



Como usar
melhor o
seu Plano
de Saúde



Manual do _____
**Cliente
Unimed**

Índice

Cuidar bem faz bem. A Unimed pensa em você.

VOCAÇÃO NÃO É UMA ESCOLHA	7
SEU CARTÃO DO BENEFICIÁRIO	8
QUAIS CUIDADOS DEVO TER COM O PLANO E O MEU CARTÃO UNIMED?	10
COMO ACESSAR O GUIA MÉDICO?	12
LEGENDA DOS ÍCONES DOS ATRIBUTOS DE QUALIFICAÇÃO	14
COMO FAZER UMA CONSULTA?	15
COMO FAZER EXAMES E PROCEDIMENTOS?	16
COMO FAZER INTERNAMENTOS ELETIVOS?	17
PRAZOS MÁXIMOS PARA O ATENDIMENTO	20
CENTRAL DE AGENDAMENTO	22
AUTORIZAÇÃO DE EXAMES E PROCEDIMENTOS	23
COBERTURAS, CARÊNCIAS E CPT	24
REMOÇÃO TERRESTRE E AÉREA	26
URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS	28
POR QUE É IMPORTANTE LER O CONTRATO?	29
QUAL É O PLANO QUE ADQUIRI?	30

QUAL A ÁREA DE ABRANGÊNCIA DE MEU PLANO?.....	32
REAJUSTE DE MENSALIDADES.....	34
EM QUE SITUAÇÕES TENHO DIREITO AO REEMBOLSO E COMO DEVO PROCEDER?	38
COMO ACONTECEM AS INCLUSÕES E EXCLUSÕES DE BENEFICIÁRIOS?.....	39
QUEM PODE SER DEPENDENTE?.....	40
COMO FICA A INCLUSÃO DOS RECÉM-NASCIDOS E RECÉM-CASADOS?	41
PORTAL DE SERVIÇOS	42
DIREITOS E DEVERES DOS BENEFICIÁRIOS.....	43
SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO CLIENTE.....	44
OUVIDORIA DA UNIMED PARANÁ	45
CONTATO DAS UNIMEDS DO PARANÁ	47
REDE PRESTADORA DE SERVIÇO.....	51
PORTABILIDADE	52
AUDITORIA	59
INATIVOS.....	60



Prezado Beneficiário,

É uma grande satisfação recebê-lo como beneficiário 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 17 milhões de beneficiários, por meio de 345 Cooperativas médicas formadoras do Sistema Unimed Nacional. Atualmente, somos 116 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.

Para sua comodidade e com a finalidade de prestarmos melhor atendimento, elaboramos este manual para orientá-lo sobre como proceder na utilização do seu plano.

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

FRENTE

Unimed Nome da Unimed | **somos coop**

NOME DO PRODUTO
TIPO DE CONTRATAÇÃO

Nome do produto e tipo de contratação ("Individual ou Familiar", "Coletivo Empresarial" ou "Coletivo por Adesão")

QR Code: código de barras bidimensional com informações relevantes para o atendimento

123 123456789012 1

MARIA DA SILVA A CARVALHO
Nome do Beneficiário

02/03/1967 **INDIVIDUAL** **NÃO HÁ**
Data de Nascimento Acomodação Cobertura Parcial Temporária

LOCAL IPSUM DOLOIT AMET CONSECT **NACIONAL**
Contratante Abrangência

ADAPTADO **31/12/2020** **NA99 METER** **31/12/2020**
Plano Vigência do Plano Rede de Atendimento Validade

AMBULATORIAL + HOSPITALAR SEM OBSTETRÍCIA + ODONTOLÓGICO
Segmentação Assistencial do Plano

Nome do cliente

Data de nascimento do cliente

Nome do cliente

Identificação cliente

Tipo de acomodação

Área de utilização do plano, respeitada a rede contratada/cooperada

Código da Rede de Atendimento/Tipo de Prestador que o cliente tem direito

Local de atendimento

Nome Contratante

Código da via do cartão

Data da validade do cartão

Vigência do plano

Data de término de vigência da Cláusula de Cobertura Parcial Temporária para doenças/lesões preexistentes

Plano ("Regulamentado"/"Não Regulamentado"/"Adaptado")

Segmentação Assistencial do Plano

VERSO

Válido somente com apresentação do documento de identidade

Eventuais alterações ocorridas na rede de prestadores poderão ser consultadas no www.unimedxxx.coop.br e no tel. XX-XXXX-XXXX

Área de Atuação do Produto: São Paulo, Guarulhos, Santo André, São Bernardo, São Caetano, Diadema, Mauá, Ribeirão Pires, Mairiporã, Franco da Rocha, Caieiras, Cotia, Barueri, Osasco, Vargem Grande Paulista, Embu das Artes.

NONONONO/NONONO	IMEDIATO	NONONONO/NONONO	00/00/00
NONONONO NONO/NONONO	IMEDIATO	NONONONO NONO/NONONO	00/00/00
NONONONO-NONONO NO NON	IMEDIATO	NONONONO NONONO NO NON	00/00/00
NONONONO NO NONONON	IMEDIATO	NONONONO NO NONONON	00/00/00
NONO NONO NO NONO	IMEDIATO	NONO NONO NO NONO	00/00/00

NOME FANTASIA DA ADMINISTRADORA NESTE LOCAL

SAC/Informações:
0800 000 000

ANS - nº XXXXX

Cód. Prod. ANS: 00000000000000000000
CNS 0000000000000000

ESTE CARTÃO É NUMERADO, NOMINATIVO E INTRANSFERÍVEL

Área de atuação

Grupos de procedimentos com carências a cumprir

Número de telefone do SAC

Código do produto registrado na ANS

Número do registro da operadora na ANS

QUAIS CUIDADOS DEVO TER COM O PLANO E O 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 041 4554** e SAC Deficientes auditivos **0800 642 2009**
- Mantenha seus dados cadastrais sempre atualizados (endereços, telefones, e-mail entre outras informações). Na ocorrência de qualquer alteração, entre em contato pelo telefone SAC **0800 041 4554** ou **App Unimed Cliente PR**.

• **Importante:**

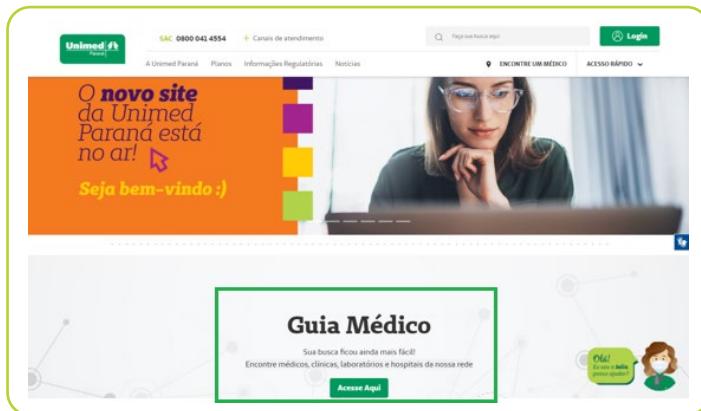
Em caso de roubo, extravio do cartão ou mais informações, entre em contato. Caso haja qualquer problema com o cartão, solicite a substituição imediatamente por meio do nosso serviço de atendimento ao cliente.



COMO ACESSAR O GUIA MÉDICO?

1.

Acesse o Guia Médico, localizado no início da primeira página do site unimed.coop.br/parana. Na sequência, clique em “Acesse Aqui”



Encontre um médico

E outros recursos da Unimed, sempre perto de você

Busca rápida

Busca detalhada

Hospital Geral

000.000.000-00

É cliente? Digite seu CPF ou carteirinha

Apenas atendimentos de urgência e emergência

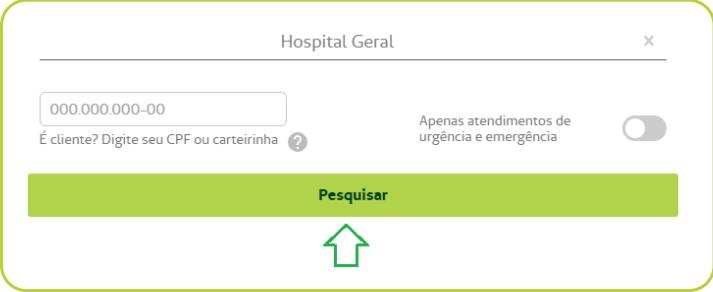
Pesquisar

2.

Selecione a forma de busca que você deseja fazer: rápida ou detalhada

3.

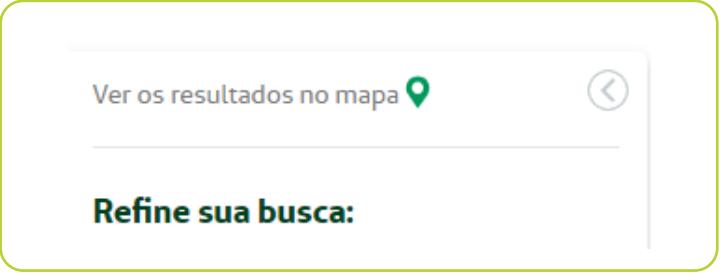
Preencha os campos correspondentes e clique em “Pesquisar”



The screenshot shows a search interface for 'Hospital Geral'. At the top, there is a title bar with 'Hospital Geral' and a close button 'x'. Below this is a search input field containing the placeholder text '000.000.000-00'. To the right of the input field is a toggle switch labeled 'Apenas atendimentos de urgência e emergência'. Below the input field is a label 'É cliente? Digite seu CPF ou carteirinha' with a question mark icon. A large green button labeled 'Pesquisar' is positioned below the input field, with a green arrow pointing upwards towards it.

4.

Utilize a opção “Refine sua busca” caso deseje obter um resultado mais específico



The screenshot shows a search refinement section. At the top, there is a link 'Ver os resultados no mapa' with a location pin icon and a back arrow icon. Below this is a horizontal line, followed by the text 'Refine sua busca:' in a bold font.

LEGENDA DOS ÍCONES DOS ATRIBUTOS DE QUALIFICAÇÃO



Programa de Acreditação



Comunicação de eventos adversos



Pós-graduação *lato sensu*



Residência



Título de especialista



Qualidade monitorada



Certificações de Entidades Gestoras
de Outros Programas de Qualidade



Certificação ISO 9001



Doutorado/Pós-Doutorado



Mestrado

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 link abaixo:

unimed.me/unimedmaisproxima

COMO FAZER EXAMES E PROCEDIMENTOS?



Com a guia de solicitação médica preenchida e o cartão do beneficiário em mãos, você deverá entrar em contato com o Serviço de Atendimento ao Cliente (SAC **0800 041 4554** e SAC Deficientes auditivos **0800 642 2009**) para a orientação do processo de liberação.

Durante a ligação serão fornecidas orientações específicas de como proceder para liberar os exames e os procedimentos.

É importante saber que, depois de liberadas, as guias de solicitação médica têm 30 dias de validade. Portanto, verifique a sua disponibilidade para realizar tal exame ou procedimento antes de liberá-lo.

COMO FAZER INTERNAMENTOS ELETIVOS?



Dirija-se a Unimed da cidade em que o internamento será realizado tendo em mãos o documento de identidade, o Cartão do beneficiário, a guia de internamento, os exames, o laudo e a justificativa médica. No local, você receberá orientações de como proceder para liberar a guia.

DICA UNIMED

Faça como a Unimed: proteja você.

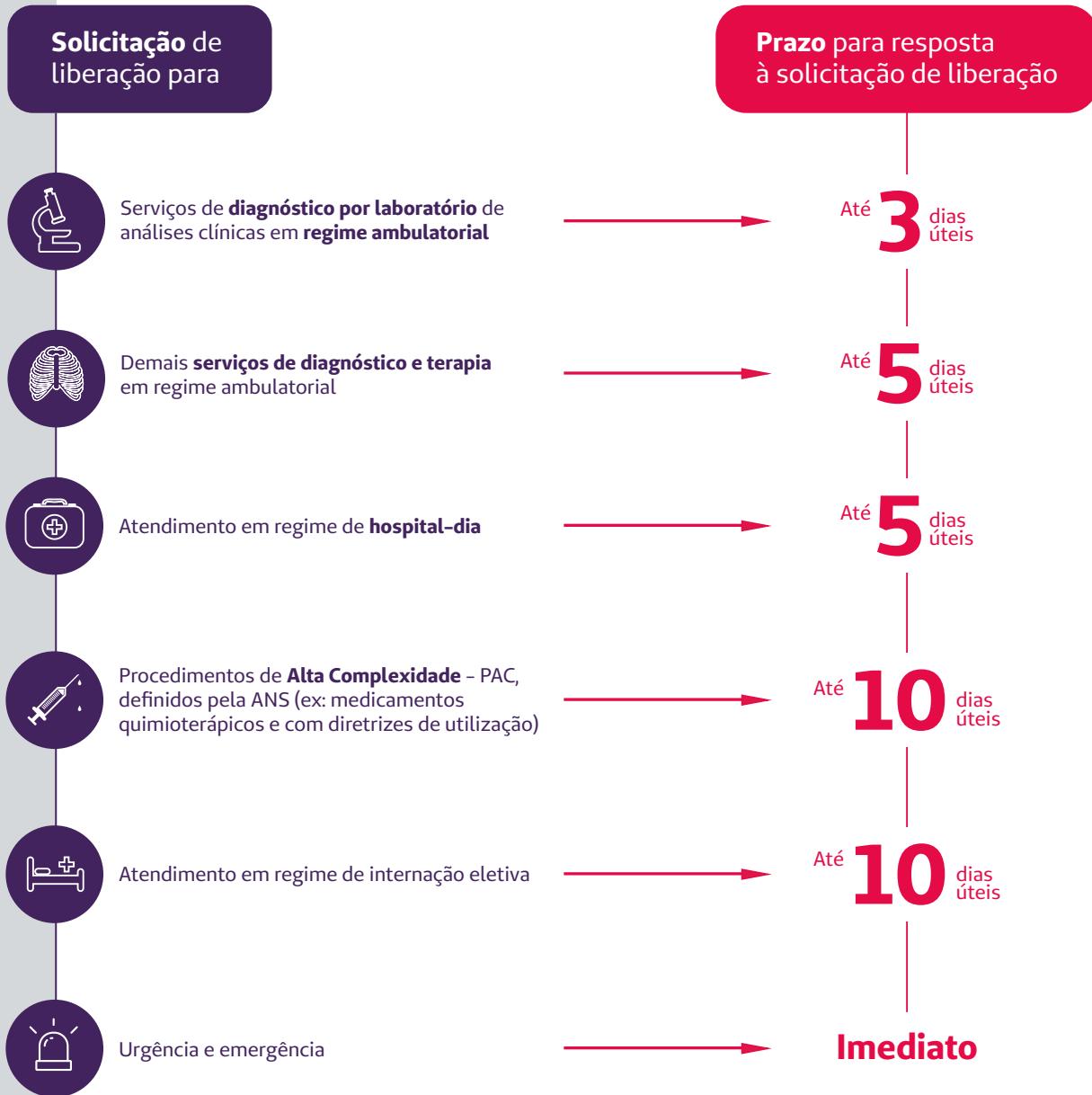
A Unimed cerca você de cuidados pra você não ter preocupações com a sua saúde. Faça o mesmo. Cuide-se bem, viva bem. Com a mente e o corpo em dia, talvez você nem precise da Unimed. Mas ela está sempre aqui para você se sentir ainda mais seguro.



Você conhece os **prazos máximos** para receber respostas às suas solicitações de procedimentos e serviços



A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) determina, por meio da **Resolução Normativa nº 395**, condutas que garantam qualidade e transparência no atendimento aos beneficiários. Dentre as regras estabelecidas, estão os prazos para resposta aos pedidos de liberação, conforme detalhado ao lado: ►



PRAZOS MÁXIMOS PARA O ATENDIMENTO



Para garantir a qualidade e a agilidade do seu atendimento dentro dos prazos ao lado mencionados, é fundamental que você apresente a documentação necessária quando solicitada.

Para ser atendido dentro dos prazos, você deverá ter cumprido os períodos de carência previstos em seu contrato.

Esses prazos valem para o atendimento por um dos profissionais ou estabelecimentos de saúde da rede conveniada ao plano, na especialidade necessária, e não para o atendimento por um profissional ou estabelecimento específico, da preferência do beneficiário.

Confira os prazos máximos para atendimento dos beneficiários, observando a área de abrangência contratada no seu plano.

Serviços	Prazo máximo para o atendimento (dias úteis)
Consulta básica - pediatria, clínica médica, cirurgia geral, ginecologia e obstetrícia	07 (sete)
Consulta nas demais especialidades	14 (catorze)
Consulta / sessão com fonoaudiólogo	10 (dez)
Consulta / sessão com nutricionista	10 (dez)
Consulta / sessão com psicólogo	10 (dez)
Consulta / sessão com terapeuta ocupacional	10 (dez)
Consulta / sessão com fisioterapeuta	10 (dez)
Consulta e procedimentos realizados em consultório / clínica com cirurgião-dentista	07 (sete)
Serviços de diagnóstico por laboratório de análises clínicas em regime ambulatorial	03 (três)
Demais serviços de diagnóstico e terapia em regime ambulatorial	10 (dez)
Procedimentos de alta complexidade (PAC)	21 (vinte e um)
Atendimento em regimento hospital-dia	10 (dez)
Atendimento em regime de internação eletiva	21 (vinte e um)
Urgência e emergência	Imediato
Consulta de retorno	A critério do profissional responsável pelo atendimento

CENTRAL DE AGENDAMENTO



Para agilizar e garantir atendimento com as especialidades médicas cooperadas e serviços credenciados, os beneficiários da Unimed Paraná dispõem 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 041 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 041 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.

Nos casos de urgência envolvendo complicação no processo gestacional, se o beneficiário estiver em período de carência para internações e para o parto 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. Ainda em relação a complicações no processo gestacional, se o beneficiário estiver em período de carência apenas para o parto, mas já tiver cumprido a carência para internações, haverá cobertura de atendimento nos regimes ambulatorial e hospitalar.

POR QUE É IMPORTANTE LER O CONTRATO?



Certifique-se de seus direitos e deveres, informando-se em detalhes sobre os benefícios do plano contratado por você diretamente, ou mesmo por meio de sua empresa ou entidade representativa. O cliente que paga um plano de saúde tem direito a tudo aquilo que contratou. A Unimed, em nenhum momento, se nega a cumprir o que está definido em contrato, mutuamente acertado. No entanto, é importante frisar: o plano deve ser utilizado com consciência. Ele não é um bem de consumo, ele consiste num benefício. A receita que uma pessoa gera, cobre as despesas de outro cliente, e vice-versa. Se não fosse assim, sua sustentação (para as operadoras de planos de saúde e para os próprios beneficiários) seria impossível.

A sua utilização correta ajuda a minimizar os custos e os índices de reajustes futuros, mantendo o equilíbrio entre receitas e despesas. Quando se fala em utilização correta, não se quer dizer restrição à consulta e acesso aos exames necessários. Significa, apenas, não repetir procedimentos desnecessários e buscar cuidar de seu cartão de saúde, como se fosse um cartão de crédito. Ele não é infinito, porque os recursos em saúde não o são.

Inclui também não ficar mudando de especialistas infinitamente. Se o diagnóstico de um determinado sintoma está difícil, duas opiniões, ou no máximo três, podem ser suficientes. Nosso pedido é apenas para que possamos dizer não ao desperdício. Afinal, desperdício em saúde significa, invariavelmente, deixar alguém sem o atendimento adequado. E quanto mais acontecer o uso inadequado do plano de saúde, mais transtornos poderão ocorrer para a operadora de seu plano e também para você.

QUAL É O PLANO QUE ADQUIRI?

DICA UNIMED

Seus exames valem muito.

Fazer exames exige tempo e é um pouco desconfortável. E se o seu plano tem coparticipação, uma parte do custo é cobrada de você. Por isso, seus exames são valiosos. Guarde todos e leve para o seu médico na próxima consulta. Ele vai avaliar se você precisa de novos exames. Às vezes, os que você já fez são o suficiente.



Quanto ao tipo de contratação

- a) **Individual ou Familiar** – Permite livre adesão de beneficiários, com ou sem grupo familiar
- b) **Coletivo Empresarial** – Permite adesão da população que é vinculada à pessoa jurídica, por relação empregatícia ou estatutária (servidores públicos no regime da Lei 8.112/90 e leis congêneres)
- c) **Coletivo por Adesão** – Permite adesão da população que mantém vínculo com pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou social, como sindicatos, associações, cooperativas e fundações

Quanto à abrangência geográfica

- a) Nacional
- b) Estadual
- c) Municipal
- d) Grupo de Municípios
- e) Grupo de Estados

Quanto à formação do preço

- a) **Pré-pagamento (pré-estabelecido)** – Quando o valor da mensalidade é calculado antes da utilização da cobertura contratada
- b) **Pós-pagamento em custo operacional (pós-estabelecido em custo operacional)** – Quando o valor da mensalidade é calculado após a utilização da cobertura contratada e o total de despesas é repassado à pessoa jurídica contratante
- c) **Pós-pagamento em rateio (pós-estabelecido em rateio)** – Quando o valor da mensalidade é calculado após a utilização da cobertura contratada e o total de despesas é dividido, pela operadora ou pela pessoa jurídica contratante, entre todos os beneficiários do plano, independente da utilização da cobertura

Quanto ao fator moderador

- a) **Coparticipação** – Quando o beneficiário paga parte da despesa assistencial diretamente à operadora, após a realização do procedimento
- b) **Franquia** – Quando o beneficiário paga parte da despesa assistencial diretamente ao prestador da rede credenciada, no ato da utilização do serviço
- c) **Sem fator moderador** – Quando o beneficiário não participa no pagamento de cada procedimento realizado

Quanto à época da contratação

- a) **Regulamentados** (contratos firmados a partir de 02/01/1999, depois da vigência da Lei 9.656/98)
- b) **Não-regulamentados** (contratos firmados antes de 02/01/1999, antes da vigência da Lei 9.656/98)
- c) **Adaptados** (contratos firmados antes de 02/01/1999, mas que foram editados para ajustá-los à cobertura da Lei 9.656/98 e demais normas da ANS – Agência Nacional de Saúde)

Quanto ao padrão de acomodação

- a) Enfermaria (Acomodação coletiva)
- b) Apartamento (Acomodação individual)

DICA
UNIMED

Você precisa mesmo de pronto-socorro?

Os pronto-socorros dos hospitais precisam estar livres para os casos de emergência. Se você tiver algum sintoma que possa esperar, procure o seu médico de confiança. Ele tem o seu histórico. E você vai ajudar alguém que realmente precisa de um pronto-socorro.

QUAL A ÁREA DE ABRANGÊNCIA DE MEU PLANO?

DICA UNIMED

Viver bem: o melhor remédio.

Não tem segredo: para viver mais e melhor você deve ter bons hábitos. Praticar atividades físicas, buscar o equilíbrio, seguir uma dieta saudável e dormir bem. É por isso que a Unimed promove a saúde e a qualidade de vida acima de tudo.



Vai depender da abrangência geográfica contratada. Observe se o seu plano é local, estadual ou nacional.

Verifique o seu contrato ou tire dúvidas na sua Unimed ou no RH de sua empresa, se o seu plano for coletivo.

Importante:

Cessados os prazos de cobertura legal, a responsabilidade financeira pelo internamento e demais procedimentos necessários passa a ser do contratante, restando somente à Operadora a responsabilidade de remoção, caso sua continuidade se dê pelo SUS.

O Plano de Referência constitui exceção às regras acima previstas, pois garante atendimento em regime ambulatorial e hospitalar, nos casos de urgência e emergência, completadas as 24 horas de adesão ao plano.

Urgência	Emergência
Plano ambulatorial	
Atendimento limitado às primeiras 12 horas em ambulatório	Atendimento limitado às primeiras 12 horas em ambulatório
Plano hospitalar sem obstetrícia	
Acidentes pessoais: atendimento integral	Carência cumprida (180 dias): atendimento integral
Complicações no processo gestacional: Atendimento limitado às primeiras 12 horas em ambulatório	Carência a cumprir (após 24 horas): atendimento limitado às primeiras 12 horas em ambulatório
Plano hospitalar com obstetrícia	
Acidentes pessoais: atendimento integral	Carência cumprida (180 dias): atendimento integral
Complicações no processo gestacional, com carência cumprida (180 dias): atendimento integral	Carência a cumprir (após 24 horas): atendimento limitado às primeiras 12 horas em ambulatório
Complicações no processo gestacional, com carência a cumprir (após 24 horas): atendimento limitado às primeiras 12 horas em ambulatório	
Plano referência	
Atendimento integral	Atendimento integral

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 adaptados 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?

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.



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.

Dúvidas:

SAC **0800 041 4554**

SAC deficientes auditivos **0800 642 2009**

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?

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.



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.

COMO FIÇA 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 deverá cumprir carência pelo período que ainda falta ser cumprido pelo representante legal.

Se o plano não possuir cobertura obstétrica, o recém-nascido poderá ser inscrito como dependente, no entanto, precisará cumprir os prazos de carência.

Após os primeiros 30 dias, a contar do seu nascimento, o recém-nascido 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.

Obs.: No caso dos planos coletivos, o beneficiário pode requerer cópias das cláusulas contratuais, referendadas no guia de leitura contratual, à Operadora ou ao RH da empresa.

PORTAL DE SERVIÇOS

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.



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/web/parana/fale-conosco



DIREITOS E DEVERES DOS BENEFICIÁRIOS



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

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.

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 link <https://www.unimed.coop.br/home/fale-com-a-unimed>



SAC **0800 041 4554**

SAC deficientes auditivos **0800 642 2009**

OUVIDORIA DA UNIMED PARANÁ

- ▶ A **Ouvidoria** é um canal de relacionamento de segunda instância. Diferenciado, em função das suas características de autonomia, independência e imparcialidade, ele não substitui e nem invalida a atuação dos canais de primeira instância existentes hoje na Unimed, mas está sempre pronto a atendê-lo(a) caso não tenha obtido sucesso em seu contato junto aos demais canais. O prazo para resposta é de 7 (sete) dias úteis, sendo admitido pactuar prazo superior, nos casos excepcionais ou de maior complexidade.

Por se tratar de um atendimento em segunda instância preencha o formulário específico no site da Ouvidoria:

<https://www.unimed.coop.br/site/web/parana/ouvidoria>



Lembre-se: é obrigatório informar o número do protocolo finalizado no primeiro atendimento ou, na ausência deste, no campo “digite sua mensagem” insira a data, local, nome do atendente e canal de comunicação utilizado para o primeiro atendimento.

The background features a large teal shape on the right side, with a white wavy pattern on the left. The top and bottom are divided into orange and yellow sections. The text is centered within the teal area.

Contato
das Unimeds
do Paraná



Unimed Apucarana

www.unimedapucarana.coop.br
(43) 3420-8500



Unimed Cascavel

www.unimedcascavel.coop.br
(45) 3220-7000



Unimed Costa Oeste

www.unimedcostaoeste.com.br
(45) 3277-8000



Unimed Curitiba

www.unimedcuritiba.com.br
(41) 3021-9100



Unimed de Cianorte

www.unimed.com.br/cianorte
(44) 3351-2600



Unimed Foz do Iguaçu

www.unimedfoz.com.br
(45) 2102-7600



Unimed Francisco Beltrão

www.unimed.coop.br/franciscobeltrao
(46) 3520-5834



Unimed Guarapuava

www.unimed.coop.br/guarapuava
(42) 3621-7500

**Unimed Londrina**

www.unimedlondrina.com.br
(43) 3375-6161

**Unimed Noroeste do Paraná**

www.unimedumr.com.br
(44) 3623-3883

**Unimed Norte do Paraná**

www.unimed.coop.br/nortedoparana
(43) 3520-3000

**Unimed Norte Pioneiro**

www.unimed.coop.br/nortepioneiro
(43) 3511-2000

**Unimed Oeste do Paraná**

www.unimedmedianeira.com.br
(45) 3240-8200

**Unimed Paranaguá**

www.unimedparanagua.com.br
(41) 3420-7000

**Unimed Paranavaí**

www.unimedparanavai.com.br
(44) 3421-1100

**Unimed Pato Branco**

www.unimedpbco.com.br
(46) 2101-3000

**Unimed Ponta Grossa**

www.unimedpg.com.br
(42) 3220-7000

**Unimed Reg. de Campo Mourão**

www.unimed.coop.br/campomourao
(44) 3518-7000

**Unimed Regional Maringá**

www.unimedmaringa.com.br
0800 643 0027

**Unimed Riomafra**

www.unimed.coop.br/riomafra
(47) 3642-1624

**Unimed Vale do Iguaçu**

www.unimed.coop.br/valedoiguacu
(42) 3521-7600

**Vale do Piquiri**

www.unimed.coop.br/valedopiquiri
(44) 3649-5251



“

Rede Prestadora de Serviço.

A possibilidade de escolha dos beneficiários é restrita à relação de prestadores de serviços disponível no endereço eletrônico **www.unimed.coop.br**, de acordo com a rede de atendimento expressa no Cartão do beneficiário. Para ter acesso a sua rede, cada beneficiário deve preencher adequadamente no site o número do seu cartão do beneficiário ou solicitá-la diretamente à SUA EMPRESA (planos coletivos).

”

PORTABILIDADE



RN nº 438 e IN/DIPRO nº 56

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 todos os tipos de planos de saúde, contratados a partir de 02/01/1999, uma vez cumpridos os requisitos trazidos na RN 438/18. A nova regra está vigente desde junho/2019.

Confira, a seguir, os requisitos para mudar de plano sem cumprir novas carências e saiba como fazer a portabilidade.

QUAIS SÃO OS REQUISITOS PARA MUDAR DE PLANO SEM CUMPRIR NOVAS CARÊNCIAS PARA OS SERVIÇOS DE SAÚDE?

O plano atual deve ter sido contratado após **1º de janeiro de 1999** ou ter sido adaptado à Lei dos Planos de Saúde (Lei nº 9.656/98).

- O contrato deve **estar ativo**, ou seja, o plano atual não pode estar cancelado.
- O beneficiário **deve estar em dia com o pagamento** das mensalidades.
- O beneficiário deve cumprir o **prazo mínimo** de permanência no plano:

- **1ª Portabilidade** – 2 anos no plano de origem ou 3 anos se tiver cumprido Cobertura Parcial Temporária (CPT) para uma Doença ou Lesão Preexistente.
- **2ª Portabilidade** – Se já tiver feito portabilidade para um plano antes, o prazo de permanência exigido é de pelo menos 1 ano ou de 2 anos caso tenha feito portabilidade para o plano atual com coberturas não previstas no plano anterior.

O plano de destino deve ter **preço compatível** com o seu plano atual (veja a seguir sobre planos compatíveis)

Portabilidade Cobertura Parcial Temporária (CPT) é a suspensão da cobertura, por um período ininterrupto de até 24 meses, de procedimentos de alta complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes (DLP) declaradas pelo beneficiário ou pelo seu representante legal no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde.

QUANDO PODE SER SOLICITADA A PORTABILIDADE DE CARÊNCIAS?

Após cumprido o prazo mínimo de permanência no plano (ver o item requisitos), a portabilidade pode ser solicitada a **qualquer tempo**.

Se o beneficiário estiver internado, a portabilidade só pode ser requerida **após alta da internação**.

O beneficiário deverá se dirigir à operadora ou à administradora de benefícios responsável pelo plano de destino, com todos os documentos necessários, e solicitar a portabilidade.

COMO SABER QUAIS SÃO OS PLANOS COMPATÍVEIS PARA PORTABILIDADE?

Para um plano ser considerado compatível, ele deve estar em faixa de preço **igual ou menor** que a do seu plano atual (as faixas de preço são definidas pela ANS).

Para consultar os planos compatíveis com o seu plano atual, acesse **o Guia ANS de Planos de Saúde** no portal da ANS. A ferramenta faz, automaticamente, a comparação entre os planos de acordo com o valor da mensalidade.

Casos em que não é exigida a compatibilidade por faixa de preço:

- Quando o plano de origem tem formação de preço **pós-estabelecida** ou **mista** (plano que não possui valor de mensalidade fixo).
- Quando a portabilidade for realizada de um plano empresarial para outro plano empresarial.

PORTABILIDADE

- Nas portabilidades especiais e extraordinárias.
- Nas situações específicas de portabilidade por extinção do vínculo do beneficiário (ver a seguir).

(FIQUE ATENTO) O plano de destino pode ter coberturas não previstas no plano atual. Neste caso, você poderá cumprir carência para as novas coberturas limitada a:

- 300 dias para parto;
- 180 dias para as demais coberturas (internação, exames, consultas); e
- 24h para casos de urgência e emergência.

É POSSÍVEL FAZER A PORTABILIDADE PARA UM PLANO COM TIPO DIFERENTE DE CONTRATAÇÃO?

Você pode mudar para um plano de saúde de tipo de contratação diferente do seu plano atual (por exemplo: de um plano individual para um plano coletivo e vice-versa). Mas, ao solicitar a portabilidade para um plano coletivo, é preciso observar se você está apto a fazer parte do contrato já em curso. Veja as condições:

Planos coletivos por adesão:

- Ter vínculo com a pessoa jurídica contratante do plano de saúde (associação de caráter profissional, classista ou setorial).

Planos coletivos empresariais:

- Ter vínculo empregatício ou estatutário com a empresa contratante do plano de saúde;
- Ser ou possuir vínculo com um empresário individual contratante do plano de saúde.

SITUAÇÕES ESPECÍFICAS DE PORTABILIDADE:

Há casos em que o beneficiário **fica dispensado** de cumprir alguns requisitos para efetuar a portabilidade de carências previstos nas regras gerais. Nessas situações, a portabilidade pode ser solicitada dentro de **60 dias** a partir do momento em que o beneficiário toma conhecimento do cancelamento do plano atual (plano de origem). Confira abaixo os casos específicos e as regras:

SITUAÇÕES

1. O plano coletivo foi cancelado pela operadora ou pela pessoa jurídica contratante (empresa ou associação)
2. O titular do plano faleceu
3. O titular foi desligado da empresa (por demissão com ou sem justa causa, exoneração, aposentadoria, ou pediu demissão)
4. O beneficiário perdeu a condição de dependente no plano do titular

COMO FICAM AS REGRAS?

Vínculo: O beneficiário não precisa estar com o contrato ativo.

Permanência: O beneficiário não precisa ter cumprido o prazo de permanência mínima, mas se estiver há menos de 300 dias no plano, estará sujeito aos períodos de carência do plano de destino (quando cabíveis) descontados do tempo em que permaneceu no plano de origem.

CPT: Se estiver cumprindo CPT, o beneficiário só precisa cumprir o prazo remanescente.

Compatibilidade: Não se aplica a regra de compatibilidade por faixa de preço. O beneficiário pode mudar para qualquer plano independentemente do valor da mensalidade.

PORTABILIDADE

A quem se aplica: Tanto o titular quanto os dependentes têm direito à portabilidade.

Data de contratação: O plano atual (plano de origem) pode ter sido contratado antes de 1º/01/1999 e não ter sido adaptado à Lei 9.656/98.

PORTABILIDADE ESPECIAL:

Quando uma operadora de planos de saúde está em fase de encerramento das atividades (por cancelamento de registro ou liquidação extrajudicial), a ANS concede a todos os seus beneficiários o direito de exercer a **portabilidade especial de carências** para plano de outra operadora.

Nesses casos, **não se aplica a regra de compatibilidade por faixa de preço e não é necessário ter cumprido prazo mínimo de permanência** no plano de origem.

A portabilidade especial também vale para os beneficiários que tiveram o contrato cancelado (pela operadora ou por iniciativa própria) até 60 dias antes da concessão da portabilidade pela ANS.

QUE DOCUMENTOS É PRECISO APRESENTAR PARA REALIZAR A PORTABILIDADE DE CARÊNCIAS?

1. Comprovante de pagamento das três últimas mensalidades ou das três últimas faturas, se for plano na modalidade de pós pagamento, OU declaração da operadora do plano de origem ou do contratante informando que o beneficiário está em dia com as mensalidades;
2. Comprovante de prazo de permanência: proposta de adesão assinada OU contrato assinado OU declaração da operadora do plano de origem* ou do contratante do plano atual;
3. Relatório de compatibilidade (terá validade de 5 dias a partir da emissão do protocolo) entre os planos de origem e destino OU nº de protocolo, ambos emitidos pelo Guia ANS de Planos de Saúde;
4. Se o plano de destino for coletivo, comprovante de que está apto para ingressar no plano. No caso de empresário individual, comprovante de atuação para contratação de plano empresarial.

PRAZO DA OPERADORA: A operadora do plano de destino (novo plano) tem até 10 dias para analisar o pedido de portabilidade. Caso a operadora não responda ao pedido após esse prazo, a portabilidade será considerada válida.

CANCELAMENTO DO PLANO DE ORIGEM

Depois que você já estiver no novo plano, não se esqueça de solicitar o cancelamento do seu plano anterior diretamente à operadora responsável no **prazo de cinco dias**. Guarde seu comprovante e encaminhe uma cópia para a operadora de destino.

Se você não solicitar o cancelamento nesse prazo, estará sujeito ao cumprimento de carências no novo plano por descumprimento das regras.

OUTRAS INFORMAÇÕES IMPORTANTES!

- A portabilidade de carências é um direito garantido aos beneficiários de planos de saúde **individualmente**, não sendo necessário que todos os membros do contrato ou do grupo familiar exerçam a portabilidade simultaneamente.

PORTABILIDADE

- O valor de mensalidade para verificação da compatibilidade refere-se ao **valor pago pelo beneficiário** que está realizando a consulta e não ao valor total do grupo familiar.
- Os planos de operadoras em fase de **cancelamento de registro** ou de **saída do mercado** já determinada pela ANS não podem receber beneficiários por portabilidade de carências.
- Não pode haver **cobrança adicional** ou específica ao beneficiário pelo exercício da portabilidade e não pode haver **discriminação de preços** de planos pela utilização da regra de portabilidade de carências.
- Na portabilidade de carências, é proibido o **preenchimento de novo formulário de Declaração de Saúde**, salvo nos casos em que o novo plano (plano de destino) tenha coberturas que não estavam previstas no plano de origem (ver Cobertura Parcial Temporária).
- A portabilidade de carências pode ser realizada por beneficiários durante ou após o término do **período de remissão** previsto no contrato de origem.

O presente texto é uma adaptação da cartilha sobre portabilidade de carências da ANS, disponível no link:< http://www.ans.gov.br/images/stories/noticias/pdf/Cartilha_Final.pdf>. Acesso em 09 de agosto de 2019.

AUDITORIA

(Resolução CFM nº 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: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/pareceres/br/2011/44>

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>

A yellow background with a white arrow pointing right from the left edge. The arrow is positioned vertically in the center of the page.

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

Olá . Eu sou a

JULIA

assistente virtual da
Unimed Paraná



Estou disponível 24 horas por dia,
veja no que eu posso te ajudar



-  Esclarecimentos e triagem COVID-19
-  Demonstrativo de pagamento para declaração do IR
-  Liberação de guias por foto
-  Liberação de guias
-  Guia médico
-  2ª via de boletos
-  Carteirinha virtual
-  Extrato de coparticipação e de utilização

**Vamos bater
um papo? _**



WhatsApp

0800 041 4554

pode me adicionar e mandar uma mensagem que eu respondo rapidinho :)



Site

unimed.coop.br/parana



Aplicativo

Unimed Cliente PR

disponível para Android e IOS



CUIDAR DE VOCÊ. ESSE É O PLANO.

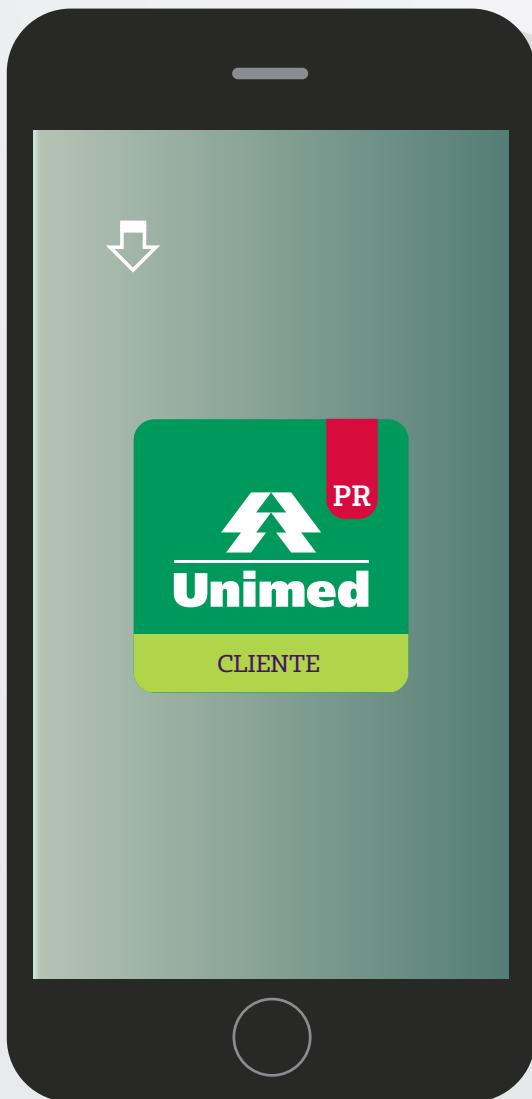




Unimed Cliente PR

Baixe agora e aproveite todas as funcionalidades do app!

- Guia médico (consultórios, clínicas, hospitais, médicos...)
- Cartão virtual
- Segunda via de boleto
- Extrato de utilização
- Simulação e extrato de coparticipação
- Consulta a autorizações e liberações de guias
- Dados cadastrais
- Notícias, entre outras funcionalidades



CUIDAR DE VOCÊ. ESSE É O PLANO.



Material desenvolvido por:

CUIDAR DE VOCÊ. ESSE É O PLANO.



Última atualização:
Dezembro 2020

CUIDAR DE VOCÊ. ESSE É O PLANO.



Manual do _____ Cliente Unimed



ANS-nº322571

www.unimed.coop.br/guarapuava

Rua Capitão Rocha, .1263 - 85.010-270

Centro - Guarapuava-PR - T. (42) 3621-7500

SAC 0800 041 4554 Deficientes auditivos 0800 642 2009