



JUDICEMED

Autogestão em Saúde
da Magistratura Paranaense

MANUAL DO BENEFICIÁRIO



JUDICEMED

Autogestão em Saúde
da Magistratura Paranaense



PREZADO BENEFICIÁRIO E FAMÍLIA

É uma grande satisfação recebê-lo como beneficiário JUDICEMED, operadora de plano de saúde, cujo principal objetivo é a prestação de serviço médico-hospitalar de qualidade.

A JUDICEMED foi criada em 6 de agosto de 1972, pelo Des. Alceste Ribas de Macedo, tendo nesta época o nome de Divisão de Assistência Médica e Social. Inicialmente sua finalidade era atender os magistrados, funcionários e serventuários da Justiça em suas necessidades médico-hospitalares, odontológicas e farmacêuticas.

Foi em 1980 que os serventuários da Justiça se desligaram da JUDICEMED, formando seus planos de saúde próprios. Neste mesmo ano houve um aumento dos convênios com instituições médicas e a instituição foi tomando forma e buscando novas opções para atender os magistrados.

Em 1999, foram adotadas medidas de estabilidade financeira, desenvolvendo novos sistemas para conter despesas e aumentar arrecadações.

Sentindo a necessidade de ampliar as possibilidades de atendimento em instituições médicas, em 2004, a JUDICEMED firmou contrato com a Unimed, uma das maiores operadoras de planos privados do Brasil, ampliando a cobertura do atendimento dos beneficiários.

Em 2006, sob a denominação de Associação de Assistência Médico Hospitalar dos Magistrados no Estado do Paraná, foi registrada como associação civil de fins não econômicos, pessoa jurídica de direito privado, na modalidade de autogestão, com abrangência estadual.

Nestes cinquenta anos de existência, buscamos sempre atender nossos beneficiários em todas as suas necessidades médico-hospitalares, com presteza e dinamismo.

Leia o Manual do Beneficiário atentamente e consulte-o sempre que houver necessidade. Caso ainda restem dúvidas, acesse o regulamento na íntegra através do seguinte endereço eletrônico **www.judicemed.com.br** ou entre em contato conosco através do telefone (41) 3017-1600.



JUDICEMED

Autogestão em Saúde
da Magistratura Paranaense

MISSÃO

Atender as necessidades médico-hospitalares, tanto preventivas quanto curativas, dos nossos beneficiários, atuando com ética, agilidade e excelência no atendimento.



VALORES

BENEFICIÁRIOS

São o foco do nosso trabalho, nossos beneficiários devem receber nossos serviços com a máxima qualidade e agilidade, garantindo-lhes os melhores resultados.

COLABORADORES

Representam o capital intelectual e o ativo de grande importância da empresa.

FORNECEDORES

Parceiros de essencial importância na elaboração e qualidade de nossos serviços.

SUMÁRIO

POR QUE UTILIZAR A JUDICEMED?	6
PRODUTOS REGISTRADOS	6
ÁREA DE ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA	6
SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL E ACOMODAÇÃO	6
INCLUSÕES DE BENEFICIÁRIOS	7
CARÊNCIAS	10
ALTERAÇÕES CADASTRAIS	12
CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO	12
REDE CREDENCIADA	13
CONSULTAS ELETIVAS	13
ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA	14
EXAMES, PROCEDIMENTOS E INTERNAMENTOS ELETIVOS	14
EXAMES, PROCEDIMENTOS E INTERNAMENTOS DE EMERGÊNCIA	14
UNIDADE DE ATENDIMENTO UNIMED CURITIBA	15
REEMBOLSOS	15
UM MÉDICO PARA CHAMAR DE SEU	17
HOME CARE	18
CANAIS DE ATENDIMENTO	20
Portal da JUDICEMED	20
APP JUDICEMED	20
Telefones Úteis JUDICEMED	21
Plantão de Atendimento 24 horas! Quando utilizar?	21
Ouvidoria	22
HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO DA JUDICEMED	22
INFORMAÇÕES MÍNIMAS ACERCA DAS DIFERENÇAS DOS TIPOS DE CONTRATAÇÃO	23
MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA CONTRATAÇÃO DE PLANO DE SAÚDE	26
GUIA DE LEITURA CONTRATUAL	32



POR QUE UTILIZAR A JUDICEMED?

O nosso plano contempla coberturas exclusivas, atendendo as necessidades médico-hospitalares, tanto preventivas quanto curativas, dos nossos beneficiários, atuando com ética, agilidade e excelência. É um plano de saúde comprometido com um atendimento de qualidade e rede credenciada diferenciada.

Ao utilizar a JUDICEMED, seus beneficiários estão fortalecendo nossa rede credenciada e a tornando cada vez mais conhecida.

PRODUTOS REGISTRADOS

A JUDICEMED tem dois produtos regulamentados na ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar:

PLANO JUDICEMED - Número de Registro - 464832113

JUDICEMED FAMÍLIA - Número de Registro – 468298120

ÁREA DE ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA

Os beneficiários poderão ser atendidos em todo o território estadual.

SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL E ACOMODAÇÃO

A segmentação assistencial será o Ambulatorial+Hospitalar com Obstetrícia, com acomodação em apartamento com banheiro privativo.



INCLUSÕES DE BENEFICIÁRIOS

Conforme prevê o regulamento da JUDICEMED em seu artigo 10: “são denominados beneficiários da Judicemed, os magistrados do Paraná, associados da Amapar e da Mútua, em dia com suas obrigações para com ela, obedecendo às normas editadas pela ANS”.

INCLUSÃO PLANO JUDICEMED

Para inclusão de beneficiários na JUDICEMED serão exigidos os seguintes documentos:

TITULAR (Magistrado)

Prazo para inclusão SEM carência: 60 dias da posse (art. 29, § 1º, do Regulamento)

- Comprovante de filiação à Associação dos Magistrados do Paraná – **AMAPAR** e da participação na MÚTUA JUDICIÁRIA PARANAENSE;
- Ficha cadastral datada e assinada;
- Declaração de saúde;
- Carta de orientação;
- Autorização para desconto em folha de pagamento;
- Informações mínimas acerca das diferenças dos tipos de contratação;
- Guia de Leitura contratual;
- Manual de Orientações para Contratação de Planos de Saúde;
- Cópia RG e CPF;
- Comprovante de endereço.

CÔNJUGE OU COMPANHEIRO

Prazo para inclusão SEM carência: 30 dias da união

(art. 14, § 1º, do Regulamento)

- Ficha cadastral datada e assinada;
- Declaração de saúde;
- Carta de orientação;
- Autorização para desconto em folha de pagamento;
- Informações mínimas acerca das diferenças dos tipos de contratação;
- Guia de Leitura contratual;
- Manual de Orientações para Contratação de Planos de Saúde;
- Cópia do RG e CPF;
- Cópia da certidão de casamento **ou** declaração expressa do beneficiário titular, por instrumento público, reconhecendo o estado de união estável de acordo com a legislação em vigor;
- Comprovante de endereço.

FILHOS E NETOS

SEM carência RECÉM NASCIDO: 30 dias do nascimento

(art. 14, do Regulamento)

Idade máxima para inclusão: 24 anos, se estudante e dependente

- Ficha cadastral datada e assinada;
- Declaração de saúde;
- Carta de orientação;
- Autorização para desconto em folha de pagamento;
- Informações mínimas acerca das diferenças dos tipos de contratação;
- Guia de Leitura contratual;
- Manual de Orientações para Contratação de Planos de Saúde;
- Cópia RG e CPF, se tiver, caso contrário, certidão de nascimento;
- Comprovante de endereço;
- Espelho de matrícula comprovando estar cursando o 3º grau.

INCLUSÃO PLANO JUDICEMED FAMÍLIA

Poderão ser admitidos como beneficiários no **JUDICEMED FAMÍLIA**, o grupo familiar do Magistrado, limitado ao terceiro grau de parentesco, consanguíneo ou afim, em linha reta conforme prevê o artigo 5º, alínea c, do Estatuto da JUDICEMED, sendo:

- Os filhos, após 24 anos, considerados assim: titulares facultativos;
- Os netos do Magistrado titular;
- Os bisnetos do Magistrado titular;
- Os pensionistas, na qualidade de sócios vinculados da Associação dos Magistrados do Paraná – **AMAPAR**;
- Viúvos de facultativos, e seus dependentes, desde que façam opção pela **JUDICEMED** no prazo máximo de 60 dias após o óbito do beneficiário titular;

A documentação necessária no processo de inclusão ao **PLANO JUDICEMED FAMÍLIA** é a mesma listada anteriormente, diferenciando somente, a autorização de cobrança, que passa a ser débito em conta corrente, nas instituições bancárias disponíveis ou boleto bancário.

Após deferimento de sua inscrição e entrega de toda documentação pertinente, a **JUDICEMED** terá o prazo de 3 (três) dias úteis para efetivação do cadastro.





CARÊNCIAS

CONDIÇÕES PARA ADERIR À JUDICEMED, SEM CARÊNCIA:

- Para o magistrado e seus dependentes a adesão à JUDICEMED ocorrerá no prazo de 60 dias de sua posse, concomitantemente à Amapar e à Mútua de acordo com o art. 29, § 1º, do regulamento, após a entrega da documentação completa.
- É assegurada a inscrição ao recém-nascido, mediante adesão nos 30 primeiros dias após o parto, de acordo com o art. 14, do regulamento, após a entrega da documentação completa.
- Deverão ser inscritos os cônjuges ou companheiros até o 30º dia da data do casamento ou do reconhecimento de união estável, § 1º, art. 14, do regulamento.
- A Portabilidade de carência será analisada segundo os critérios da RN 186/2009, da ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Não ocorrendo nenhuma das hipóteses referidas, serão exigidos os seguintes prazos de carências:

I	24h	Para atendimentos de urgência e emergência, observados o disposto no artigo 33, §3º do regulamento da JUDICEMED;
II	30 dias	Consultas e exames de patologia clínica;
III	90 dias	Procedimentos de diagnóstico e terapia, a saber: EXAMES SIMPLES: eletrocardiograma convencional, endoscopia em regime ambulatorial; exames radiológicos simples sem contraste; histocitopatologia; exames e testes alergológicos; exames e testes oftalmológicos; exames e testes otorrinolaringológicos, exceto a videolaringoestroboscopia; inaloterapia; prova de função pulmonar; teste ergométrico; procedimentos de reabilitação e fisioterapia.
IV	180 dias	Internamentos clínicos ou cirúrgicos, bem como procedimentos cirúrgicos em regime ambulatorial, exames e procedimentos especiais, a saber: angiografia, arteriografia, eletroencefalograma convencional, eletroencefalograma convencional, eletroencefalograma prolongado, potencial evocado, polissonografia e mapeamento cerebral; ultrassonografia, tomografia computadorizada; ressonância nuclear magnética; medicina nuclear; densitometria óssea; laparoscopia diagnóstica; ecocardiograma uni e bidimensional, inclusive com doppler colorido; eletrocardiograma dinâmica (holter); monitorização ambulatorial de pressão arterial; litotripsia; radiologia com contraste e intervencionista; cineangiocoronariografia e videolaringoestroboscopia computadorizada; videolaparoscopia diagnóstica e cirúrgica; tratamento esclerosante de varizes de esôfago; hemodiálise e diálise peritoneal; endoscopia que não possa ser realizada em regime ambulatorial; eletromiografia; eletroneuromiografia; quimioterapia e radioterapia e hemoterapia.
V	300 dias	Para partos a termo.

ALTERAÇÕES CADASTRAIS

Mantenha sempre seu cadastro atualizado, pois disso depende a qualidade de nossa comunicação.

Alterações cadastrais como mudança de endereço, e-mail, telefone, entre outros, devem ser comunicadas à JUDICEMED pelo e-mail:

administrativo@judicemed.com.br

CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO



Liberações: 41 3017-1602
41 99187-0190 – somente WhatsApp
atendimento@judicemed.com.br
(das 8h30 às 19h, de segunda a sexta-feira)

* Procedimentos realizados em final de semana e feriado deverão ser liberados no primeiro dia útil subsequente, SEM PREJUÍZO DO ATENDIMENTO AO BENEFICIÁRIO.

Plantão para URGÊNCIAS e EMERGÊNCIAS
41 99683-0590

Este cartão é numerado, nominativo e intransferível e sob nenhuma hipótese poderá ser cedido ou emprestado.

Válido somente com apresentação do documento de identidade.

Disque ANS - 0800 7019656 Endereço eletrônico - www.ans.gov.br

www.judicemed.com.br

administrativo@judicemed.com.br

ANS nº 41795-5

A JUDICEMED disponibiliza ao beneficiário um cartão de identificação personalizado.

Para facilitar o atendimento, o cartão e um documento de identificação válido devem ser apresentados aos prestadores no ato da solicitação do serviço.

O cartão de identificação é exclusivo, pessoal e intransferível.

No APP JUDICEMED está disponível a versão digital da carteirinha.





REDE CREDENCIADA

O beneficiário poderá acessar a rede credenciada da JUDICEMED através do site **www.judicemed.com.br**

CONSULTAS ELETIVAS

Consultas eletivas são aquelas agendadas com antecedência. Confira algumas dicas para a sua consulta:

- No dia agendado, apresente o seu cartão de identificação e um documento com foto;
- Leve os laudos dos exames que possui;
- Caso não possa comparecer à consulta na data e horário agendados, cancele com antecedência;
- Após a consulta, procure retornar ao seu médico em até 30 (trinta) dias, evitando expiração do prazo de validade do laudo do exame.

Escolha o médico ou prestador de sua preferência na rede credenciada em nosso site **www.judicemed.com.br** ou no **APP JUDICEMED**.

Agende sua consulta e solicite sua liberação pelos canais de atendimento:

- Whatsapp: (41) 99187 0190
- APP JUDICEMED
- atendimento@judicemed.com.br
- (41) 3017-1600

ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA

Procure o pronto-socorro ou hospital credenciado mais próximo. Para auxílio, consulte nossa rede credenciada através do nosso site **www.judicemed.com.br** ou no **APP JUDICEMED**.

Dirija-se ao local de atendimento, munido de seu cartão da JUDICEMED e de seu documento de identificação.

EXAMES, PROCEDIMENTOS E INTERNAMENTOS ELETIVOS

Escolha o médico ou prestador de sua preferência na rede credenciada em nosso site **www.judicemed.com.br** ou no **APP JUDICEMED**.

Solicite sua liberação com antecedência, munido da solicitação assinada e carimbada pelo médico assistente, nos canais de atendimento:

- Whatsapp: (41) 99187 0190
- APP JUDICEMED
- atendimento@judicemed.com.br
- (41) 3017-1600

Na data e horário agendados, compareça munido de:

- Cartão da JUDICEMED;
- Documento pessoal de identificação;
- Guia autorizada pela JUDICEMED.

EXAMES, PROCEDIMENTOS E INTERNAMENTOS DE EMERGÊNCIA

Utilize os hospitais e clínicas disponíveis em nossa rede credenciada: **www.judicemed.com.br** ou no **APP JUDICEMED**.

Nos atendimentos em horário comercial, o prestador solicitará liberação à JUDICEMED.

Fora do horário comercial, finais de semana e feriados, o prestador atenderá o beneficiário e terá a liberação no próximo dia útil.

UNIDADE DE ATENDIMENTO UNIMED CURITIBA

Contamos com uma unidade de atendimento da Unimed Curitiba na sede da JUDICEMED. Funcionamento de segunda à sexta-feira, das 08h30min às 13h, e das 14h às 17h30min, telefone (41) 3017-1604, e-mail judicemed@unimedcuritiba.com.br

REEMBOLSO

Quando o beneficiário titular e/ou dependente, necessitar de assistência médica fora dos locais onde a JUDICEMED tenha serviços credenciados, nas situações de urgência ou emergência, ou quando não for possível a utilização dos serviços credenciados, este terá as despesas reembolsadas, em conformidade com a Tabela AMB e CBHMP.

Para os dependentes os valores a serem reembolsados serão os mesmos dos estabelecidos para o titular.

O reembolso deverá ser solicitado dentro do exercício fiscal (até 31 de dezembro do ano vigente).

As solicitações poderão ser encaminhadas por e-mail - **reembolso@judicemed.com.br**, via App ou protocoladas diretamente na sede da JUDICEMED – Rua Alberto Foloni, 543 – 3º andar.

Somente será efetuado o reembolso de despesas comprovadas em documentos devidamente conferidos e aceitos com protocolo.

A análise para o reembolso previsto nos termos do Regulamento Vigente será efetuada mediante a apresentação de documentos hábeis (recibos, notas fiscais ou faturas), devidamente quitados e discriminados por item, com valor unitário de cada item, a data de realização, bem como o nome do beneficiário que recebeu o atendimento.

O reembolso será creditado no prazo máximo de 30 (trinta) dias, em conformidade com a Tabela AMB e CBHMP. Não serão efetuados reembolsos diretamente aos prestadores de serviços.

ORIENTAÇÕES GERAIS:

Para reembolso de qualquer terapia se faz necessária a apresentação de encaminhamento médico, o qual deverá ser renovado a cada seis meses ou após termino das quantidades, quando estas estiverem indicadas.

No reembolso de consultas médicas fora da rede credenciada, a JUDICEMED fará o ressarcimento de uma consulta por profissional a cada 30 dias da sua realização, de acordo com valor vigente.

No reembolso de procedimentos cirúrgicos realizados em regime particular a JUDICEMED fará a análise da cobertura mediante a apresentação dos seguintes documentos:

- Recibos quitados de honorários médicos, assistentes, auxiliares e anestesiistas, descrevendo as funções, os eventos a que se referem, bem como carimbo com o número do CRM e do CPF do profissional;
- Cópia do prontuário médico completo;
- Conta hospitalar detalhada, constando diárias, taxas, serviços auxiliares de diagnóstico e terapêuticos, relação de materiais e medicamentos utilizados, representados por nota fiscal, devidamente quitada;
- Relatório completo do médico assistente, em letra legível, com a especialidade e o CRM do mesmo, declarando o diagnóstico ou CID, data do início do evento, tratamento efetuado, data do atendimento e, se o caso exigir, as condições de emergência relatadas.

Demais orientações acesse o regulamento através do nosso site www.judicemed.com.br, ou com o Setor de Reembolso através do e-mail reembolso@judicemed.com.br, telefone (41) 3017-1629 ou ainda pelo aplicativo da JUDICEMED.



JUDICEMED

Autogestão em Saúde
da Magistratura Paranaense

UM MÉDICO PARA CHAMAR DE SEU

Contamos com um Médico de Família que está atendendo aos beneficiários no ambulatório da JUDICEMED.

Mas afinal, quem é o Médico de Família?

É aquele que cuida do indivíduo como um todo, independente de sexo, idade ou problema de saúde. Quem lhes acompanha desde antes do seu nascimento até os últimos dias de sua vida.

Ele ouve todos os seus problemas, sejam físicos, psíquicos ou puramente emocionais, e tenta resolvê-los da forma mais adequada, fazendo os devidos encaminhamentos, quando necessário.

Este profissional está capacitado a entender seu contexto familiar e social, sem restrição a raça, cultura e religião e está disposto a cuidar da sua saúde, mesmo quando ela está perfeita, para evitar que adoença.

Isto é prevenção e promoção de saúde.

Agendamento

Telefone: **(41) 3017-1600**

E-mail: **atendimento@judicemed.com.br**

WhatsApp: **(41) 99187-0190**



HOME CARE

A JUDICEMED, preocupada em garantir a elevação da qualidade de vida e tratamento médico de forma ampla e continuada, disponibiliza aos seus beneficiários o atendimento de Home Care.

Saúde em Casa - Home Care é um programa de desinternação hospitalar para pacientes com quadro clínico estável e que necessitem de cuidados e tratamentos médicos contínuos e/ou intensivos.

A equipe multiprofissional responsável pelo funcionamento criterioso e de qualidade deste serviço é composta por profissionais competentes e qualificados, sob a supervisão direta do Serviço Social da JUDICEMED.

Estes profissionais executam suas atribuições de modo diferenciado, apropriando-se da competência técnica de cada área para que os critérios de elegibilidade para Home Care sejam seguidos com o máximo de clareza e segurança.

Apropriando-se de um “olhar” técnico, ético e humano, conseguimos acompanhar permanentemente os internamentos hospitalares, o que possibilita o estreitamento de laços entre equipes; aproximação dos profissionais e família, amplitude na comunicação, baseando a definição do “atual” cenário médico (Quadro Clínico), definindo o Plano Terapêutico seguro e na medida das necessidades de nosso beneficiário.

Temos à disposição dos nossos usuários, uma rede de profissionais amplamente qualificados para atendimento, composta por médicos, nutricionistas, fisioterapeutas, fonoterapeutas, auxiliares e técnicos em enfermagem, treinados e capacitados para realizar os atendimentos domiciliares.

Os esforços para autogestão do Home Care objetiva, além dos benefícios físicos, como redução dos riscos de infecção hospitalar, suporte profissional efetivo para recuperação, reabilitação e controle das patologias graves, a nossa constante preocupação com os aspectos psicossociais, através do atendimento humanitário, suporte efetivo aos familiares, melhoria da qualidade de vida e redução dos custos assistenciais do plano de saúde.

Demais orientações com o
Serviço Social da JUDICEMED

no telefone **(41) 3017-1621**
e no e-mail **assistentesocial@judicemed.com.br**

A photograph of two call center agents, a man and a woman, both wearing headsets and smiling. The woman in the foreground is looking towards the camera, while the man is slightly behind her, looking to the side. The background is a bright, out-of-focus office environment.

CANAIS DE ATENDIMENTO

PORTAL DA JUDICEMED

Ao visitar o portal da JUDICEMED, **www.judicemed.com.br**, o beneficiário tem acesso a diversos serviços online que facilitam a utilização do seu plano de saúde, tais como: acesso à Rede Credenciada, extrato de despesas médicas, demonstrativo de IR, alteração de senha, entre outras informações.

APP JUDICEMED

Aplicativo exclusivo onde estão disponíveis os principais serviços da operadora: liberação de guias, reembolso, cartão digital, entre outros.



TELEFONES ÚTEIS JUDICEMED

SETOR	TELEFONE	E-MAIL
Liberação de Guias - JUDICEMED	(41) 3017-1600 3017-1602  (41) 99187-0190	atendimento@judicemed.com.br
Liberação de Guias - UNIMED	(41) 3017-1604	judicemed@unimedcuritiba.com.br
Reembolso	(41) 3017-1629	reembolso@judicemed.com.br
Financeiro	(41) 3017-1606  (41) 98718-6583	financeiro@judicemed.com.br
Cadastro	(41) 3017-1608  (41) 99213-2850	administrativo@judicemed.com.br
Superintendente	(41) 3017-1625	superintendente@judicemed.com.br
Credenciamento	(41) 3017-1618	credenciamento@judicemed.com.br
Enfermagem (Auditoria)	(41) 3017-1635	enfermagem@judicemed.com.br
Auditoria Médica	(41) 3017-1613	auditoria@judicemed.com.br
Serviço Social/Home Care	(41) 3017-1621	assistentesocial@judicemed.com.br

PLANTÃO DE ATENDIMENTO 24 HORAS! QUANDO UTILIZAR?

A JUDICEMED, sempre em busca de um trabalho de excelência aos seus beneficiários, mantém o **Plantão de Atendimento 24 horas**, para URGÊNCIAS e EMERGÊNCIAS, pelo telefone **(41) 99683-0590**.

Os Magistrados e dependentes, beneficiários do Plano de Saúde, que eventualmente se depararem com situações de dificuldades, sejam elas sociais, familiares, saúde, óbito, dentre outras urgências e emergências, podem contar com o **Plantão de Atendimento 24 horas**.

Nossa assistente social irá auxiliá-lo, com o máximo de agilidade, presteza e ética. Este trabalho objetiva, além da facilitação/mediação dos recursos, a melhoria da qualidade de vida dos beneficiários, nos aspectos bio-psicossocial.

OUVIDORIA

A Ouvidoria é um canal de comunicação diferenciado, em função das suas características de autonomia, independência e imparcialidade. Ela não substitui e nem invalida a atuação dos canais de primeiro atendimento hoje existentes na JUDICEMED, mas está sempre pronta a atendê-lo(a), caso não tenha obtido sucesso em seu atendimento junto aos demais canais. Para ter acesso a esse canal de comunicação, basta acessar o site **www.judicemed.com.br**, através do “Fale Conosco”. O prazo para resposta da Ouvidoria é de 7 (sete) dias úteis, sendo admitida a pactuação de prazo superior, nos casos excepcionais ou de maior complexidade, não superior a 30 dias úteis.



HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO DA JUDICEMED

De segunda a sexta-feira, das 8h30min às 19h.



JUDICEMED

Autogestão em Saúde
da Magistratura Paranaense

ASSOCIAÇÃO DE ASSISTÊNCIA MÉDICO
HOSPITALAR DOS MAGISTRADOS
NO ESTADO DO PARANÁ

INFORMAÇÕES MÍNIMAS ACERCA DAS DIFERENÇAS DOS TIPOS DE CONTRATAÇÃO

(ANEXO I – RN 379/2015)

Planos individuais ou familiares:

São aqueles contratados diretamente pelo beneficiário, com ou sem seu grupo familiar.

Planos de saúde coletivos:

Se dividem em empresarial e coletivo por adesão. Os empresariais são contratados em decorrência de vínculo empregatício para seus funcionários. Os coletivos por adesão são contratados por pessoa jurídica de caráter profissional, classista ou setorial para seus vinculados (associados ou sindicalizados, por exemplo). Na contratação destes planos pode haver a participação de Administradoras de Benefícios.

Tanto os planos individuais quanto os planos coletivos são regulados pela ANS e devem cumprir as exigências do órgão regulador com relação à assistência prestada e à cobertura obrigatória.

Veja as particularidades de cada tipo:

	Plano Individual ou Familiar	Plano Coletivo por Adesão	Plano Coletivo Empresarial
Quem pode ingressar em um plano de saúde?	Qualquer indivíduo.	Indivíduo com vínculo à pessoa jurídica por relação profissional, classista ou setorial.	Indivíduo com vínculo a pessoa jurídica por relação empregatícia ou estatutária.
Carência	Até 24 horas para urgência e emergência*; 180 dias para demais casos (por exemplo, internação); e 300 dias para o parto a termo.	Não há carência para indivíduos que ingressarem no plano em até 30 dias da celebração do contrato coletivo; não há carência para novos filiados que ingressarem no plano em até 30 dias do primeiro aniversário do contrato após a sua filiação; a aplicação de carência, quando houver, segue as regras do plano individual.	Não há carência para indivíduos que ingressarem no plano em até 30 dias da celebração do contrato ou da vinculação a pessoa jurídica, em contratos com 30 ou mais indivíduos; a aplicação de carência, quando houver, segue as regras do plano individual.
Cobertura parcial temporária (CPT) em caso de doença ou lesão preexistente (DLP)**	Por até dois anos, a partir da data de ingresso no plano, a operadora poderá suspender a cobertura de procedimentos de alta complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos para DLP.	Por até dois anos, a partir da data de ingresso no plano, a operadora poderá suspender a cobertura de procedimentos de alta complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos para DLP.	Não poderá haver suspensão temporária da cobertura de procedimentos de alta complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos em contratos com 30 ou mais indivíduos, quando o indivíduo ingressar no plano em até 30 dias da celebração do contrato ou da vinculação à pessoa jurídica.

	Plano Individual ou Familiar	Plano Coletivo por Adesão	Plano Coletivo Empresarial
Rescisão pela operadora:	A operadora poderá rescindir o contrato em caso de fraude ou por não pagamento de mensalidade a partir de 60 dias consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato. O consumidor deve ser notificado até o 50º dia da inadimplência	A operadora poderá rescindir o contrato desde que haja previsão contratual e que valha para todos os associados. O beneficiário poderá ser excluído individualmente pela operadora em caso de fraude, perda de vínculo com a pessoa jurídica contratante, ou por não pagamento. O contrato coletivo somente pode ser rescindido imotivadamente após a vigência do período de doze meses. A notificação deve ser feita com 60 dias de antecedência.	A operadora poderá rescindir o contrato desde que haja previsão em contrato e que valha para todos os associados. O beneficiário poderá ser excluído individualmente pela operadora em caso de fraude, perda de vínculo com a pessoa jurídica contratante, ou por não pagamento. O contrato coletivo somente pode ser rescindido imotivadamente após a vigência do período de doze meses. A notificação deve ser feita com 60 dias de antecedência.
Reajuste:***	Reajuste anual e limitado a índice divulgado pela ANS. Nos planos exclusivamente odontológicos o índice de reajuste deve estar estabelecido no contrato. ***	Reajuste negociado entre a operadora e a pessoa jurídica de acordo com as regras estabelecidas no contrato; reajuste único para agrupamento de contratos com menos de 30 vidas. ***	Reajuste negociado entre a operadora e a pessoa jurídica de acordo com as regras estabelecidas no contrato; reajuste único para agrupamento de contratos com menos de 30 vidas. ***

* Para maiores informações leia Resolução CONSU 13 de 03 de novembro de 1998;

** Para maiores informações leia a Carta de Orientação ao Beneficiário, instituída pela Resolução Normativa - RN nº 162, de 17 de outubro de 2007;

*** Incide o reajuste por mudança de faixa etária em todos os tipos de planos, conforme previsto em contrato.” (NR)



JUDICEMED

Autogestão em Saúde
da Magistratura Paranaense



MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA CONTRATAÇÃO DE PLANO DE SAÚDE

DIFERENÇAS ENTRE PLANOS INDIVIDUAIS E COLETIVOS

Os planos com contratação individual ou familiar são aqueles contratados diretamente da operadora de plano de saúde: é o próprio beneficiário quem escolhe as características do plano a ser contratado.

Os planos com contratação coletiva são aqueles em que o beneficiário ingressa no plano de saúde contratado por uma empresa ou órgão público (coletivo empresarial); associação profissional, sindicato ou entidade assemelhada (coletivo por adesão). Nos planos coletivos, é um representante dessas pessoas jurídicas contratantes, com a participação ou não de uma administradora de benefícios, que negocia e define as características do plano a ser contratado. Assim, é importante que o beneficiário, antes de vincular-se a um plano coletivo, em especial o por adesão, avalie a compatibilidade entre os seus interesses e os interesses da pessoa jurídica contratante.

ASPECTOS A SEREM OBSERVADOS NA CONTRATAÇÃO OU NO INGRESSO EM UM PLANO DE SAÚDE

PLANOS INDIVIDUAIS OU FAMILIARES

CARÊNCIA	É permitida a exigência de cumprimento de período de carência nos prazos máximos estabelecidos pela Lei nº 9.656/1998: 24h para urgência/emergência, até 300 dias para parto a termo e até 180 dias para demais procedimentos.
COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT)	Sendo constatado, no ato da contratação, que o beneficiário tem conhecimento de doença ou lesão preexistente (DLP), conforme declaração de saúde, perícia médica ou entrevista qualificada e Carta Orientação ao Beneficiário de entrega obrigatória, a operadora poderá oferecer cobertura total, após cumpridas eventuais carências, sem qualquer ônus adicional para o beneficiário. Caso a operadora opte pelo não oferecimento de cobertura total, deverá, nesse momento, oferecer a Cobertura Parcial Temporária (CPT), que é a suspensão, por até 24 meses, das coberturas para procedimentos de alta complexidade, internações cirúrgicas ou em leitos de alta tecnologia, relacionados exclusivamente às DLPs declaradas. Como alternativa à CPT, é facultado à operadora oferecer o Agravio, que é um acréscimo no valor da mensalidade paga ao plano privado de assistência à saúde, para que o mesmo tenha acesso regular à cobertura total, desde que cumpridas as eventuais carências. A operadora de planos de saúde não pode negar a cobertura de procedimentos relacionados à DLP não declarada pelo beneficiário antes do julgamento de processo administrativo na forma prevista pela RN nº 162/2007.
MECANISMOS DE REGULAÇÃO	É importante que o beneficiário verifique: (1) se o plano a ser contratado possui coparticipação e/ou franquia. Em caso positivo, é obrigatório constar, no contrato, quais os serviços de saúde e como será a sua participação financeira. (2) Como é o acesso aos serviços de saúde no plano que deseja contratar. Exigência de perícia por profissional de saúde, autorização administrativa prévia e/ou direcionamento a prestadores só são permitidos se houver previsão no contrato.
REAJUSTE	Os planos individuais ou familiares precisam de autorização prévia da ANS para aplicação de reajuste anual, exceto para os de cobertura exclusivamente odontológica, que devem ter cláusula clara elegendo um índice de preços divulgado por instituição externa. A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário, segundo faixas e percentuais de variação dispostos em contrato e atendendo à RN nº 63/2003.
ALTERAÇÕES NA REDE ASSISTENCIAL DO PLANO	Alterações na rede de prestadores de serviço devem ser informadas pela operadora, inclusive as inclusões. No caso de redimensionamento por redução de prestador hospitalar, a alteração necessita ser autorizada pela ANS antes da comunicação aos beneficiários. Essa comunicação deve observar 30 dias de antecedência no caso de substituição de prestador hospitalar para que a equivalência seja analisada pela ANS.
VIGÊNCIA	A vigência mínima do contrato individual ou familiar é de 12 meses com renovação automática.
REGRAS DE RESCISÃO E/OU SUSPENSÃO	Nos planos individuais ou familiares, a rescisão ou suspensão contratual unilateral por parte da operadora somente pode ocorrer em duas hipóteses: por fraude e/ou por não pagamento da mensalidade por período superior a sessenta dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, desde que o beneficiário seja comprovadamente notificado até o 50º dia de inadimplência.

PLANO COLETIVO EMPRESARIAL

	COM 30 PARTICIPANTES OU MAIS	COM MENOS DE 30 PARTICIPANTES
CARÊNCIA	Não é permitida a exigência de cumprimento de carência, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação à pessoa jurídica contratante.	É permitida a exigência de cumprimento de carência nos mesmos prazos máximos estabelecidos pela lei.
COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT)	Não é permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou de Agravado, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação à pessoa jurídica contratante.	É permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou de Agravado.
MECANISMOS DE REGULAÇÃO	É importante que o beneficiário verifique: (1) se o plano a ser contratado possui coparticipação e/ou franquia. Em caso positivo, é obrigatório constar, no contrato, quais os serviços de saúde e como será a sua participação financeira. (2) Como é o acesso aos serviços de saúde no plano que deseja contratar. Exigência de perícia por profissional de saúde, autorização administrativa prévia e/ou direcionamento a prestadores só são permitidos se houver previsão no contrato.	
REAJUSTE	Os planos coletivos não precisam de autorização prévia da ANS para aplicação de reajuste anual. Assim, nos reajustes aplicados às mensalidades dos contratos coletivos, prevalecerá o disposto no contrato ou índice resultante de negociação entre as partes contratantes (operadora de plano de saúde e pessoa jurídica), devendo a operadora, obrigatoriamente, comunicar os reajustes à ANS. O beneficiário deverá ficar atento à periodicidade do reajuste, a qual não poderá ser inferior a 12 meses, que serão contados da celebração do contrato ou do último reajuste aplicado e não do ingresso do beneficiário ao plano. Embora não haja a necessidade de prévia autorização da ANS, essa faz um monitoramento dos reajustes anuais aplicados nos contratos coletivos. A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário, segundo faixas e percentuais de variação dispostos em contrato e atendendo à RN nº 63/2003.	
ALTERAÇÕES NA REDE ASSISTENCIAL DO PLANO	Alterações na rede de prestadores de serviço devem ser informadas pela operadora, inclusive as inclusões. No caso de redimensionamento por redução de prestador hospitalar, a alteração necessita ser autorizada pela ANS antes da comunicação aos beneficiários. Essa comunicação deve observar 30 dias de antecedência no caso de substituição de prestador hospitalar para que a equivalência seja analisada pela ANS.	
VIGÊNCIA	A vigência mínima do contrato coletivo é negociada e tem renovação automática.	
REGRAS DE RESCISÃO E/OU SUSPENSÃO	Nos planos coletivos, as regras para rescisão ou suspensão contratual unilateral são negociadas entre a pessoa jurídica contratante e a operadora de plano de saúde. É importante que o beneficiário fique atento às regras estabelecidas no seu contrato. A rescisão unilateral imotivada, por qualquer das partes, somente poderá ocorrer após a vigência do período de 12 meses e mediante prévia notificação da outra parte, com antecedência mínima de 60 dias. Na vigência do contrato e sem anuência da pessoa jurídica contratante, a operadora só pode excluir ou suspender a assistência à saúde de beneficiário em caso de fraude ou perda do vínculo de titular ou de dependência.	

PLANO COLETIVO POR ADEÇÃO

CARÊNCIA	Não é permitida a exigência de cumprimento de carência, desde que o beneficiário ingresse no plano em até trinta dias da celebração do contrato firmado entre a pessoa jurídica contratante e a operadora de plano de saúde. A cada aniversário do contrato, será permitida a adesão de novos beneficiários sem o cumprimento de carência, desde que: (1) os mesmos tenham se vinculado à pessoa jurídica contratante após os 30 dias da celebração do contrato e (2) tenham formalizado a proposta de adesão até 30 dias da data de aniversário do contrato.
COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT)	É permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou de Agravos, independente do número de participantes.
MECANISMOS DE REGULAÇÃO	É importante que o beneficiário verifique: (1) se o plano a ser contratado possui coparticipação e/ou franquia. Em caso positivo, é obrigatório constar, no contrato, quais os serviços de saúde e como será a sua participação financeira. (2) Como é o acesso aos serviços de saúde no plano que deseja contratar. Exigência de perícia por profissional de saúde, autorização administrativa prévia e/ou direcionamento a prestadores só são permitidos se houver previsão no contrato.
REAJUSTE	Os planos coletivos não precisam de autorização prévia da ANS para aplicação de reajuste anual. Assim, nos reajustes aplicados às mensalidades dos contratos coletivos, prevalecerá o disposto no contrato ou índice resultante de negociação entre as partes contratantes (operadora de plano de saúde e pessoa jurídica), devendo a operadora, obrigatoriamente, comunicar os reajustes à ANS. O beneficiário deverá ficar atento à periodicidade do reajuste, a qual não poderá ser inferior a 12 meses, que serão contados da celebração do contrato ou do último reajuste aplicado e não do ingresso do beneficiário ao plano. Embora não haja a necessidade de prévia autorização da ANS, essa faz um monitoramento dos reajustes anuais aplicados nos contratos coletivos. A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário, segundo faixas e percentuais de variação dispostos em contrato e atendendo à RN nº 63/2003.
ALTERAÇÕES NA REDE ASSISTENCIAL DO PLANO	Alterações na rede de prestadores de serviço devem ser informadas pela operadora, inclusive as inclusões. No caso de redimensionamento por redução de prestador hospitalar, a alteração necessita ser autorizada pela ANS antes da comunicação aos beneficiários. Essa comunicação deve observar 30 dias de antecedência no caso de substituição de prestador hospitalar para que a equivalência seja analisada pela ANS.
VIGÊNCIA	A vigência mínima do contrato coletivo é negociada e tem renovação automática.
REGRAS DE RESCISÃO E/OU SUSPENSÃO	Nos planos coletivos, as regras para rescisão ou suspensão contratual unilateral são negociadas entre a pessoa jurídica contratante e a operadora de plano de saúde. É importante que o beneficiário fique atento às regras estabelecidas no seu contrato. A rescisão unilateral imotivada, por qualquer das partes, somente poderá ocorrer após a vigência do período de 12 meses e mediante prévia notificação da outra parte, com antecedência mínima de 60 dias. Na vigência do contrato e sem anuência da pessoa jurídica contratante, a operadora só pode excluir ou suspender a assistência à saúde de beneficiário em caso de fraude ou perda do vínculo de titular ou de dependência.

PERDA DA CONDIÇÃO DE BENEFICIÁRIO NOS PLANOS COLETIVOS

Nos planos coletivos, os beneficiários titulares e seus dependentes podem ser excluídos do plano de saúde, que continua vigente, quando perdem o vínculo com a pessoa jurídica contratante, ou seja, com o sindicato, associação profissional ou congênere, órgão público ou empresa.

DIREITOS DOS ARTIGOS 30 E 31, DA LEI Nº 9656/1998, NOS PLANOS COLETIVOS EMPRESARIAIS

Nos planos coletivos empresariais em que há participação financeira do beneficiário no pagamento da mensalidade, regular e não vinculada à coparticipação em eventos, é assegurado ao mesmo o direito de permanência nesse plano coletivo no caso de demissão sem justa causa ou aposentadoria. No caso de morte do titular demitido ou aposentado em gozo do benefício decorrente dos artigos 30 e 31, é assegurada a permanência do grupo familiar.

O beneficiário tem um prazo máximo de 30 dias, após seu desligamento, para se manifestar junto à empresa/órgão público, com a qual mantinha vínculo empregatício ou estatutário, sobre a sua vontade de permanecer no plano de saúde. O beneficiário assume integralmente o pagamento da mensalidade quando opta pela permanência. O período de manutenção da condição de beneficiário do plano é de 6 meses, no mínimo, e proporcional ao período em que o mesmo permaneceu vinculado e contribuindo para o plano de saúde como empregado ou servidor.

Salientamos que o beneficiário perde o direito de permanência no plano de saúde do seu ex-empregador ou órgão público quando da sua admissão em um novo emprego ou cargo.

DIREITO DE MIGRAR PARA PLANO INDIVIDUAL OU FAMILIAR APROVEITANDO CARÊNCIA DO PLANO COLETIVO EMPRESARIAL

Os beneficiários de planos coletivos empresariais que tiverem o benefício de plano de saúde extinto terão o direito de vincular-se a um plano da mesma operadora, com contratação individual ou familiar, sem a necessidade de cumprimento de novos prazos de carência. Essa prerrogativa não se aplica aos planos de autogestões.

A condição para exercer esse direito é que a operadora comercialize plano individual ou familiar.

O beneficiário tem um prazo máximo de 30 dias, após a extinção do benefício, para contratar, junto à operadora, o plano individual ou familiar.

Esse direito não existe caso tenha havido apenas a troca de operadora por parte do contratante (órgão público ou empresa).

COBERTURA E SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL

Define o tipo de assistência à qual o beneficiário terá direito. Os planos podem ter assistência ambulatorial, hospitalar, obstétrica e odontológica. Essas assistências à saúde isoladas ou combinadas definem a segmentação assistencial do plano de saúde a ser contratado pelo beneficiário. A Lei nº 9.656/1998 definiu, como referência, o plano com assistência ambulatorial, hospitalar, obstétrica e urgência/emergência integral após 24h, em acomodação padrão enfermaria. O contrato pode prever coberturas mais amplas do que as exigidas pela legislação, mas as exclusões devem estar limitadas às previstas na Lei nº 9.656/1998.

A cobertura para acidente do trabalho ou doença profissional em planos coletivos empresariais é adicional e depende de contratação específica.

ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA

Apointa, para o beneficiário, a área em que a operadora de plano de saúde se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas. A abrangência geográfica pode ser nacional, estadual, grupo de estados, municipal ou grupo de municípios.

ÁREA DE ATUAÇÃO

É a especificação nominal do (s) estado (s) ou município (s) que compõe (m) as áreas de abrangência estadual, grupo de estados, grupo de municípios ou municipal.

É importante que o beneficiário fique atento a essas informações, uma vez que as especificações da área de abrangência e da área de atuação do plano, obrigatoriamente, devem constar no contrato de forma clara.

ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS

Quando houver a participação Administradora de Benefícios na contratação de plano coletivo empresarial, a verificação do número de participantes, para fins de carência ou CPT, considerará a totalidade de participantes eventualmente já vinculados ao plano estipulado.

Se a contratação for de plano coletivo por adesão, para fins de carência, considerar-se-á, como data de celebração do contrato coletivo, a data do ingresso da pessoa jurídica contratante ao contrato estipulado pela Administradora de Benefícios.

Para informar-se sobre esses e outros detalhes da contratação de planos de saúde, o beneficiário deve contatar a operadora. Permanecendo dúvidas, pode consultar a ANS pelo site www.ans.gov.br ou pelo Disque ANS (0800-701-9656).

ESTE MANUAL NÃO SUBSTITUI O CONTRATO.



JUDICEMED

Autogestão em Saúde
da Magistratura Paranaense

**Operadora: Associação de Assistência Médico Hospitalar
dos Magistrados do Estado do Paraná - JUDICEMED**

Nº de registro na ANS: 41795-5

**Nº de registro dos produtos: 464832113 (PLANO JUDICEMED) e
468298120 (JUDICEMED FAMÍLIA)**

GUIA DE LEITURA CONTRATUAL

		PÁGINA DO REGULAMENTO
CONTRATAÇÃO	Determina se o plano destina-se à pessoa física ou jurídica. A contratação pode ser Individual/Familiar, Coletivo por Adesão ou Coletivo Empresarial.	6
SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL	Define a amplitude da cobertura assistencial do plano de saúde. A segmentação assistencial é categorizada em: referência, hospitalar com obstetrícia, hospitalar sem obstetrícia, ambulatorial, odontológica e suas combinações.	6
PADRÃO DE ACOMODAÇÃO	Define o padrão de acomodação para o leito de internação nos planos hospitalares; pode ser coletiva ou individual.	7
ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA E ATUAÇÃO	Área em que a operadora de plano de saúde se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas. À exceção da nacional, é obrigatória a especificação nominal do(s) estado(s) ou município(s) que compõem as áreas de abrangência estadual, grupo de estados, grupo de municípios ou municipal.	6
COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS	É o conjunto de procedimentos a que o beneficiário tem direito, previsto na legislação de saúde suplementar pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura mínima obrigatória, e no contrato firmado com a operadora, conforme a segmentação assistencial do plano contratado. O beneficiário deve analisar detalhadamente as coberturas a que tem direito.	13
EXCLUSÕES DE COBERTURAS	É o conjunto de procedimentos a que o beneficiário não tem direito, previsto na legislação de saúde suplementar, conforme a segmentação assistência do plano contratado.	20
DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES (DLP)	Doenças e lesões preexistentes - DLP - são aquelas existentes antes da contratação do plano de saúde, e que o beneficiário ou seu responsável saiba ser portador.	24

		PÁGINA DO REGULAMENTO
CARÊNCIAS	Carência é o período em que o beneficiário não tem direito a cobertura após a contratação do plano. Quando a operadora exigir cumprimento de carência, este período deve estar obrigatoriamente escrito, de forma clara, no contrato. Após cumprida a carência, o beneficiário terá acesso a todos os procedimentos previstos em seu contrato e na legislação, exceto eventual cobertura parcial temporária por DLP.	23
MECANISMO DE REGULAÇÃO	São os mecanismos financeiros (franquia e/ou coparticipação), assistenciais (direcionamento e/ou perícia profissional) e/ou administrativos (autorização prévia) que a operadora utiliza para gerenciar a demanda e/ou utilização dos serviços de saúde.	27
VIGÊNCIA	Define o período em que vigorará o contrato.	22
RESCISÃO/ SUSPENSÃO	A rescisão põe fim definitivamente à vigência do contrato. A suspensão descontinua a vigência do contrato.	Não se aplica
REAJUSTE	O reajuste por variação de custos é o aumento anual de mensalidade do plano de saúde em razão de alteração nos custos, ocasionada por fatores tais como inflação, uso de novas tecnologias e nível de utilização dos serviços. A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário.	31
CONTINUIDADE NO PLANO COLETIVO EMPRESARIAL (ART. 30 E 31 DA LEI Nº 9.656/1998)	A existência da contribuição do empregado para o pagamento da mensalidade do plano de saúde, regular e não vinculada à coparticipação em eventos, habilita ao direito de continuar vinculado por determinados períodos ao plano coletivo empresarial, nos casos de demissão sem justa causa ou aposentadoria, observadas as regras para oferecimento, opção e gozo, previstas na Lei e sua regulamentação.	Não se aplica

Para informar-se sobre esses e outros detalhes da contratação de planos de saúde, o beneficiário deve contatar a operadora. Permanecendo dúvidas, pode consultar a ANS pelo site www.ans.gov.br ou pelo Disque ANS (0800-701-9656).

ESTE MANUAL NÃO SUBSTITUI O CONTRATO.



JUDICEMED

Autogestão em Saúde
da Magistratura Paranaense

DECLARAÇÃO

Declaro, a bem da verdade e para que se produzam todos os efeitos legais e jurídicos, que recebi da JUDICEMED, de forma clara e perfeitamente legível o **MPS (Manual de Orientação para Contratação de Plano de Saúde)** e o **GLC (Guia de Leitura Contratual)**, o qual facilita a compreensão do conteúdo do regulamento do plano de saúde por meio da indicação das referências aos seus tópicos relevantes.

Curitiba, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Beneficiário



JUDICEMED

Autogestão em Saúde
da Magistratura Paranaense

CUIDANDO DE VOCÊ E SUA FAMÍLIA

Rua Alberto Folloni, 541/543 - 3º Andar - Ahú

80540-000 – Curitiba/PR

Tel.: (41) 3017-1600

www.judicemed.com.br

e-mail: **administrativo@judicemed.com.br**

ANS nº 41795-5