



MANUAL DO

Cliente Unimed

Como usar melhor o
seu **Plano de Saúde**

Unimed 
Maringá

Índice

Cuidar bem faz bem. A Unimed pensa em você.

VOCAÇÃO NÃO É UMA ESCOLHA	6
CARTÃO DO CLIENTE	8
QUAIS OS CUIDADOS QUE DEVO MANTER COM O MEU PLANO E MEU CARTÃO UNIMED?	10
COMO ACESSAR O GUIA MÉDICO?	12
COMO FAZER UMA CONSULTA?	15
COMO FAZER EXAMES E PROCEDIMENTOS?	16
PRAZOS MÁXIMOS PARA O ATENDIMENTO	17
CENTRAL DE AGENDAMENTO	19
AUTORIZAÇÃO DE EXAMES E PROCEDIMENTOS	20
COBERTURAS, CARÊNCIAS E COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT)	21
REMOÇÃO TERRESTRE E AÉREA	23
URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS	25
QUAL A ÁREA DE ABRANGÊNCIA DO MEU PLANO?	27
REAJUSTE DE MENSALIDADES	28

REAJUSTE DE MENSALIDADES PARA PLANOS PESSOA FÍSICA	30
EM QUE SITUAÇÕES TENHO DIREITO AO REEMBOLSO E COMO DEVO PROCEDER?	32
COMO ACONTECEM AS INCLUSÕES E EXCLUSÕES DE BENEFICIÁRIOS?	34
QUEM PODE SER DEPENDENTE?	35
COMO FICA A INCLUSÃO DOS RECÉM-NASCIDOS E RECÉM-CASADOS?	36
PORTAL DE SERVIÇOS	37
CANAIS DE CONTATOS PESSOA JURÍDICA	38
SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO CLIENTE	39
OUVIDORIA	40
PORTAL DO CLIENTE	41
CONTATOS DE SERVIÇOS ASSISTENCIAIS	42
PORTABILIDADE	46
PORTABILIDADE ESPECIAL	48
AUDITORIA	49
PLANO DEMITIDO/APOSENTADO	50
USO CONSCIENTE DO PLANO	51
GLOSSÁRIO	56

Prezado Cliente,

É uma grande satisfação recebê-lo como beneficiário Unimed Maringá, uma cooperativa médica, fundada e administrada por médicos, com o principal objetivo de prestação de serviço médico-hospitalar de qualidade, com humanização e sustentabilidade.

Cada Unimed é autônoma e juntas formam o Sistema Unimed, que atualmente é o maior sistema cooperativista de trabalho médico do mundo e também a maior rede de assistência médica do Brasil, presente em mais de 80% do território nacional.

A Unimed oferece serviços a mais de
18 milhões de clientes,
por meio de
348 cooperativas médicas
espalhadas pelo país. Clientes Unimed contam com mais de
114 mil médicos cooperados

ativos e uma rede de recursos próprios e credenciados sempre à disposição. Só no estado do Paraná, somos mais de nove mil médicos. Para sua comodidade e com a finalidade de prestarmos um melhor atendimento, elaboramos este manual para orientá-lo sobre como proceder na utilização do seu plano.

Seja bem-vindo!

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.

Muito mais do que um prestador de serviços de saúde, somos uma Cooperativa de médicos.

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

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.

CARTÃO DO CLIENTE



A Unimed Maringá fornecerá ao cliente o cartão do beneficiário referente ao plano contratado, com o 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 cliente a devolução do cartão quando ocorrer a 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.



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

- O seu cartão é pessoal e intransferível. Para ser atendido, tenha-o sempre em mãos, juntamente com um documento pessoal com foto.
- 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 pelo telefone **0800 643 0027**.
- Mantenha seus dados de cadastro sempre atualizados. Para qualquer alteração, entre no site **www.unimedmaringa.com.br** e acesse o Portal do Cliente ou entre em contato com a Central de Relacionamento.

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.

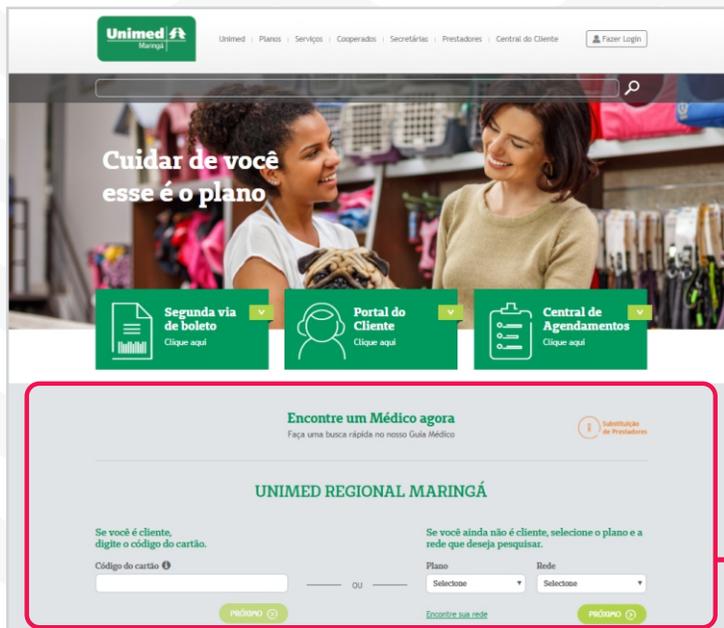
CARTÃO NA MÃO É GARANTIA DE PROTEÇÃO

- ▼
 - Agora que você já tem o seu cartão Unimed, não se esqueça que levá-lo sempre com você para a liberação de consultas e procedimentos.
 - Lembramos que **a apresentação do seu cartão Unimed é obrigatória**, sendo uma condição fundamental para o seu atendimento. Ao apresentar o seu cartão você estará facilitando a sua identificação e garantindo agilidade e facilidade na liberação de seus exames e procedimentos, além disso você impede a cobrança de débitos indevidos.
 - Tenha sempre o seu cartão Unimed e documentos de identificação em mãos.



COMO ACESSAR O GUIA MÉDICO?

Você encontra o Guia Médico em duas plataformas online. Confira:



The screenshot shows the Unimed Maringá website interface. At the top, there is a navigation bar with the Unimed logo and links for 'Unimed', 'Planos', 'Serviços', 'Cooperados', 'Secretárias', 'Prestadores', 'Central do Cliente', and 'Fazer Login'. Below the navigation bar is a banner with the text 'Cuidar de você esse é o plano' and an image of two women. Underneath the banner are three green buttons: 'Segunda via de boleto', 'Portal do Cliente', and 'Central de Agendamentos'. The main content area is titled 'Encontre um Médico agora' and includes a search bar. Below the search bar, there is a section for 'UNIMED REGIONAL MARINGÁ' with two input fields: 'Se você é cliente, digite o código do cartão.' and 'Se você ainda não é cliente, selecione o plano e a rede que deseja pesquisar.' The first field has a text input and a 'PROCURAR' button. The second field has dropdown menus for 'Plano' and 'Rede', and a 'PROCURAR' button.

1. Na tela do seu computador, pelo **Portal Unimed Maringá**

Acesse www.unimedmaringa.com.br e na área “Encontre um Médico agora”, digite o número do seu cartão Unimed.



2. Na tela do seu smartphone, pelo aplicativo **Unimed com Você**

Na loja de aplicativos do seu celular, busque o “Unimed com você”.



Nas duas opções, você encontra toda a rede de especialistas da Unimed Maringá e economiza tempo na hora de agendar uma consulta.

LEGENDA DOS ÍCONES DOS ATRIBUTOS DE QUALIFICAÇÃO



Padrão nacional de qualidade



Padrão nacional de qualidade



Padrão nacional de qualidade



Padrão internacional de qualidade



Padrão internacional de qualidade



Comunicação de eventos adversos



Profissional com especialização



Profissional com Residência



Título de especialista



Qualidade monitorada

COMO FAZER UMA CONSULTA?



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

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

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

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

COMO FAZER EXAMES E PROCEDIMENTOS?



Com a alteração do sistema de liberação de exames e procedimentos, a sua solicitação será realizada no próprio consultório ou estabelecimento médico. Após a consulta, o processo será realizado através do sistema e você poderá acompanhar o andamento por **TELEFONE, SMS, E-MAIL, APLICATIVO ou através do Portal do Cliente**. Em alguns casos será necessária a auditoria médica presencial.

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

Através do Portal do Cliente você tem acesso a informações a respeito do plano contratado, atualização de cadastro e acompanhamento da sua liberação de exames e procedimentos, acesse: <http://tasy.unimedmaringa.com.br/PlanodeSaude/>

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



PRAZOS MÁXIMOS PARA O ATENDIMENTO



Para garantir a qualidade e a agilidade do seu atendimento dentro dos prazos (página 18) 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 clientes, 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 (quatorze)
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)
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 regime 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



Caso encontre dificuldades ou demora para ser atendido pela rede credenciada do Sistema Unimed, basta contatar a Central de Relacionamento com o Cliente, por meio do telefone **0800 643 0027**, 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 COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (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

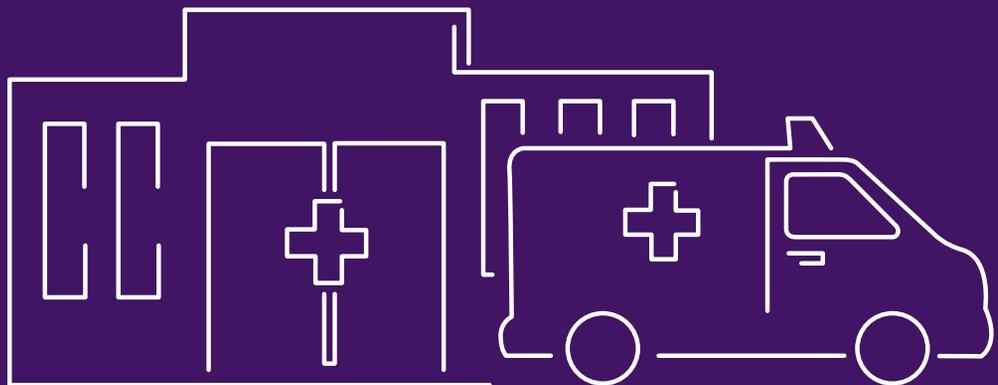
*Para planos coletivos empresarial, consulte o responsável pelo plano de sua entidade

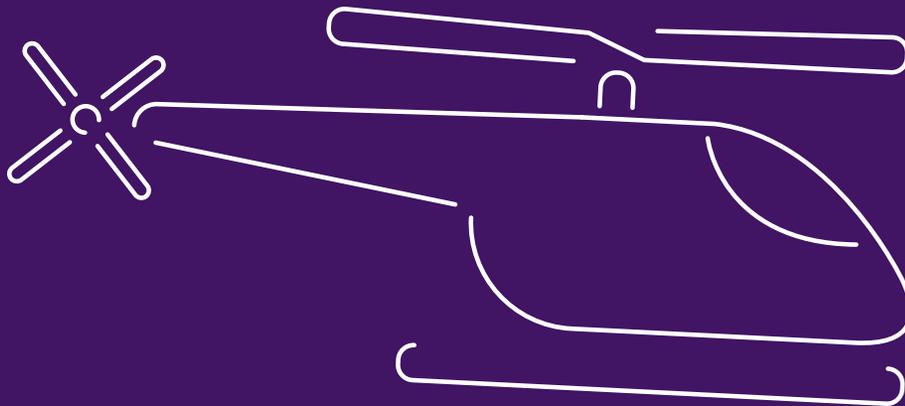
**O Plano Referência garante atendimento de urgência e emergência, após 24 horas, nos regimes ambulatorial e hospitalar

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 ou lesão preexistente (DLP), o cliente fica com a cobertura suspensa para procedimentos de alta complexidade, eventos 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 Maringá 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 atendimento em território nacional **de acordo com a modalidade de contratação do plano e abrangência**, para pacientes internados que necessitem de 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.

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.

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.

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

QUAL A ÁREA DE ABRANGÊNCIA DO MEU PLANO?

▼
Vai depender da abrangência geográfica contratada. Observe se o seu plano tem abrangência por grupo de municípios*, 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, Dr. Camargo, Florai, Floresta, Flórida, Iguaçu, Itambé, Ivatuba, Lobato, Mandaguçu, Mandaguari, Marialva, Munhoz de Melo, Nova Esperança, Ourizona, Paiçandu, Presidente Castelo Branco, Sarandi, Santa Fé, São Jorge do Ivaí e Uniflor.*

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 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 PARA PLANOS PESSOA FÍSICA



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	<p>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).</p> <p>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.</p>
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	<p>A Resolução Normativa 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) e que as tabelas de preço sejam em 10 faixas etárias.</p> <p>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.</p>

**Para ter acesso à Resolução Normativa nº 63 e outras, acesse: www.ans.gov.br*

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



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

- a) Solicitação formal do pedido na Unimed.
- b) Relatório do médico assistente, quando for o caso, declarando o nome do paciente, descrição do tratamento e justificativa dos procedimentos realizados, data do atendimento, e, quando for o caso, período de permanência no hospital e data da alta hospitalar.

- c) Conta hospitalar discriminando materiais e medicamentos consumidos, com preço por unidade, juntamente com notas fiscais, faturas ou recibos do hospital. A nota fiscal é necessária para comprovar o atendimento e o procedimento; e o recibo para comprovar o pagamento que será reembolsado.
- d) Recibos individualizados de honorários dos médicos assistentes, auxiliares e outros, discriminando o evento a que se referem, com carimbo legível do médico, inclusive o número do CRM.
- e) Comprovantes relativos aos serviços de exames complementares de diagnóstico e terapia, e serviços auxiliares, acompanhados do pedido do médico assistente com carimbo legível do médico, inclusive o número do CRM.
- f) O pagamento do reembolso será realizado por meio eletrônico. Para tal, será necessário que os dados bancários para o reembolso, estejam em nome do contratante ou de beneficiários do contrato. O prazo estabelecido para o pagamento será em, no máximo, 30 dias.

**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.

Importante:

- Tire cópia dos recibos/notas fiscais antes de solicitar o reembolso, para fins de comprovação das informações contidas na sua declaração de Imposto de Renda.
- Em caso de dúvida, consulte a Unimed.

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 realizados junto à Unimed.

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

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

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

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

Caso esteja vigente o período de carência do representante legal, o filho 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, mas precisará cumprir prazos de carências.

A partir do 31º dia do nascimento, já deverá estar inscrito no plano de saúde e só será atendido com o seu próprio cartão Unimed.

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

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 DO CLIENTE

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
- Acesso a rede credenciada, por meio do 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 nosso site:

www.unimedmaringa.com.br



CANAIS DE CONTATOS PESSOA JURÍDICA (RELACIONAMENTO EMPRESARIAL)



O setor de Relacionamento Empresarial possui uma 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 e Emergência e Transporte Aéreo;



Conscientização para uma melhor utilização do plano de saúde;



Renovação de contratos empresariais;



Canal de contato: **ree@unimedmaringa.com.br**.

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. Além desse, disponibilizamos também o canal **Fale Conosco** que está disponível em nosso site.



0800 643 0027

OUVIDORIA

► A Unimed Maringá, preocupada em oferecer a melhor assistência à saúde aos seus clientes, instituiu a Ouvidoria, como um canal de mediação para 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 norteada 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 pelos canais tradicionais de atendimento, como Fale Conosco, Atendimento Presencial, Central de Relacionamento com Cliente através do 0800 643 0027 ou outras áreas competentes.

Preencha o formulário através do site ou envie e-mail para ouvidoria@unimedmaringa.com.br.

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 > Beneficiário > Não sou cadastrado
(Preencha os campos) > Continuar**

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



Contatos de
Serviços
Assistenciais

**Centro Integrado de Assistência à Saúde**

Endereço: Avenida Bento Munhoz da Rocha Netto, 750,
zona 07

Telefone: 0800 643 0027

**Pronto Atendimento Adulto**

(44) 3221-4210

**Pronto Atendimento Infantil**

(44) 3221-4211

**Centro de Oncologia**

(44) 3221-4240

**Clínicas Próprias (Fisioterapia, Fonoaudiologia,
Nutrição, Psicologia e Terapia Ocupacional)**

(44) 3028-8077

**SOS urgência e emergência**

0800 200 9797

**Serviço de Atenção Domiciliar**

(44) 3025-7170

**Transporte Aeromédico, Garantia Funeral
e SOS Área Protegida**

0800 643 0027

“

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 Unimed. Para ter acesso a sua rede, cada cliente deve preencher adequadamente no site o número do seu cartão Unimed 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 individuais e familiares e para os planos coletivos por adesão, contratados a partir de 02/01/1999.

As regras de portabilidade são aplicadas conforme a Resolução Normativa (RN) nº 186 e a Instrução Normativa da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos (IN/DIPRO) nº 19, ambas da Agência Nacional de Saúde.

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

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

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

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

II – possuir prazo de permanência:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Fonte: Agência Nacional de Saúde (ANS).

PORTABILIDADE ESPECIAL



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

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

Fonte: Agência Nacional de Saúde (ANS). Disponível em: <http://unimed.me/1g4p4ND>

AUDITORIA

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 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.

Os processos de auditoria acontecem conforme a Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 1.614/2001.

Fonte: Conselho Federal de Medicina. Disponível em:
http://www.portalmedico.org.br/pareceres/CFM/2011/44_2011.htm

PLANO DEMITIDO/ APOSENTADO

Tem direito a se manter no plano de saúde, aposentados 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. Os benefícios do plano de demitido/aposentado será cancelado se a empresa contratante cancelar o plano de saúde.

As regras para manutenção de planos de saúde para aposentados e demitidos são aplicadas conforme a Lei nº 9.656/98 e a Resolução Normativa nº 279 da ANS.

Fonte: Site da Agência Nacional de Saúde. Disponível em: <http://unimed.me/1g4uNDd>



Uso consciente
do plano

GUARDE SEUS EXAMES ANTIGOS: ELES 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 suficientes.



VÁ AO PRONTO-SOCORRO APENAS SE REALMENTE NECESSÁRIO



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



VIVER BEM É 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 são alguns exemplos. É por isso que a Unimed, mais do que cuidar da sua saúde, incentiva os cuidados preventivos e promove a qualidade de vida acima de tudo.

FIQUE ATENTO ÀS CONSULTAS



▼
Um médico dedica tempo à saúde de muitas pessoas. Pense nisso. Quando for marcar uma consulta ou exame, faça-o 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, precisarão esperar mais do que o necessário.

AUTOMEDICAÇÃO, NÃO!



Médicos estudam muito para entender o seu corpo. É perigoso não seguir à risca o que eles recomendam e desnecessário se irritar quando eles não prescrevem remédio algum. Confie no seu médico! Ele sabe o que é melhor para você.



CUIDE DO SEU CARTÃO QUE ELE CUIDA DE VOCÊ



O seu cartão magnético 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 elétricos. E, se você perder o cartão ou ele for roubado, avise a Unimed para que todas as providências necessárias sejam tomadas.



FIQUE POR DENTRO DO SEU PLANO



Conhecer bem os seus direitos e deveres vai ajudar você a utilizar melhor o seu plano, sem precisar passar por chateações. Com as coisas bem claras, tudo fica mais fácil e mais seguro. Se o seu plano Unimed for empresarial, peça os detalhes desse benefício ao setor responsável na empresa para a qual trabalha e, se ainda tiver dúvidas, fale com a Unimed.

IDENTIFICAÇÕES SEMPRE À MÃO



Sempre que for passar por uma consulta ou precisar ir a um pronto-socorro, lembre-se de ter com você seu cartão magnético Unimed e um documento com foto, como carteira de identidade ou de motorista. A identificação correta facilita o processo de atendimento e otimiza tempo.

A yellow background with a white arrow pointing to the right, centered vertically. The arrow is a simple white shape with a triangular head pointing right.

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.

Tenha Unimed
em suas mãos.

 www.tenhaunimed.com.br

A Unimed Maringá está mais digital.
No tenhaunimed.com.br, você adquire produtos e
serviços da Unimed através do seu computador, tablet
ou smartphone e economiza tempo para aproveitar
a vida da melhor forma.

Representante Autorizado de Vendas (44) 2101-7600
Central do Cliente (44) 3221-2722

Unimed 
Maringá

A aquisição de produtos e serviços através do tenhaunimed.com.br só é finalizada após o atendimento, presencial e/ou por telefone, da equipe autorizada de vendas da Unimed Maringá.

ANS - n.º 371254

Expediente

CONSELHO EDITORIAL

Diretor – Presidente

Dr. Durval Francisco dos Santos Filho

Diretor – Vice-Presidente

Dr. Lai Pon Meng

Diretora Médica

Dr. Rosa Virgine Tajra Batista

Diretor de Mercado

Dr. Reynaldo Rafael Jose Brovini

Diretor Administrativo

Dr. Gil Takayuki Yamaguchi

COORDENAÇÃO TÉCNICA

Regulação e Auditoria – Michele Maeda

Núcleo Regulamentar – Michele Filippin

Processos Cadastrais – Renata Rizzo Perin Santos

Comercial e Vendas – Sergio Augusto Almeida

Financeiro – Alexsandro Vieira

Superintendente Administrativo – Filipe Vieira

Ouvidoria – Beatriz Fusco

Relacionamento Empresarial – Luis Antonio Oliveira Teixeira

Relacionamento com o Cliente – Cassia Marchioli

UNIMED REGIONAL MARINGÁ

Av. Bento Munhoz da Rocha Netto, 750 – Zona 07
Maringá/PR – CEP: 87030-010 – Tel.: 0800 643 0027
marketing@unimedmaringa.com.br

COORDENAÇÃO EXECUTIVA

**Coordenadora de Comunicação Corporativa,
Marketing e Responsabilidade**

Social Unimed Paraná – Liége Cintra Mazanek

Gerente de Mercado da Unimed Maringá – Ricardo Chatalov

COORDENAÇÃO EDITORIAL

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

Marketing e Comunicação

Unimed Maringá – Rafaela Espiazi

Projeto Gráfico e Ilustrações – Wellington Marçal

\\ Desenvolvimento – Novembro/2014

\\ Última atualização – Setembro/2022

CUIDAR DE VOCÊ. ESSE É O PLANO.



www.unimedmaringa.com.br

Avenida Bento Munhoz da Rocha Netto, 750
87030.010 Zona 07, Maringá - PR
Central de Relacionamento 0800 643 0027
Ouvidoria ouvidoria@unimedmaringa.com.br