



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	REAJUSTE DE MENSALIDADES.....	34
SEU CARTÃO DO BENEFICIÁRIO	8	EM QUE SITUAÇÕES TENHO DIREITO AO REEMBOLSO E COMO DEVO PROCEDER?	38
QUAIS CUIDADOS DEVO TER COM O PLANO E O MEU CARTÃO UNIMED?	10	COMO ACONTECEM AS INCLUSÕES E EXCLUSÕES DE BENEFICIÁRIOS?.....	39
COMO ACESSAR O GUIA MÉDICO?	12	QUEM PODE SER DEPENDENTE?.....	40
LEGENDA DOS ÍCONES DOS ATRIBUTOS DE QUALIFICAÇÃO	14	COMO FICA A INCLUSÃO DOS RECÉM-NASCIDOS E RECÉM-CASADOS?	41
COMO FAZER UMA CONSULTA?	15	PORTAL DE SERVIÇOS	42
COMO FAZER EXAMES E PROCEDIMENTOS?	16	DIREITOS E DEVERES DOS BENEFICIÁRIOS.....	43
COMO FAZER INTERNAMENTOS ELETIVOS?	17	SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO CLIENTE.....	44
PRAZOS MÁXIMOS PARA O ATENDIMENTO	20	CANAIS DE CONTATO PESSOA JURÍDICA.....	45
CENTRAL DE AGENDAMENTO.....	22	OUVIDORIA DA UNIMED MARINGÁ	46
AUTORIZAÇÃO DE EXAMES E PROCEDIMENTOS.....	23	CONTATO DA UNIMED MARINGÁ	47
COBERTURAS, CARÊNCIAS E CPT.....	24	REDE PRESTADORA DE SERVIÇO.....	51
REMOÇÃO TERRESTRE E AÉREA.....	26	PORTABILIDADE	52
URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS	28	AUDITORIA	57
POR QUE É IMPORTANTE LER O CONTRATO?.....	29	INATIVOS.....	58
QUAL É O PLANO QUE ADQUIRI?.....	30	MARI, ASSISTENTE VIRTUAL	62
QUAL A ÁREA DE ABRANGÊNCIA DE MEU PLANO?.....	32	APLICATIVO UNIMED	64



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 Maringá

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 o cartão 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 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

Diagrama do cartão Unimed com campos e informações:

- Nome do cliente
- Data de nascimento do cliente
- Identificação cliente
- Nome da Unimed
- Nome do produto e tipo de contratação ("Individual ou Familiar", "Coletivo Empresarial" ou "Coletivo por Adesão")
- Área de utilização do plano, respeitada a rede contratada/cooperada
- Nome do produto e tipo de contratação
- TIPO DE CONTRATAÇÃO
- QR Code: código de barras bidimensional com informações relevantes para o atendimento
- Código da Rede de Atendimento/Tipo de Prestador que o cliente tem direito
- Local de atendimento
- Nome Contratante
- Nome do Beneficiário
- Data de Nascimento
- INDIVIDUAL
- NÃO HÁ
- Cobertura Parcial Temporária
- Código da via do cartão
- Data da validade do cartão
- Plano ("Regulamentado"/"Não Regulamentado"/"Adaptado")
- Segmentação Assistencial do Plano
- Vigência do plano
- Data de término de vigência da Cláusula de Cobertura Parcial Temporária para doenças/lesões preexistentes

VERSO

Diagrama do verso do cartão Unimed com campos e informações:

- 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.
- Área de atuação
- Grupos de procedimentos com carências a cumprir
- Número de telefone do SAC
- SAC/Informações: 0800 000 000
- ANS - nº XXXXX
- Cód. Prod. ANS: 00000000000000000000
- CNS 0000000000000000
- 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, ou, ao invés de seu cartão físico, utilize seu Cartão Virtual, disponível no aplicativo Unimed PR, no topo do APP.
- 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 com a nossa Central de Relacionamento com o Cliente **0800 643 0027**.
- Mantenha seus dados cadastrais sempre atualizados (endereço, telefone, e-mail entre outras informações). Na ocorrência de qualquer alteração, entre no site: **www.unimedmaringa.com.br** acessando o Portal do Cliente ou entre em contato com a Central de Relacionamento com o Cliente.
- Seus dados também podem ser atualizados pelo APP Unimed PR, de forma prática e simples: clique em 'Minha Unimed', 'Cadastro' e altere os campos necessários. Manter seus dados atualizados é muito importante.

• Importante:

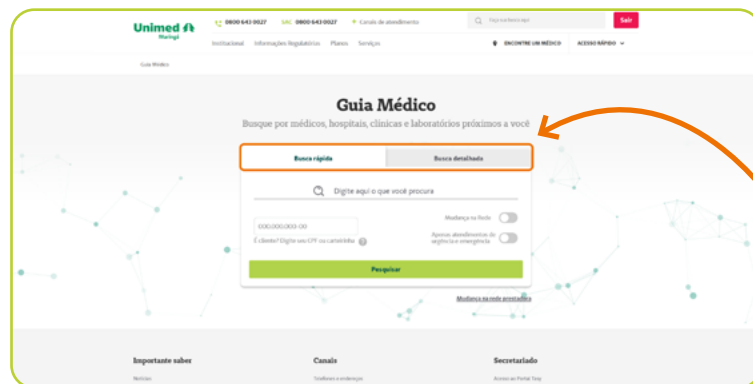
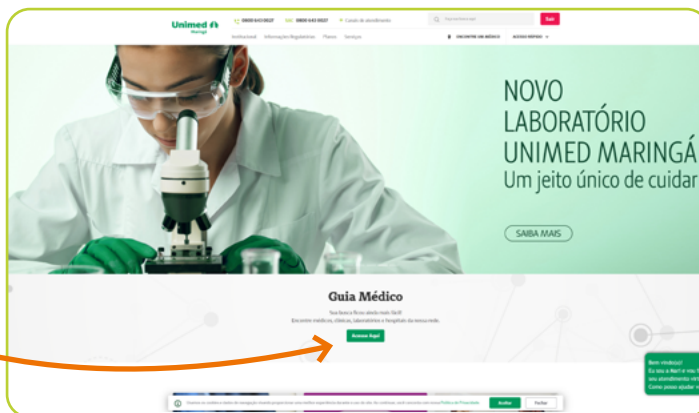
Em caso de roubo, extravio do cartão ou mais informações, entre em contato. Caso haja qualquer problema com o cartão, solicite a substituição imediatamente por meio do nosso serviço de atendimento ao cliente.



COMO ACESSAR O GUIA MÉDICO?

1.

Acesse o Guia Médico, localizado no início da primeira página do site unimedmaringa.com.br. Na sequência, clique em “Acesse aqui.”



2.

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

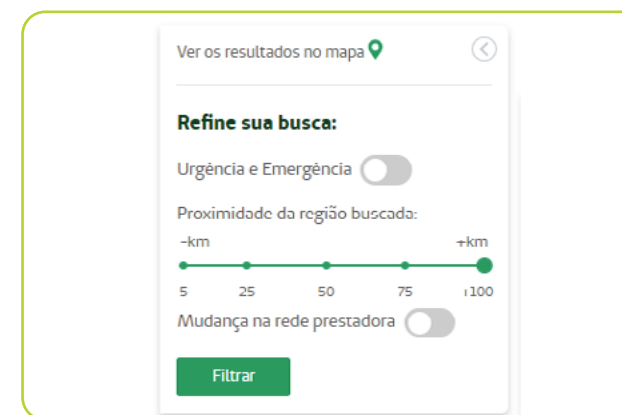
3.

Preencha os campos correspondentes e clique em “Pesquisar”



4.

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



LEGENDA DOS ÍCONES DOS ATRIBUTOS DE QUALIFICAÇÃO

 Urgência e Emergência

 Substituição de Prestador

 Recurso Próprio

 Programa de Acreditação

 Certificação de Entidades Gestoras de outros Programas de Qualidade

 Comunicação de eventos adversos

 Residência

 Título de Especialista

 Qualidade Monitorada

 Certificação ISO 9001

 Pós-graduação Lato Senso

 Mestrado

 Doutorado/Pós-Doutorado

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 alteração do sistema de liberação de exames e procedimentos, a sua solicitação será realizada no próprio consultório médico. Após a consulta, o processo de acompanhamento da liberação pode ser acompanhado no site, pelo Portal do Cliente ou no aplicativo Unimed PR. Em alguns casos, será necessária a auditoria médica presencial.

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: ►

Solicitação de liberação para



Serviços de **diagnóstico por laboratório** de análises clínicas em **regime ambulatorial**



Demais **serviços de diagnóstico e terapia** em regime ambulatorial



Atendimento em regime de **hospital-dia**



Procedimentos de **Alta Complexidade** – PAC, definidos pela ANS (ex: medicamentos quimioterápicos e com diretrizes de utilização)



Atendimento em regime de internação eletiva



Urgência e emergência

Prazo para resposta à solicitação de liberação

Até **3** dias úteis

Até **5** dias úteis

Até **5** dias úteis

Até **10** dias úteis

Até **10** dias úteis

Imediato

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 cirurgia–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

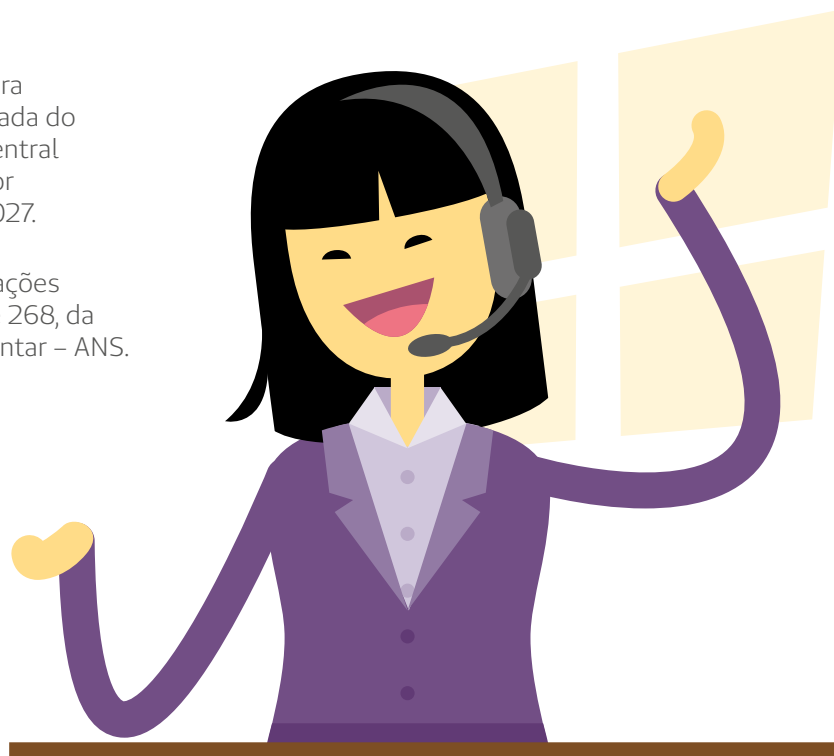
Fonte: site da ANS

CENTRAL DE AGENDAMENTO



Caso encontre dificuldades ou demora para ser atendido pela rede credenciada do Sistema Unimed, basta contatar a Central de Relacionamento com o Cliente por telefone ou WhatsApp: 0800 643 0027.

O atendimento cumpre as determinações das Resoluções Normativas nº 566 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

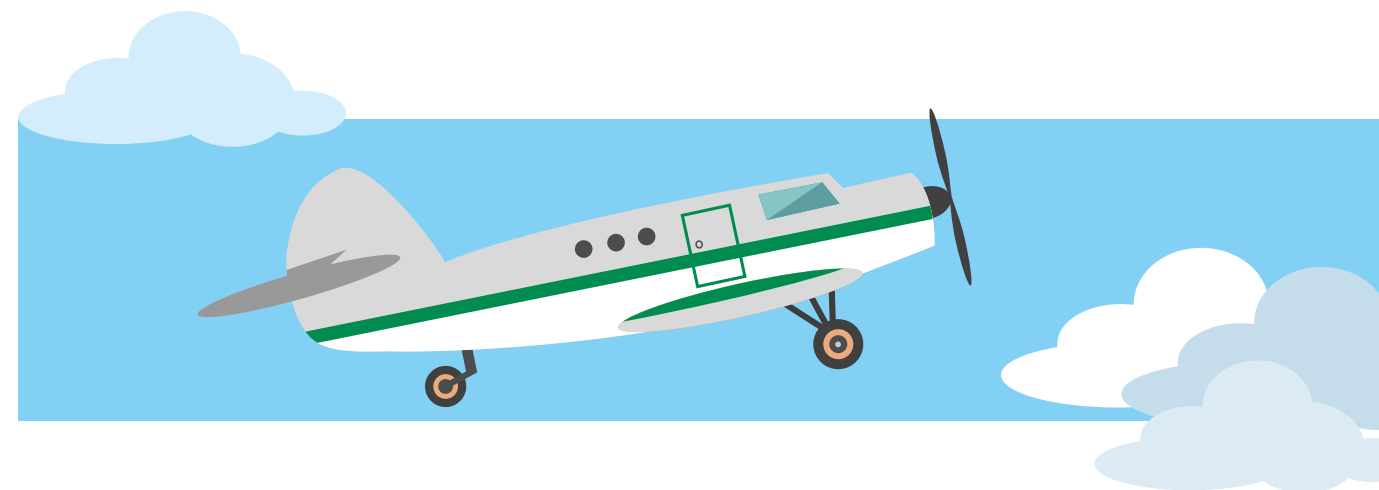
**Para planos coletivos empresarial, consulte o responsável pelo plano de sua entidade*

***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:

Central de Relacionamento com o Cliente:
0800 643 0027.

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

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 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

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 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.

Além de Maringá, nossa área de abrangência se estende aos municípios de Ângulo, Astorga, Atalaia, Doutor Camargo, Florai, Floresta, Flórida, Iguaçu, Itambé, Ivatuba, Lobato, Mandaguaçu, Mandaguari, Marialva, Munhoz de Melo, Nova Esperança, Ourizona, Paçandu, Presidente Castelo Branco, Sarandi, Santa Fé, São Jorge do Ivaí e Uniflor.

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 aditados 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 Maringá 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 no seu contrato (no caso de contratos empresariais, verificar com o RH da sua empresa esta condição) ou na legislação aplicável.

Dúvidas:

0800 643 0027

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 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



Alguns serviços disponíveis on-line:

- Emissão da 2ª via do boleto bancário atualizado
- 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.



Mari Assistente Virtual

Fale com a Mari, através do QR CODE abaixo.



Portal do cliente

A Unimed Maringá disponibiliza um canal exclusivo para que você tenha acesso a informações do seu plano, realize atualizações cadastrais e acompanhe o andamento da sua liberação de exames e procedimentos.

Acesse: www.unimedmaringa.com.br

Portal do cliente > Clique aqui > Escolha Pessoa Física ou Cooperado/Estipulante > Clique aqui > Não sou cadastrado (preencha os campos) > Continuar.

Na sequência, após finalizar o cadastro, você receberá um e-mail para confirmação. Clique no link indicando que aparecerá o menu do Portal do Cliente, para você ter mais facilidade e comodidade.

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

- ▶ A Central de Relacionamento com o Cliente é o canal disponível para o beneficiário realizar a sua primeira manifestação (solicitações, sugestões, elogios, reclamações e dúvidas) junto a Unimed Maringá na página inicial do site em Canais de Atendimento.

Além deste, disponibilizamos também o canal Fale Conosco pelo telefone: **0800 643 0027**.
Ou por e-mail: **faleconosco@unimedmaringa.com.br**



CANAIS DE CONTATOS PESSOA JURÍDICA RELACIONAMENTO EMPRESARIAL

- ▶ O setor de Relacionamento Empresarial possui equipe preparada para atender com qualidade os clientes empresariais.

Os profissionais apoiam-se em informações sobre as demandas, expectativas e necessidades dos clientes, o que garante à Unimed Maringá adequação na oferta de seus produtos e serviços. Além disso, é responsável por:

- Campanhas de inclusão de novas vidas em planos já contratados e comercialização dos serviços adicionais: Unimed Odonto, SOS Área Protegida, SOS Urgência e Emergência, Emergência e Transporte Aéreo;
- Conscientização para uma melhor utilização do plano de saúde;
- Renovação de contratos empresariais.

Canal de contato:
empresa@unimedmaringa.com.br

OUVIDORIA UNIMED MARINGÁ

- A Unimed Maringá, preocupada em oferecer a melhor assistência à saúde aos clientes, instituiu a Ouvidoria, como um canal de mediação para a resolução de sua necessidade.
- Se eventualmente você não obteve sucesso ao buscar solução para seu pedido ou reclamação através das áreas convencionais de atendimento ao cliente, recorra à Ouvidoria Unimed.
- Para alcançar seus objetivos, a atuação da Ouvidoria é norteadada pela mediação, imparcialidade, transparência e autonomia.

Como recorrer à Ouvidoria?

Como unidade de segunda instância, para você ser atendido pela Ouvidoria da Unimed Maringá é imprescindível que já tenha passado por canais tradicionais de atendimento, como o Fale Conosco, atendimento presencial, Central de Relacionamento com o Cliente através do 0800 643 0027 ou outras áreas competentes.

Você pode preencher o formulário através do site ou enviar um e-mail para o contato seguinte:

ouvidoria@unimedmaringa.com.br

Contatos
Unimed
Maringá

Unimed Maringá

Entrada somente para pedestres

Avenida Bento Munhoz da Rocha Netto, 750.
Zona 07. CEP: 87030-010. Maringá, Paraná

Entrada para pedestres e estacionamento

Avenida Advogado Horácio Raccanello Filho, 4530.
Zona 7. CEP: 87045-200. Maringá, Paraná

Telefone: 0800 643 0027

E-mail: faleconosco@unimedmaringa.com.br

Pronto Atendimento | 24h

Entrada somente para pedestres

Avenida Bento Munhoz da Rocha Netto, 750.
Zona 07. CEP: 87030-010. Maringá, Paraná

Entrada para pedestres e estacionamento

Avenida Advogado Horácio Raccanello Filho, 4530.
Zona 7. CEP: 87045-200. Maringá, Paraná

Telefones: 44 3221 4220 – Infantil

Telefones: 44 3221 4210 – Adulto

E-mail: faleconosco@unimedmaringa.com.br

Hospital Geral Unimed Maringá

Avenida Carlos Correa Borges, 887. Conjunto
Inocente Vila Nova Júnior
CEP: 87060-000. Maringá, Paraná
Telefone: 44 3801 2311

E-mail: faleconosco@unimedmaringa.com.br

* Atendimento com horário marcado.

SOS – Urgência e Emergência | 24h

Telefone: 0800 200 9797

SAD – Serviço de Atenção Domiciliar

Telefone: 44 3025 7170

Central de Atendimento ao Cliente

Avenida Prudente de Moraes, 633. Zona 7
CEP: 87020-010. Maringá, Paraná
Telefone: 0800 643 0027
E-mail: faleconosco@unimedmaringa.com.br

Laboratório Unimed Maringá

Avenida Prudente de Moraes, 633. Zona 7
CEP: 87020-010. Maringá, Paraná
E-mail: faleconosco@unimedmaringa.com.br

Vendas

Avenida Bento Munhoz da Rocha Netto, 750.
Zona 07. CEP: 87030-010. Maringá, Paraná
Telefone: 0800 643 0027
E-mail: comercial@unimedmaringa.com.br

Oncologia

Entrada somente para pedestres

Avenida Bento Munhoz da Rocha Netto, 750.
Zona 07. CEP: 87030-010. Maringá, Paraná

Entrada para pedestres e estacionamento

Avenida Advogado Horácio Raccanello Filho, 4530.
Zona 7. CEP: 87045-200. Maringá, Paraná

Telefone: 44 3221 4240

Clínicas de Fonoaudiologia, Psicologia e Nutrição

Entrada somente para pedestres

Avenida Bento Munhoz da Rocha Netto, 750.
Zona 07. CEP: 87030-010. Maringá, Paraná

Entrada para pedestres e estacionamento

Avenida Advogado Horácio Raccanello Filho, 4530.
Zona 7. CEP: 87045-200. Maringá, Paraná

Telefone: 44 3028 8077

Clínica de Fisioterapias

Avenida Prudente de Moraes, 633. Zona 7
CEP: 87020-010. Maringá, Paraná
Telefone: 0800 643 0027

NINHU – Núcleo Integrado de
Neurodesenvolvimento Humanizado da Unimed

Avenida Humaitá, 743. Zona 04
Maringá, Paraná. CEP: 87014-200
Telefone: 44 3221 2723

NINHU – Unidade IMA

Avenida Paranavaí, 874. Zona 06
Maringá, Paraná. CEP: 87070-120
Telefone: 44 3221 2712 | 3354 8623

Redes Unimed

Telefone: 44 3221 2740

Sala de Atendimento ao Médico Cooperado

Telefone: 44 3221 7923



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



Portabilidade é a possibilidade de trocar de 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. A portabilidade é possível desde que o plano de destino seja compatível com o plano atual.

Essa possibilidade vigora para os planos individual e familiares, coletivos por adesão e coletivos empresariais.

As regras de Portabilidade são aplicadas conforme a Resolução Normativa (RN) nº 438 e Instrução Normativa da Diretoria de Normas e Habilitação de Produtos (IN/DIPRO), ambas da Agência Nacional de Saúde.

RESOLUÇÃO NORMATIVA – RN 438, DE 03 DE DEZEMBRO DE 2018.

Art. 3º Para realizar a portabilidade de carências, devem ser atendidos simultaneamente os seguintes requisitos:

I – o vínculo do beneficiário com o plano de origem deve estar ativo;

II – o beneficiário deve estar adimplente junto à operadora do plano de origem;

III – o beneficiário deve ter cumprido 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 ou no mínimo dois anos na hipótese em que o beneficiário tenha exercido a portabilidade para um plano de destino que possuía coberturas não previstas na segmentação assistencial do plano de origem;

IV – o plano de origem deve ter sido contratado após 1º de janeiro de 1999 ou adaptado à Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998;

V – a faixa de preço do plano de destino deve ser igual ou inferior a que se enquadra o plano de origem do beneficiário, considerada a data da consulta ao módulo de portabilidade de carências do Guia ANS de Planos de Saúde;

VI – caso o plano de destino seja de contratação coletiva, o beneficiário deverá possuir vínculo com a pessoa jurídica contratante do plano, nos termos dos artigos 5º e 9º da RN nº 195, de 14 de julho de 2009, ou o beneficiário deverá ser ou possuir vínculo com empresário individual, nos termos da RN nº 432, de 27 de dezembro de 2017.

§ 1º O prazo de permanência previsto no inciso III do caput deste artigo não será exigível do recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, titular ou dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto, ou que tenha sido inscrito no plano de origem como dependente no prazo de 30 (trinta) dias do nascimento ou da adoção, na forma das alíneas “a” e “b” do inciso III do artigo 12 da Lei nº 9.656, de 1998.

§ 2º Em contratos firmados anteriormente à 1º de janeiro de 1999 e adaptados à Lei nº 9656, de 1998, o prazo de permanência previsto no inciso III do caput deste artigo será contado a partir da data da adaptação.

§ 3º O beneficiário que aderir a um novo contrato de uma operadora via oferta pública das referências operacionais e do cadastro de beneficiários, deverá cumprir o prazo de permanência de um ano neste plano para exercício da portabilidade de carências, não se aplicando o requisito previsto no inciso III do caput deste artigo.

§ 4º As faixas de preço previstas no inciso V do caput deste artigo estão definidas em Instrução Normativa editada pela Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos – DIPRO.

PORTABILIDADE

§ 5º Para os planos com formação de preço pós-estabelecido, não será exigível a compatibilidade por faixa de preço prevista no inciso V do caput deste artigo.

§ 6º Quando o plano de origem e o plano de destino forem do tipo de contratação coletivo empresarial, não será exigível a compatibilidade por faixa de preço prevista no inciso V do caput deste artigo.

§ 7º Para os planos exclusivamente odontológicos, considera-se na mesma faixa de preço, prevista no inciso V do caput deste artigo, o plano de destino cuja mensalidade seja menor ou igual à mensalidade do plano de origem acrescida de 30% (trinta por cento).

§ 8º Para fins de contagem do prazo de permanência previsto no inciso III do caput, nos casos em que tenha havido mudança de plano com coberturas idênticas na mesma operadora, sem solução de continuidade entre os planos, será considerado

o período ininterrupto em que o beneficiário permaneceu vinculado à operadora do plano de origem.

Art. 4º A portabilidade de carências deverá ser exercida individualmente pelo beneficiário.

Parágrafo único. Na hipótese de plano de contratação individual ou familiar em que o direito à portabilidade de carências não seja exercido por todos os membros do grupo familiar, será assegurado aos beneficiários já inscritos o direito à manutenção das mesmas condições contratuais, extinguindo-se o vínculo apenas daqueles que exerceram o referido direito.

Art. 5º A portabilidade de carências poderá ser requerida a qualquer tempo pelo beneficiário após o cumprimento do prazo de permanência previsto no inciso III do caput do artigo 3º desta Resolução.

Parágrafo único. Caso o beneficiário esteja internado, a portabilidade de carências somente poderá ser requerida após a alta da internação, ressalvadas as

hipóteses de portabilidade previstas nos artigos 8º, 12 e 13 desta Resolução.

Art. 6º A portabilidade de carências poderá ser exercida por beneficiários que estiverem em gozo do período de remissão, podendo esta ser requerida após o término da remissão ou durante a remissão, que será encerrada a partir do início da vigência do seu vínculo com o plano de destino.

Art. 7º O plano de destino poderá possuir coberturas não previstas na segmentação assistencial do plano de origem, sendo que, nesses casos, poderá ser exigido o cumprimento de períodos de carências para as coberturas não previstas na segmentação assistencial do plano de origem, fixando-se os seguintes períodos de carências:

I – prazo máximo de 300 (trezentos) dias para partos a termo;

II – prazo máximo de 180 (cento e oitenta) dias para cobertura odontológica;

III – prazo máximo de 180 (cento e oitenta) dias para cobertura ambulatorial;

IV – prazo máximo de 180 (cento e oitenta) dias para cobertura hospitalar;

V – prazo máximo de 24 (vinte e quatro) horas para casos de urgência e emergência.

Art. 8º A portabilidade de carências poderá ser exercida em decorrência da extinção do vínculo

de beneficiário e deverá ser requerida no prazo de 60 (sessenta) dias a contar da data da ciência pelo beneficiário da extinção do seu vínculo com a operadora, não se aplicando os requisitos de vínculo ativo, de prazo de permanência, e de compatibilidade por faixa de preço previstos, respectivamente, nos incisos I, III e V do caput do artigo 3º desta Resolução, nas seguintes hipóteses:

I – pelo beneficiário dependente, em caso de morte do titular do contrato, sem prejuízo do disposto no §3º do artigo 30 da Lei nº 9.656, de 1998;

II – pelo beneficiário dependente, em caso de perda da condição de dependência do beneficiário enquadrado no §1º do artigo 3º, no inciso VII do artigo 5º ou no §1º do artigo 9º, todos da RN nº 195, de 2009;

III – pelo beneficiário titular e seus dependentes, em caso de demissão, exoneração ou aposentadoria, tendo ou não contribuído financeiramente para o plano de origem, ou quando do término do período de manutenção da condição de beneficiário garantida pelos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998;

IV – pelo beneficiário titular e seus dependentes, em caso de rescisão do contrato coletivo por parte da operadora ou da pessoa jurídica contratante.

§ 1º Os beneficiários mencionados nos incisos do caput deste artigo que tiveram seu vínculo extinto, deverão ser comunicados pela operadora do plano de origem sobre o direito ao exercício da portabilidade, por qualquer meio que assegure a ciência inequívoca do beneficiário, indicando o valor

PORTABILIDADE

da mensalidade do plano de origem, discriminado por beneficiário, e o início e o fim do prazo disposto no caput.

§ 2º A portabilidade de carências tratada neste artigo poderá ser exercida por beneficiários de planos contratados antes de 1º de janeiro de 1999 e não adaptados à Lei nº 9.656, de 1998, não se aplicando o requisito previsto no inciso IV do caput do artigo 3º desta Resolução.

§ 3º O beneficiário que esteja vinculado ao plano de origem há menos de 300 (trezentos) dias, pode exercer a portabilidade de carências tratada neste artigo, sujeitando-se, quando cabíveis, aos períodos de carências do plano de destino descontados do tempo em que permaneceu no plano de origem, ressalvados os casos previstos no § 8º, do artigo 3º desta Resolução http://intranet/texto_lei.php?id=1728

§ 4º O beneficiário que esteja cumprindo cobertura

parcial temporária no plano de origem, pode exercer a portabilidade de carências tratada neste artigo, sujeitando-se aos respectivos períodos remanescentes no plano de destino.

§ 5º O beneficiário que esteja pagando agravo e que tenha menos de 24 (vinte e quatro) meses de contrato no plano de origem pode exercer a portabilidade de carências tratada neste artigo, podendo optar pelo cumprimento de cobertura parcial temporária referente ao tempo remanescente para completar o referido período de 24 (vinte e quatro) meses, ou pelo pagamento de agravo a ser negociado com a operadora do plano de destino.

Fonte: Agência Nacional de Saúde (ANS)

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 488 de 29 de março de 2022

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: www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/consumidor/aposentados-e-demitido

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 MARI!**

**ASSISTENTE
VIRTUAL UNIMED
MARINGÁ.**



Estou disponível 24 horas por dia, veja como posso te ajudar.

**AGENDAMENTO
ON-LINE**

**SEGUNDA VIA
DO BOLETO**

**STATUS DE
REQUISIÇÃO**

**INFORME DE
RENDIMENTO**

Vamos bater um papo?
0800 643 0027

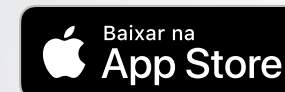
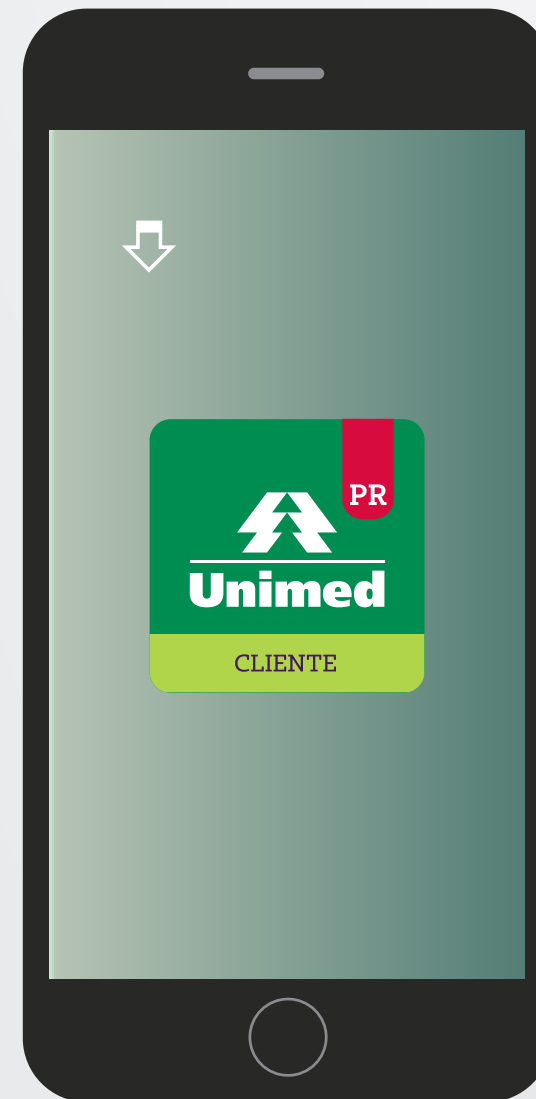
Site:
unimedmaringa.com.br



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:



Última atualização: Março de 2022
Revisão: Junho de 2023 – Unimed Maringá

Unimed 
Maringá

Manual do _____
**Cliente
Unimed**



ANS - n.º 371254