



Como usar
melhor o
seu Plano
de Saúde



Manual do _____
Cliente
Unimed
Francisco Beltrão

Índice

Cuidar bem faz bem. A unimed pensa em você.

| | |
|--|----|
| PORTAL DE INFORMAÇÕES UNIMED FRANCISCO BELTRÃO | 7 |
| VOCAÇÃO NÃO É UMA ESCOLHA | 9 |
| NOSSOS SERVIÇOS | 11 |
| TIPOS DE PLANOS | 12 |
| POSSO SER ATENDIDO PELO PLANO EM QUALQUER LUGAR DO PAÍS? | 14 |
| PROGRAMAS ATIVOS GERENCIADOS PELO SETOR DE ATENÇÃO SAÚDE | 16 |
| JÁ CONHECE O UNIMED FONE? | 18 |
| SEU CARTÃO DO BENEFICIÁRIO | 20 |
| QUAIS OS CUIDADOS QUE DEVO MANTER COM O MEU PLANO E MEU CARTÃO UNIMED? | 22 |
| COMO ACESSAR O GUIA MÉDICO? | 24 |
| COMO FAZER UMA CONSULTA? | 26 |
| COMO FAZER EXAMES E PROCEDIMENTOS? | 27 |
| COMO FAZER INTERNAMENTOS ELETIVOS? | 28 |
| AUTORIZAÇÃO DE EXAMES E PROCEDIMENTOS | 29 |
| EM QUE SITUAÇÕES TENHO DIREITO AO REEMBOLSO E COMO DEVO PROCEDER? | 30 |
| RECIBOS E NOTAS FISCAIS | 32 |

| | |
|---|----|
| CENTRAL DE AGENDAMENTO | 33 |
| QUAIS SÃO OS MEUS DIREITOS COMO BENEFICIÁRIO? | 34 |
| PRAZOS MÁXIMOS PARA O ATENDIMENTO | 36 |
| REMOÇÃO TERRESTRE E AÉREA | 38 |
| ENTENDA SEU CONTRATO | 40 |
| O QUE DIZ O SEU CONTRATO? | 41 |
| QUEM PODE SER DEPENDENTE? | 49 |
| COMO FICA A INCLUSÃO DOS RECÉM-NASCIDOS E RECÉM-CASADOS? | 50 |
| COMO ACONTECEM AS INCLUSÕES E EXCLUSÕES DE BENEFICIÁRIOS? | 51 |
| SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO CLIENTE | 52 |
| CONSIDERAÇÕES IMPORTANTES | 53 |
| PORTABILIDADE | 54 |
| AUDITORIA | 64 |
| INATIVOS | 65 |
| ENDEREÇOS E CONTATOS DA UNIMED FRANCISCO BELTRÃO | 66 |
| ENDEREÇOS E HORÁRIOS DE FUNCIONAMENTO | 67 |



Prezado Beneficiário,

Parabéns! Você acaba de adquirir o plano de saúde da Unimed Francisco Beltrão, cooperativa que faz parte do maior sistema cooperativista de saúde do mundo e da maior rede de assistência médica do Brasil.

É com grande satisfação que recebemos você e seus dependentes inscritos no plano de saúde como nossos clientes e, pensando em sua comodidade e melhor atendimento, elaboramos o Manual do Cliente Unimed Francisco Beltrão para orientá-los sobre os serviços que ofertamos, bem como, sobre a melhor utilização do seu plano.

Agora que você faz parte da nossa rede de beneficiários, é importante que você saiba que tem acesso aos melhores profissionais médicos e que os planos oferecidos pela nossa Cooperativa garantem cobertura para realizações de consultas, exames, atendimentos ambulatoriais, internamentos e, ainda, cobertura obstétrica, conforme previstos na Lei 9656/98 e elencados no Rol de procedimentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

Além disso, você tem a oportunidade de manter sua qualidade de vida assim como a da sua família, por meio do setor de atenção à saúde com seus programas voltados para a prevenção de doenças e promoção do bem-estar.

Além dessas informações, o manual também servirá como guia para o entendimento, de forma clara e objetiva, do significado de cada item do seu contrato. Em caso de dúvidas, você poderá entrar em contato com nosso SAC 0800 041 4554, SAC Deficientes Auditivos 0800 642 2009 ou com nossos colaboradores ligando para o telefone (46) 3520-5834.

Seja bem-vindo à família Unimed Francisco Beltrão.

Unimed 
Francisco Beltrão

PORTAL DE INFORMAÇÕES UNIMED FRANCISCO BELTRÃO

A Unimed Francisco Beltrão possui um portal que reúne todas as informações que você necessita saber sobre seu plano de saúde. Além do acesso às notícias, tipos de planos, ações de responsabilidade social da Cooperativa, alteração cadastral, na área do beneficiário, por exemplo, você encontra: informações cadastrais, guia médico, alterações de rede prestadora, contatos da Unimed Francisco Beltrão e da ANS, solicitações de cancelamento, bem como, uma versão deste informativo contendo atualizações, quando necessário.

Na área do cliente PJ, o cálculo anual de reajuste está disponível para consulta.

Na área de atenção à saúde, você encontra cartilhas de saúde e informações sobre os programas de gerenciamento da saúde, assim como, um formulário para inscrição nos programas de cuidado com a sua saúde.

Na primeira página do nosso portal você consegue acessar o Guia Médico On-line, importante ferramenta em que o beneficiário pode consultar as informações sobre os médicos, clínicas e laboratórios que atendem pela Unimed.

O acesso ao portal da Unimed Francisco Beltrão está disponível em:

www.unimed.coop.br/franciscobeltrao

Além disso, a Unimed Francisco Beltrão disponibiliza aos seus beneficiários o **aplicativo UNIMED CLIENTE PR**, que traz algumas facilidades, como: extratos dos serviços, extratos para a declaração do imposto de renda, mensalidades, alteração de endereço, solicitação de 2ª via de cartão, liberação de guias, entre outras facilidades.

Para baixar o aplicativo em seu smartphone, pesquise por “UNIMED CLIENTE PR” nas lojas **Google Play** ou **Apple Store**.

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

VOCAÇÃO NÃO É UMA ESCOLHA

Ter vocação 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 muito mais do que 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.

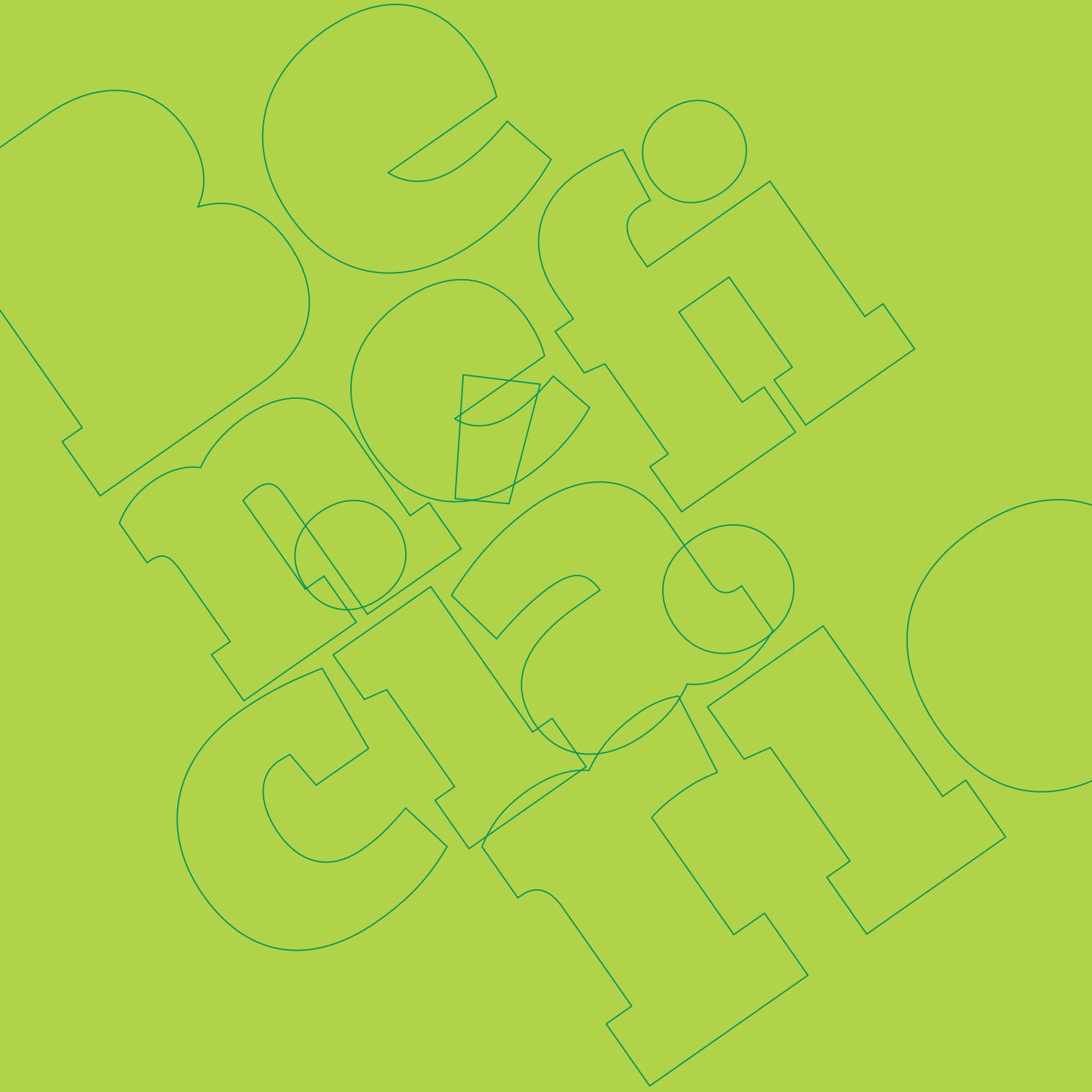
Temos vocação para cuidar das pessoas.

Cuidar é ter atitude para solucionar os problemas de doença e acolher as pessoas; é estar presente a serviço do outro.

Cuidar está no nosso **DNA**

Temos disposição natural e vocação para essa missão.

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.





Nossos Serviços

TIPOS DE PLANOS

Área de atuação: Francisco Beltrão, Ampere, Barracão, Dionísio Cerqueira (área comum com Extremo Oeste Catarinense), Bela Vista da Caroba, Boa Esperança do Iguaçu, Bom Jesus do Sul, Capanema, Cruzeiro do Iguaçu, Dois Vizinhos, Enéas Marques, Flor da Serra do Sul, Manfrinópolis, Marmeleiro, Nova Esperança do Sudoeste, Nova Prata do Iguaçu, Pérola D'Oeste, Pinhal do São Bento, Planalto, Pranchita, Realeza, Renascença, Salgado Filho, Salto do Lontra, Santa Izabel D'Oeste, Santo Antônio do Sudoeste, São Jorge D'Oeste e Vere.



ABRANGÊNCIA

PLANO NACIONAL

É aquele cujo atendimento pode ser efetuado em toda abrangência do território nacional respeitando a rede credenciada à operadora.

PLANO ESTADUAL

É aquele cujo atendimento pode ser feito em qualquer município do Estado do Paraná respeitando a rede credenciada à operadora.

GRUPO DE ESTADOS

A Unimed Francisco Beltrão oferece aos seus beneficiários o Plano Grupo de Estados. Esta opção abrange todos os municípios dos Estados do Rio Grande do Sul, Santa Catarina e Paraná.

Reforçamos que, mesmo que seu plano seja estadual ou grupo de estados, para casos de urgência/emergência, você será atendido em qualquer local do Brasil.

PLANO LOCAL

A Unimed Francisco Beltrão oferece aos seus beneficiários o Plano Local, o qual abrange nossa área de atuação.*



ACOMODAÇÃO

COLETIVO (ENFERMARIA): acomodação coletiva com dois ou mais leitos, dependendo da entidade hospitalar com banheiro comum, sem direito a acompanhante.

INDIVIDUAL (APARTAMENTO): quarto individual com direito a acompanhante.

Reforçamos que, independente da acomodação adquirida em seu plano, idosos, crianças, gestantes, e portadores de deficiência, têm direito a um acompanhante.



FORMAS DE PAGAMENTO

TOTAL OU SEM PARTICIPAÇÃO: é aquele que só paga a mensalidade.

PARTICIPATIVO: é aquele que tem o pagamento da mensalidade e mais participação 30% ou 50%, dependendo da modalidade do plano.

Vale lembrar: os internamentos com ou sem cirurgia não geram participação.

ÁREA DE ABRANGÊNCIA:

Área em que a operadora se compromete a garantir as coberturas de assistência à saúde contratadas pelos beneficiários por meio de profissionais credenciados junto à Operadora sendo nacional, estadual, ou grupo de estados.

URGÊNCIA:

É o evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo gestacional.

EMERGÊNCIA:

É o evento que implica no risco de morte ou lesões irreparáveis para o usuário, caracterizado em declaração do médico credenciado, cooperado ou assistente.

POSSO SER ATENDIDO PELO PLANO EM QUALQUER LUGAR DO PAÍS?

Depende do plano contratado. Você terá direito ao atendimento dentro da área de abrangência que contempla o seu contrato. Para saber qual a área de abrangência do seu plano, consulte a seção Tipos de Planos. (pág. 12)



PROGRAMAS ATIVOS GERENCIADOS PELO SETOR DE ATENÇÃO SAÚDE

GERENCIAMENTO DE CASOS

O Programa de Gerenciamento de Casos possui uma equipe de saúde que é responsável por coordenar, avaliar e monitorar as necessidades de saúde dos beneficiários inscritos, bem como os serviços prescritos e recebidos à cada caso, utilizando a comunicação, visita domiciliar e/ou tele monitoramento como ferramenta na promoção de resultados para a reabilitação.

GERENCIAMENTO DE DOENÇAS CRÔNICAS

O Programa é destinado aos beneficiários portadores de hipertensão arterial, diabetes, doenças cardíacas, dislipidemias e doenças respiratórias. Esse Programa desenvolve ações de tele monitoramento, incentivando o cliente à mudança no seu estilo de vida, através de ações de educação em saúde, buscando o empoderamento, autocuidado e autonomia de cada beneficiário.

GERENCIAMENTO DE CASOS ONCOLÓGICOS

O paciente oncológico possui necessidades e possibilidades terapêuticas diferentes, e esse programa visa proporcionar apoio da equipe multiprofissional com orientações para melhorar a qualidade de vida.

GERENCIAMENTO DA SAÚDE DA CRIANÇA

Esse programa visa o acompanhamento integral do processo de desenvolvimento da criança e é de fundamental importância, uma vez que é por meio dele que o pediatra tem condições de detectar precocemente os mais diferentes distúrbios das áreas do crescimento e do desenvolvimento da criança.

PROGRAMA BEM GESTAR

O grupo de gestantes possibilita o intercâmbio de experiências e conhecimentos, por isso é considerado a melhor forma de promover a compreensão do processo de gestação. Informações sobre as diferentes vivências devem ser trocadas entre as mulheres e os profissionais de saúde.

Devido ao alto índice de cesariana o grupo vem para proporcionar o esclarecimento e subsídios teóricos para a mãe/ pai na escolha do tipo de parto, considerando os riscos de um parto cirúrgico sem indicação, bem como as vantagens do parto natural.

PROGRAMA ANTI TABAGISMO E CESSAÇÃO AO TABAGISMO

Esse Programa tem como objetivo melhorar a qualidade de vida dos seus beneficiários, o Programa Anti Tabagismo e Cessação de Tabagismo que envolve ações de promoção à saúde e orientação a um grupo de pessoas tabagistas para auxiliá-los a abandonar o vício de fumar.

PROGRAMA DE ATENÇÃO PERSONALIZADA À SAÚDE

A Atenção Personalizada à Saúde foi criada para melhorar e facilitar o acesso, continuidade do cuidado, coordenação do cuidado e integralidade. Na APS, o médico de família atuará como gestor da sua saúde. Ele terá acesso a todo o seu prontuário e aos seus dados clínicos.

Além disso, ele fará a coordenação de utilização dos seus medicamentos prescritos, considerando os que são mais efetivos para o seu tratamento. Inicialmente o programa será disponibilizado para beneficiários participantes dos programas de Atenção à Saúde (PGDC, PGC, PGSAD). O serviço será oferecido com qualidade com consultórios dos médicos da APS.

PROGRAMA BEM-ESTAR UNIMED

O programa de gerenciamento de saúde corporativa busca através da educação nutricional e outras ações de saúde melhorar a qualidade de vida com objetivo de contribuir para a saúde dos colaboradores.

PROGRAMA DE GERENCIAMENTO DE ATENDIMENTO DOMICILIAR

O Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) é um programa que envolve ações de promoção à saúde, prevenção, tratamento de doenças e reabilitação desenvolvidas no domicílio dos pacientes, respeitando a complexidade do caso e avaliação da Operadora de Plano de Saúde, bem como do médico assistente.

CONTATO PARA OS PROGRAMAS DE ATENÇÃO À SAÚDE E AUTO INDICAÇÃO

Para participar dos programas:

Av. Júlio Assis Cavalheiro, 1171

Centro - 85.601-000
Francisco Beltrão-PR

T. (46) 3520-5834

JÁ CONHECE O UNIMED FONE?

QUAIS ORIENTAÇÕES VOCÊ PODE SOLICITAR PELO UNIMED FONE?

- *Orientações para os primeiros cuidados a serem tomados em casos de acidentes;*
- *Suporte a pacientes crônicos, especialmente hipertensos, diabéticos e crônicos pulmonares;*
- *Orientação e apoio a salvamento de vidas;*
- *Orientações sobre medicamentos e efeitos colaterais (compreensão da bula e esclarecimentos dos riscos da automedicação)*
- *Esclarecimento de dúvidas quanto a exames e diagnósticos;*
- *Orientações quanto ao período de jejum e ao preparo adequado para exames;*
- *Auxílio na redução da ansiedade em situações difíceis.*



O Unimed Fone é um serviço que dispõe de uma equipe de médicos de plantão, para que você, beneficiário, possa receber orientações ou tirar dúvidas a qualquer hora do dia ou da noite, pelo telefone 0800.

Os médicos atuantes são profissionais altamente capacitados para atender a todos os tipos de situações, desde acidentes pessoais até casos mais complexos, sempre com tranquilidade e segurança.

▼
O melhor de tudo é que esse serviço pode ser utilizado de qualquer lugar. O Unimed Fone possui uma infraestrutura moderna e equipada com uma sofisticada central telefônica pronta para receber ligações do país inteiro, 24 horas por dia. Basta um telefonema seu para entrar em contato direto com um de nossos profissionais, quando e onde você precisar de atendimento.

Todas as orientações seguem um protocolo de conduta médica de acordo com as normas do Conselho Federal de Medicina e do Ministério da Saúde.

**PRODUTO DISPONÍVEL APENAS
PARA O PLANO PESSOA
FÍSICA GRUPO DE ESTADOS.**



SEU CARTÃO DO BENEFICIÁRIO

DICA UNIMED

Cuide do seu cartão que ele cuida de você.

O cartão Unimed é uma garantia de proteção para você. Proteja-o também: evite sujar, riscar a tarja magnética, expor ao sol, molhá-lo ou colocá-lo em contato com aparelhos como rádios, tevês e celulares. Assim, ele estará sempre funcionando, para você se sentir bem cuidado. Em caso de perda ou roubo do cartão, avise a Unimed Francisco Beltrão para que todas as providências necessárias sejam tomadas.



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

É obrigação do beneficiário a devolução do cartão do beneficiário e outros documentos fornecidos pela Unimed, na hipótese de exclusão ou rescisão contratual motivada por qualquer uma das partes.

O uso indevido é proibido e, de acordo com a gravidade, estará sujeito às consequências previstas na legislação vigente. 

▼ Conheça seu cartão Unimed

FRENTE

Unimed Nome da Unimed | **somos coop**

NOME DO PRODUTO
TIPO DE CONTRATAÇÃO

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

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

0 123 123456789012 1

MARIA DA SILVA A CARVALHO
Nome do Beneficiário

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

9999
Atendimento

LOCUM IPSUM DOLOT AMET CONSECT
Contratante

NACIONAL
Abrangência

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

AMBULATORIAL + HOSPITALAR SEM OBSTETRÍCIA + ODONTOLÓGICO
Segmentação Assistencial do Plano

Nome Contratante

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

Local de atendimento

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

Válido somente com apresentação do documento de identidade

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

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

| | | | |
|-----------------|----------|-----------------|----------|
| NONONONO/NONONO | IMEDIATO | NONONONO/NONONO | 00/00/00 |
| NONONONO/NONONO | IMEDIATO | NONONONO/NONONO | 00/00/00 |
| NONONONO/NONONO | IMEDIATO | NONONONO/NONONO | 00/00/00 |
| NONONONO/NONONO | IMEDIATO | NONONONO/NONONO | 00/00/00 |
| NONONONO/NONONO | IMEDIATO | NONONONO/NONONO | 00/00/00 |

NOME FANTASIA DA ADMINISTRADORA NESTE LOCAL

SAC/Informações:
0800 000 000

ANS - nº XXXXXX

Cód. Prod. ANS: 00000000000000000000
CNS 0000000000000000

ESTÉ CARTÃO É NUMERADO, NOMINATIVO E INTRANSFERÍVEL

Área de atuação

Grupos de procedimentos com carências a cumprir

Número de telefone do SAC

Código do produto registrado na ANS

Número do registro da operadora na ANS

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

- O seu cartão é pessoal e intransferível. Para ser atendido, tenha-o sempre em mãos, juntamente com a sua carteira de identidade.
- Verifique as informações relativas às carências e de cobertura parcial temporária impressas no seu cartão e consulte as condições de contratação. Caso tenha dúvida, entre em contato pelo telefone SAC **0800 041 4554** e SAC Deficientes auditivos **0800 642 2009**
- Mantenha seus dados de cadastro sempre atualizados. Em caso de alteração, comunique a Unimed Francisco Beltrão.
- Caso não tenha em mãos a sua carteirinha, utilize o cartão virtual disponível no aplicativo UNIMED CLIENTE PR.

Importante:

Em caso de roubo, extravio do cartão ou de mais informações, entre em contato com a Unimed Francisco Beltrão. Caso haja qualquer problema com o cartão, solicite a substituição imediatamente por meio do nosso Serviço de Atendimento ao Cliente (SAC).



COMO ACESSAR O GUIA MÉDICO?

1.

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



Encontre um médico

E outros recursos da Unimed, sempre perto de você

Busca rápida → Busca detalhada ←

Hospital Geral

000.000.000-00

É cliente? Digite seu CPF ou carteirinha

Apenas atendimentos de urgência e emergência

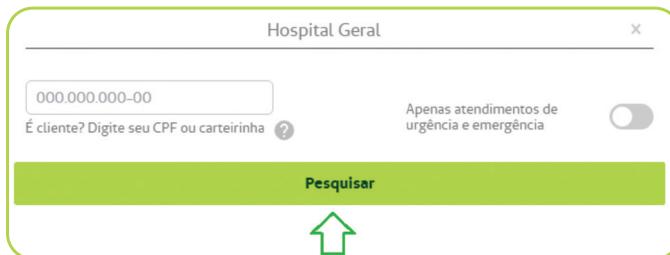
Pesquisar

2.

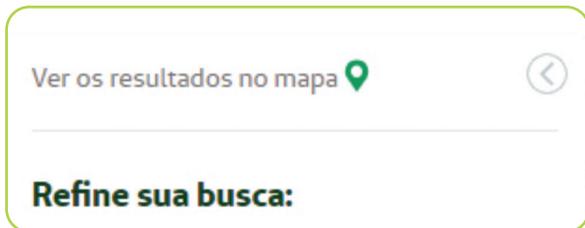
Selecione a forma de busca que você deseja fazer: rápida ou detalhada

3.

Preencha os campos correspondentes e clique em “Pesquisar”



The screenshot shows a search interface for 'Hospital Geral'. It features a text input field containing '000.000.000-00' with a question mark icon below it. To the right, there is a toggle switch labeled 'Apenas atendimentos de urgência e emergência'. Below these elements is a green button labeled 'Pesquisar'. A green arrow points upwards from the bottom center of the form.



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

4.

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

COMO FAZER UMA CONSULTA?



Para agendar uma consulta eletiva, procure no Guia Médico o profissional de sua preferência, ou necessidade, e marque um horário para atendimento. No atendimento, será necessário apresentar o cartão do beneficiário (físico ou virtual) e o documento de identidade. Sempre que possível, ao consultar um médico pela primeira vez, leve os exames já realizados.

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

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

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

COMO FAZER EXAMES E PROCEDIMENTOS?



Com a guia de solicitação médica preenchida e o cartão do beneficiário em mãos, você deverá entrar em contato com o setor de Liberação da Unimed Francisco Beltrão: **(46) 3520-5834**.

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

Outra forma de liberar sua guia é por meio do aplicativo **UNIMED CLIENTE PR** que está disponível na loja do seu celular. Mais informações no folder do aplicativo. Em casos de dúvidas, contate a Unimed Francisco Beltrão pelo telefone **(46) 3520-5834**.



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

COMO FAZER INTERNAMENTOS ELETIVOS?

DICA UNIMED

A Unimed protege você. Proteja-se também.

A Unimed cuida para que você não tenha preocupações com a sua saúde. Faça o mesmo. Cuide-se bem, viva bem. Com a mente e o corpo em dia, talvez nem seja necessário utilizar o seu plano de saúde. Mas a Unimed está sempre aqui para você se sentir ainda mais seguro.



Dirija-se à 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, serão fornecidas orientações de como proceder para liberar a guia.

Lembre-se de que as solicitações podem ser feitas presencialmente nas Unimed ou pelo aplicativo de celular UNIMED CLIENTE PR. Onde a guia de solicitação e documentos obrigatórios são enviados por foto.

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. O fato só ocorrerá 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.

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



O QUE PODE SER REEMBOLSADO?

Podem ser reembolsadas as despesas médico-hospitalares, exames de diagnóstico e tratamentos do beneficiário (titular e dependentes inscritos no plano de saúde), desde que tais despesas atendam às determinações contratuais para o devido reembolso. Lembrando: **em situações de urgência ou emergência, quando não for possível a utilização dos serviços próprios, contratados, credenciados ou referenciados pelas operadoras e processo gestacional complicado.**

O contrato prevê que o beneficiário, **antes de realizar** qualquer pagamento, solicite que a Operadora se manifeste em relação ao atendimento. Portanto, entre em contato com o SAC no 0800 041 4554 e solicite esclarecimentos, ou diretamente no Setor de Relacionamento ao Cliente da Unimed Francisco Beltrão pelo telefone (46) 3520-5806 ou via WhatsApp: (46) 3520-5834, na opção 8.



COMO REQUERER REEMBOLSO?

Os solicitantes de reembolso deverão preencher obrigatoriamente todos os campos do formulário de solicitação de reembolso pertinentes ao beneficiário. Anexe junto ao formulário de solicitação de reembolso preenchido a seguinte documentação:

- Relatório do médico-assistente em que conste o nome do paciente (beneficiário titular ou dependentes inscritos no plano de saúde), a descrição do tratamento caracterizando urgência ou emergência, a justificativa dos procedimentos realizados, a data do atendimento e, quando for o caso de internação, o período da permanência no hospital e a data da alta;
- Atendimentos realizados a pessoa jurídica: primeira via da nota fiscal, recibos do pagamento ao hospital ou as faturas, recibos individualizados de honorários dos médicos-assistentes, auxiliares e outros, via original, comprovantes originais dos exames complementares para o diagnóstico, da terapia e dos serviços auxiliares, acompanhando o pedido do médico-assistente, em nome do paciente (beneficiário ou dependente);
- Atendimentos realizados por pessoa física: primeira via do recibo com carimbo, número do CPF e assinatura do profissional executante do atendimento em nome do paciente (beneficiário titular ou dependentes inscritos no plano de saúde);
- Preencher dados bancários no campo 5 do formulário de solicitação de reembolso, para o crédito do valor a ser reembolsado, sendo que os dados bancários deverão estar em nome do paciente; em caso de menor ou incapaz, deverão constar dados de crédito do responsável.

O FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO ESTÁ DISPONÍVEL PARA IMPRESSÃO NO PORTAL DA UNIMED FRANCISCO BELTRÃO, NA ÁREA DO CLIENTE. ACESSE: www.unimed.coop.br/franciscobeltrao

DICA
UNIMED

É arriscado se automedicar.

Médicos estudam muito para entender 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 seu médico diz.

RECIBOS E NOTAS FISCAIS

ONDE REQUERER

- *Na cidade de Francisco Beltrão, a solicitação de reembolso deverá ser entregue e protocolada na sede da Unimed Francisco Beltrão localizada no endereço: Av. Julio Assis Cavalheiro 1171, Centro – Francisco Beltrão – PR.*
- *Para demais municípios, encaminhar via correio para o seguinte endereço: Av. Julio Assis Cavalheiro 1171, Centro – Francisco Beltrão – PR, aos cuidados do setor de atendimento.*
- *Os beneficiários de planos coletivos empresariais devem encaminhar suas dúvidas para a área de Recursos Humanos da própria empresa.*
- *Diretamente no Setor de Relacionamento ao Cliente da Unimed Francisco Beltrão pelo telefone (46) 3520-5806 ou via WhatsApp: (46) 3520-5834, na opção 8.*



Os recibos e notas fiscais deverão ser emitidos no nome completo do paciente (beneficiário titular ou dependentes inscritos no plano de saúde) constando os seguintes dados:

- Descrição de cada procedimento, preferencialmente com o código de tabela CBHPM;
- Valor unitário por procedimento;
- Nome do profissional ou instituição, especialidade, número de inscrição no conselho regional da respectiva categoria e CPF ou CNPJ, conforme o caso;
- Local e data do atendimento;
- Carimbo e assinatura do profissional, em caso de recibo;
- Nota Fiscal com carimbo do prestador com a assinatura do responsável, para fins de comprovação de quitação da despesa.

CENTRAL DE AGENDAMENTO



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

Caso o beneficiário encontre dificuldades ou demora para ser atendido pela rede credenciada do Sistema Unimed, basta contatar o **Serviço de Atendimento ao Cliente – SAC**, por meio do telefone **0800 041 4554** e **SAC deficientes auditivos 0800 642 2009**, para registrar a sua demanda, que será tratada pela Central de Agendamento.

O atendimento cumpre as determinações das Resoluções Normativas 259 e 268 da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

QUAIS SÃO OS MEUS DIREITOS COMO BENEFICIÁRIO?

- ▼
- Beneficiários (titular e dependentes inscritos no plano de saúde) terão o direito de usufruir dos procedimentos previstos no Rol de Procedimentos vigente, quando solicitados pelo médico-assistente, que deverão ser realizados por serviços e profissionais médicos que fazem parte da Unimed.
- Na qualidade de beneficiário do plano de saúde, você não poderá em hipótese alguma e sob nenhum pretexto ou alegação, ser discriminado ou tratado pelos prestadores de saúde vinculados à Operadora de forma distinta da dos demais clientes por eles atendidos.
- Caso necessite de internação e possua mais de 60 anos ou menos de 18 anos, independentemente da acomodação contratada, terá garantido o direito a acompanhante, menos no de caso de UTI, pois nesse ambiente não é possível contar com acompanhante. Nos demais casos, verifique atentamente o que está no contrato.

QUAIS SÃO OS MEUS DIREITOS COMO BENEFICIÁRIO?

- ▼
 - Se a sua inscrição é em um plano de saúde contratado por meio da empresa em que você trabalha, saiba que: em caso de demissão sem justa causa ou aposentadoria, você terá o direito de permanecer no plano como beneficiário inativo. Porém, para ter direito a este benefício, deverá contribuir com o pagamento da mensalidade do seu plano. Para obter mais informações a respeito, consulte o contrato, a empresa ou diretamente a Unimed Francisco Beltrão.
 - Você também poderá trocar de plano de saúde sem cumprir carência ou cobertura parcial temporária no plano novo, por meio da portabilidade, de acordo com o cumprimento das regras da **Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS**.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE - ANS

Autorquia sob regime especial vinculada ao Ministério da Saúde, com atuação em todo o território nacional, como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantem a saúde suplementar.

PRAZOS MÁXIMOS PARA O ATENDIMENTO



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

Para ser atendido dentro dos prazos, o beneficiário (titular ou dependentes inscritos no plano de saúde) 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 o atendimento dos beneficiários, observando a área de abrangência contratada no seu plano.

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

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 inter-hospitalar nos limites da abrangência geográfica contratada.

Remoção aérea é um produto que possibilita, **de acordo com a modalidade de contratação do plano**, atendimento em território nacional, para pacientes internados que necessitem transferência para unidade hospitalar com melhores recursos de atendimento, desde que solicitados e justificados pelo médico-assistente.

* Mais informações:

SAC **0800 041 4554**

SAC Deficientes auditivos **0800 642 2009**



Entenda seu
contrato

O QUE DIZ O SEU CONTRATO?

Abaixo, informações sobre os itens contratuais que constam no seu contrato de forma resumida:

ATRIBUTOS DO CONTRATO

Aqui, a explicação resumida do motivo do seu contrato, como, por exemplo, para que ele serve, quais os serviços a que você tem direito ao assiná-lo, etc.

CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

Neste item, está o que é necessário para que você e seus dependentes possam contratar o plano de saúde. Neste caso, para cada tipo de contratação (individual ou familiar, coletivo por adesão e coletivo empresarial) é necessário que se comprove o tipo de vínculo.

DIFERENÇA ENTRE CPT E CARÊNCIA:

- **CPT:** *Suspensão do Atendimento para procedimentos ligados diretamente à patologia informada na declaração de saúde*
- **CARÊNCIA:** *Período em que o beneficiário não tem direito a algumas coberturas.*

O QUE DIZ O SEU CONTRATO?

COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

Neste item, estão os serviços a que você e seus dependentes (inscritos no plano de saúde) terão direito de realizar pelo plano de saúde contratado como, por exemplo, consultas, exames, etc.

EXCLUSÃO DE COBERTURAS

Aqui, estão descritos os serviços ou procedimentos que o seu plano não cobre, ou seja, você não possui cobertura contratual; como, por exemplo, tratamento experimental e tratamento estético, entre outros.

DURAÇÃO DO CONTRATO

Neste item, você saberá qual é o tempo de validade do seu contrato. Nos planos vendidos pela Unimed Francisco Beltrão, a duração mínima é de 12 meses, sendo que após esse prazo ele se renova automaticamente por tempo indeterminado.

PERÍODO DE CARÊNCIA

Período de carência é aquele período de tempo o qual você e seus dependentes (inscritos no plano de saúde) devem aguardar para utilizar o plano de saúde. O período de carência começa a contar a partir da data da assinatura do seu contrato.

Informações sobre carência também podem ser localizadas no verso do cartão do beneficiário ou junto à Unimed Francisco Beltrão.

DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

Neste item, está a explicação sobre aquele questionário que você e seus dependentes preencheram antes da assinatura do contrato, informando se possuem ou não, alguma doença no momento da contratação do plano de saúde. Se você informar que é portador de alguma patologia, esse formulário é encaminhado para o médico-auditor da Unimed, o qual fará a análise para que seja possível aplicar a CPT – COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA.

OBS: Cobertura Parcial Temporária (CPT) é aquela que admite, por um período ininterrupto de 24 (vinte e quatro) meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC)¹, leitos de alta tecnologia² e procedimentos cirúrgicos³, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal.

¹PROCEDIMENTO DE ALTA COMPLEXIDADE

Conjunto de procedimentos que envolvem alta tecnologia e alto custo, listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, disponível no site www.ans.gov.br e que relacionados diretamente à doença ou lesão preexistente poderá ter sua cobertura suspensa pelo prazo máximo de 24 (vinte e quatro) meses da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde.

²LEITO DE ALTA TECNOLOGIA

É aquele que se destina ao tratamento intensivo e especializado, montado com equipamentos de última tecnologia.

³PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

É o termo usado para designar técnicas de tratamento de lesões ou enfermidades por processo operatório, sendo ela por intervenção manual ou instrumental.

O QUE DIZ O SEU CONTRATO?

⁴ACIDENTE PESSOAL

É um evento exclusivo, com data caracterizada, diretamente externo, súbito, imprevisível, involuntário, causador de lesão física e que torne necessário o tratamento médico.

Observação

A Unimed só faz remoção de pacientes de um hospital para outro. Não faz remoção de casa para o hospital ou vice-versa.

URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Neste item, está a explicação sobre a diferença entre Urgência e Emergência, como será prestado o atendimento nessas situações e também em que casos está garantida a remoção terrestre.

Se você contratou um plano com cobertura para internamento, mas ainda estiver em período de carência e necessitar de atendimento de emergência, a cobertura será de até **12 horas**, em atendimento no ambulatório, **não incluindo cobertura para internamento.**

Mas se for um caso de urgência decorrente de acidente pessoal⁴, a cobertura será integral após 24 horas da assinatura do contrato.

Se for um atendimento decorrente de complicação na gravidez, mas ainda durante a cobertura contratual, é garantido o atendimento limitado até 12 horas.

Se por acaso, depois que você receber o atendimento de urgência ou de emergência e o médico que fez o atendimento verificar que o hospital ou o pronto atendimento não tem capacidade de dar continuidade ao atendimento, neste caso, a Unimed deverá fazer sua remoção e de seus dependentes (titular e dependentes inscritos no plano de saúde) para outro hospital que possa atendê-los.

Vamos imaginar que ainda esteja em período de carência para internamento e depois de realizados os atendimentos de urgência e emergência, o médico percebe que você precisa ficar internado, mas o hospital em que você está, não atende pelo SUS. Neste caso também a Unimed fará a remoção para um hospital do SUS.

MECANISMOS DE REGULAÇÃO:

Nesta cláusula, estão explicações sobre os mecanismos de regulação¹ que a Unimed Francisco Beltrão utiliza, sendo Autorização Prévia e Coparticipação².

- Autorização prévia = solicitar autorização à Unimed para a realização dos procedimentos;
- Coparticipação: valor cobrado na fatura da mensalidade, referente a uma parte da despesa do procedimento realizado em caráter ambulatorial.

¹MECANISMO DE REGULAÇÃO

Medidas de gerenciamento para regular a demanda de utilização do plano de saúde.

²COPARTICIPAÇÃO

É a participação na despesa assistencial a ser paga pelo beneficiário diretamente à operadora, após a realização de procedimento.

Observação

Em casos de urgência ou emergência não é necessário solicitar autorização prévia.

O QUE DIZ O SEU CONTRATO?

Observação

Não efetue nenhum pagamento direto ao médico cooperado ou a outrem por qualquer serviço próprio ou credenciado, sem antes procurar orientação com a Unimed Francisco Beltrão para os devidos esclarecimentos.

FORMAÇÃO DO PREÇO E PAGAMENTO DA MENSALIDADE

Nesta cláusula, você saberá como a Unimed Francisco Beltrão chegou ao valor das mensalidades que são apresentadas no momento da venda do plano e, também, como você deverá fazer o pagamento das mensalidades e serviços para a Unimed.

O valor se refere a todos que estão inscritos no plano (titular e dependentes inscritos no plano de saúde), e será cobrado por meio de fatura para pagamento em data combinada com você. Em caso de atraso no pagamento, poderá haver a incidência de juros e multa e, ainda, rescisão contratual.

Nos planos comercializados pela Unimed Francisco Beltrão, os valores são preestabelecidos, ou seja, quando o valor da mensalidade é calculado/cobrado antes da utilização das coberturas contratadas.

Além do valor da mensalidade, serão cobradas participações sobre os serviços que forem realizados para você no ambulatório, ou seja, quando não houver internamento que, dependendo do plano, podem ser de 30% ou 50% sobre uma tabela negociada entre a Unimed Francisco Beltrão e os prestadores de serviços.

A participação desses serviços é limitada ao Teto (valor máximo) por procedimento. Não há cobrança de participação no internamento (caracteriza-se internamento a permanência de paciente em quarto hospitalar acima de 12 horas). A cobrança da participação é efetuada após a execução do procedimento ou evento médico, juntamente com a mensalidade.

REAJUSTES:

Nesta cláusula, você saberá como são feitos os reajustes da sua mensalidade, mas é importante lembrar que os planos de saúde possuem dois tipos de reajustes: o primeiro é anual sobre o valor da tabela de mensalidades, e o segundo é por faixa etária, quando você ou seus dependentes fazem aniversário e mudam de uma faixa para a outra.

Nos planos individuais/familiares, o reajuste anual da mensalidade é autorizado pela ANS, já nos planos coletivos empresariais é feito o cálculo baseado nas despesas assistenciais.

O QUE DIZ O SEU CONTRATO?

FAIXAS ETÁRIAS:

Este item demonstra quais são os intervalos das faixas etárias que receberão reajuste quando você fizer aniversário.

| Faixas Etárias | |
|----------------------|----------------------|
| 1ª - até 18 anos | 6ª - de 39 a 43 anos |
| 2ª - de 19 a 23 anos | 7ª - de 44 a 48 anos |
| 3ª - de 24 a 28 anos | 8ª - de 49 a 53 anos |
| 4ª - de 29 a 33 anos | 9ª - de 54 a 58 anos |
| 5ª - de 34 a 38 anos | 10ª - de 59 anos |

CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO:

Aqui você saberá em que situações poderá deixar de ser beneficiário do plano em que está inscrito.

QUEM PODE SER DEPENDENTE?

DICA UNIMED

Coloque a sua saúde na cabeça.

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



Usualmente, são dependentes:

- a) Cônjuge
- b) Os filhos e netos 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 tal situação esteja prevista 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 a ser cumprido pelo representante legal.

Se o plano não possuir cobertura obstétrica, o recém-nascido poderá ser inscrito como dependente, mas precisará cumprir prazo de carência.

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

O **recém-casado** cumprirá normalmente a carência prevista em contrato.

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.

COMO ACONTECEM AS INCLUSÕES E EXCLUSÕES DE BENEFICIÁRIOS?



No caso de **Planos Coletivos**, o beneficiário 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.

SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO CLIENTE

► O **SAC** (Serviço de Atendimento ao Cliente) é o canal disponível para o cliente realizar a sua primeira manifestação (solicitações, sugestões, elogios, reclamações e dúvidas) junto à Unimed Francisco Beltrão. Além desse, disponibilizamos também o canal Fale Conosco que está disponível no nosso site: www.unimed.coop.br/franciscobeltrao

Ou entre em contato com:

relacionamentoaocliente@unimedfb.coop.br



SAC

0800 041 4554

SAC deficientes auditivos

0800 642 2009

CONSIDERAÇÕES IMPORTANTES

A ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) estabelece, por meio das Resoluções Normativas 259 e 268, como obrigatoriedade das operadoras garantirem o atendimento para a marcação de consultas eletivas, procedimentos e internações nas áreas de abrangência do plano. Portanto, sempre que tiver dificuldade no agendamento de consultas, ou mesmo para encontrar um profissional credenciado para atender a sua necessidade, procure a Unimed Francisco Beltrão pelo telefone (46) 3520-5834, ou ligue no 0800 disponível no verso do seu cartão para receber auxílio.

Lembre-se que seu contrato foi assinado com a Unimed Francisco Beltrão, então, mesmo em caso de atendimento por outra Unimed, sempre que encontrar dificuldades no agendamento, entre em contato conosco pelo SAC 0800 041 4554, pois a responsabilidade pela liberação do atendimento é sempre da Unimed Francisco Beltrão.

PORTABILIDADE

O QUE É?

É a possibilidade de contratar um plano de saúde, dentro da mesma operadora ou com uma operadora diferente, e ficar dispensado de cumprir novos períodos de carência ou de cobertura parcial temporária exigíveis e já cumpridos no plano de origem. Essa possibilidade vigora para todos os tipos de planos de saúde, contratados a partir de 02/01/1999, uma vez cumpridos os requisitos trazidos na RN 438/18 e IN/DIPRO 56. A nova regra está vigente desde **junho/2019**.

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

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

- O plano atual deve ter sido contratado após 1º de janeiro de 1999 ou ter sido adaptado à Lei dos Planos de Saúde (Lei 9.656/98).
- O contrato deve estar ativo, ou seja, o plano atual não pode estar cancelado.
- O beneficiário deve estar em dia com o pagamento das mensalidades.
- O beneficiário deve cumprir o prazo mínimo de permanência no plano:
 - ◇ 1ª Portabilidade – dois anos no plano de origem ou três anos se tiver cumprido Cobertura Parcial Temporária (CPT) para uma Doença ou Lesão Preexistente.
 - ◇ 2ª Portabilidade – Se já tiver feito portabilidade para um plano antes, o prazo de permanência exigido é de pelo menos um ou de dois anos caso tenha feito portabilidade para o plano atual com coberturas não previstas no plano anterior.
- O plano de destino deve ter **preço compatível** com o seu plano atual (veja a seguir sobre planos compatíveis).

Portabilidade Cobertura Parcial Temporária (CPT)

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

PORTABILIDADE



QUANDO PODE SER SOLICITADA A PORTABILIDADE DE CARÊNCIAS?

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

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

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

COMO SABER QUAIS SÃO OS PLANOS COMPATÍVEIS PARA PORTABILIDADE?

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

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

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

- Quando o plano de origem tem formação de preço **pós-estabelecida** ou **mista** (plano que não possui valor de mensalidade fixo);
- Quando a portabilidade for realizada de um plano empresarial para outro plano empresarial;
- Nas portabilidades especiais e extraordinárias;
- Nas situações específicas de portabilidade por extinção do vínculo do beneficiário (ver a seguir).

DICA UNIMED

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

- 300 dias para parto; e
- 180 dias para as demais coberturas (internação, exames, consultas).

PORTABILIDADE



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

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

PLANOS COLETIVOS POR ADESÃO:

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

PLANOS COLETIVOS EMPRESARIAIS:

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

SITUAÇÕES ESPECÍFICAS DE PORTABILIDADE

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

SITUAÇÕES:

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

COMO FICAM AS REGRAS?

- **Vínculo:** O beneficiário não precisa estar com o contrato ativo.
- **Permanência:** O beneficiário não precisa ter cumprido o prazo de permanência mínima, mas, se estiver há menos de 300 dias no plano, estará sujeito aos períodos de carência do plano de destino (quando cabíveis) descontados do tempo em que permaneceu no plano de origem.
- **CPT:** Se estiver cumprindo CPT, o beneficiário só precisa cumprir o prazo remanescente.
- **Compatibilidade:** Não se aplica a regra de compatibilidade por faixa de preços. O beneficiário pode mudar para qualquer plano independentemente do valor da mensalidade.
- **A quem se aplica:** Tanto o titular quanto os dependentes (Inscritos no plano de saúde) têm direito à portabilidade.
- **Data de contratação:** O plano atual (plano de origem) pode ter sido contratado antes de 1º/01/1999 e não ter sido adaptado à Lei 9.656/98.

PORTABILIDADE



PORTABILIDADE ESPECIAL

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

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

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

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

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

PRAZO DA OPERADORA

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

PORTABILIDADE



CANCELAMENTO DO PLANO DE ORIGEM

Depois que você já estiver no novo plano, não se esqueça de solicitar o cancelamento do seu plano anterior diretamente à operadora responsável no **prazo de cinco dias**. Guarde seu comprovante, pois a nova operadora poderá solicitá-lo a qualquer momento.

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

OUTRAS INFORMAÇÕES IMPORTANTES!

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

O presente texto é uma adaptação da cartilha sobre portabilidade de carências da ANS, disponível no link:< http://www.ans.gov.br/images/stories/noticias/pdf/Cartilha_Final.pdf>. Acesso em 9 de agosto de 2019.

AUDITORIA

(Resolução CFM 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 na função de auditor encontra-se sob a égide do Código de Ética Médica.

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

INATIVOS

Lei 9.656/98 e RN 279

Têm 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 do plano de saúde com a empresa. Quando o período for inferior, cada ano de contribuição dá direito a um ano no plano coletivo depois da aposentadoria. Os demitidos sem justa causa ou exonerados, poderão permanecer no plano de saúde por um período equivalente a um terço do tempo em que contribuíram com o plano, respeitado o limite mínimo de seis meses e máximo de dois anos ou até conseguirem um novo emprego que tenha o benefício de plano de saúde. É garantido ao aposentado ou demitido, o direito de manter a condição de beneficiário individualmente ou com seu grupo familiar, além da inclusão de novo cônjuge e filhos no período de manutenção da condição de beneficiário no plano de aposentado ou demitido.

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

Endereços e
contatos da
Unimed
Francisco
Beltrão

ENDEREÇOS E HORÁRIOS DE FUNCIONAMENTO

UNIMED FRANCISCO BELTRÃO

Av. Julio Assis Cavalheiro – 1171

85.601-000

(46) 3520-5834

Horário de atendimento

Segunda a Sexta-feira das 7h30 às 18h15 horas

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 direitos 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 o risco imediato de morte 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 o histórico de vida 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. Tem 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.

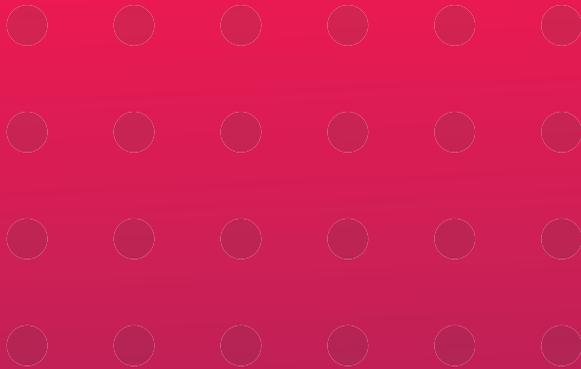
Plano – É o produto registrado na ANS que a empresa (no caso de pessoa jurídica) ou indivíduo (no caso de pessoa física) contratou com a Unimed. Cada plano ou produto corresponde a um contrato.

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 a prestação de serviços aos beneficiários.

Tabela de 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 distribuídos na área de ação, para facilitar o atendimento dos beneficiários.

Urgência - É o evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo gestacional.



APLICATIVO **UNIMED** **CLIENTE PR**

Conte com a Unimed sem sair de casa.

Veja como é fácil baixar:

1



Vá até a loja de compras do seu celular

2



Baixe o aplicativo **Unimed Cliente PR**

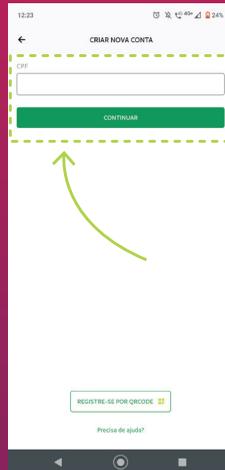
3

Clique em **Criar conta**



4

Cadastre o seu CPF



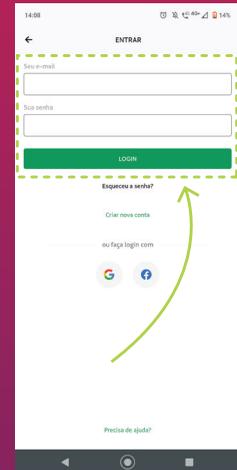
5

Confirme seus dados



6

Cadastre seu **e-mail** e uma **senha**



Pronto! Aproveite todas as facilidades que o aplicativo Unimed Cliente PR oferece.

Caso tenha dificuldade para baixar o aplicativo, entre em contato:

 **(46) 3520-5834**



Acabaram as buscas. Chegou o aplicativo Oficial Unimed PR.

Baixe o Aplicativo Unimed Cliente Paraná nas lojas na Apple Store ou Google Play Store, e tenha acesso a importantes recursos que o (a) ajudarão na utilização do seu plano de saúde.

Na barra de buscas da sua Store, basta digitar “Cliente Unimed PR” e baixar. A partir daí você terá recursos para deixar a utilização do seu plano de saúde mais simples e dinâmica.

Aplicativo Unimed Cliente PR. **Baixou. Clicou. Resolveu.**



Produzido por: Unimed Paraná
Cnpj: 78.339.439/0001-30
Última atualização: **fevereiro/2022**



Unimed 
Francisco Beltrão

Manual do _____
Cliente
Unimed
Francisco Beltrão



ANS-nº336858

www.unimed.coop.br/franciscobeltrao

Avenida Júlio Assis Cavalheiro, 1171 - 85601-000 Centro, Francisco Beltrão-PR

T./F.: (46) 3520-5834 **SAC** 0800 041 4554 **Deficientes auditivos** 0800 642 2009