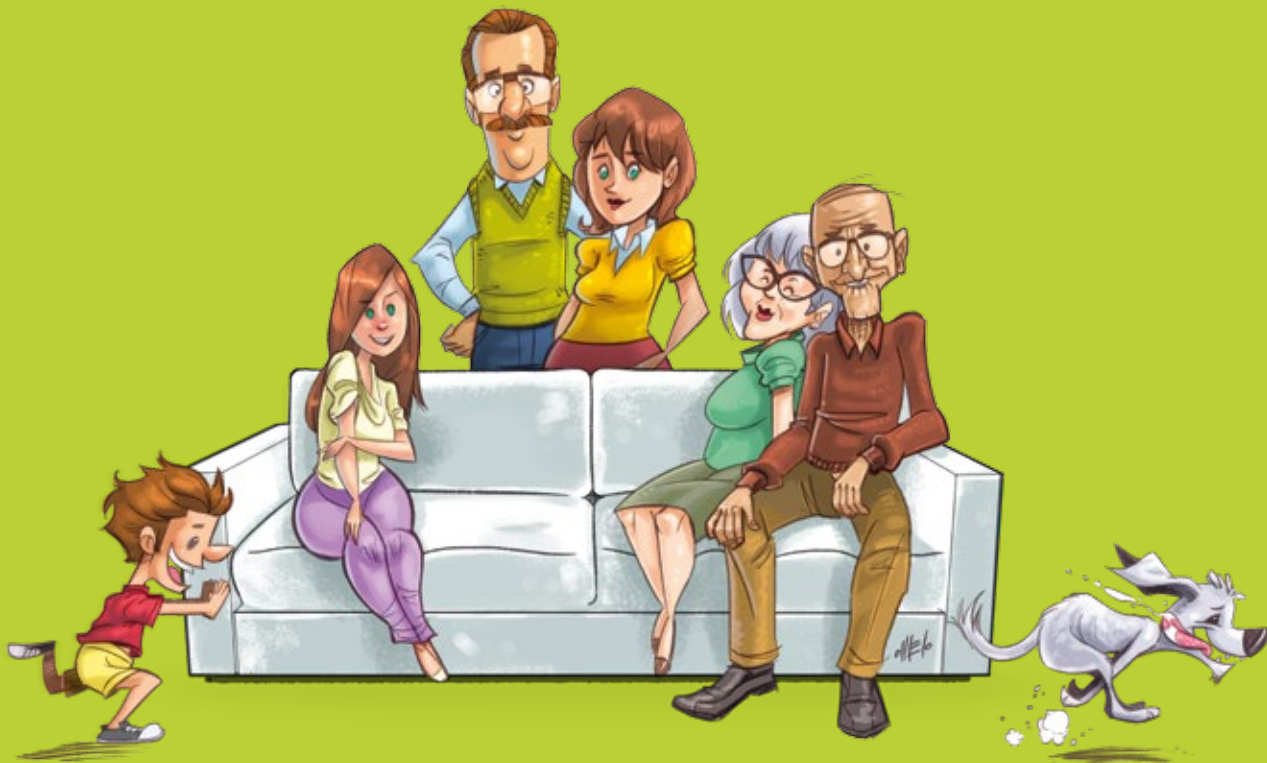
\\ Setembro 2016: adaptação do material pela Federação Paraná para a Unimed Paranavá

UNIMED DO ESTADO DO PARANÁ

Rua Antonio Camilo, 283, Tatumã
Curitiba-PR CEP 82530-450 **T.** (41) 3219 -1488

comunicacao@unimedpr.coop.br

imprensapr@unimedpr.coop.br



Unimed 
Paranavai

www.unimed.coop.br/paranavai

Rua Antonio Felipe, 1515 | 87704-030 Centro, Paranavai - PR

T. (44) 3421-1100 F. (44) 3421-1104 | SAC 0800 41 4554 Deficientes auditivos 0800 642 2009

ANS - nº 320862