

# MANUAL DO BENEFICIÁRIO

Data da revisão: Outubro/2021 Primeira Versão: Dezembro/2009



### **BEM-VINDO!**

#### Prezado (a) beneficiário (a):

É com muita honra que recebemos você na Unimed Joinville, que integra um sistema de cooperativas de trabalho médico. Por ser gerida por especialistas, ela se preocupa essencialmente com sua saúde e, principalmente, com seu bem-estar e qualidade de vida. Nesse Manual do Beneficiário, é possível encontrar as principais informações sobre o uso do seu plano de saúde. Você também terá acesso às informações sobre os canais de atendimento, além dos procedimentos para autorização, prazos de atendimento e outras orientações importantes.

#### Boa leitura!

Atenciosamente, Unimed Joinville.

## SUMÁRIO

Sobre a Unimed Joinville	3
Cartão de identificação	4
Como acessar o Guia Médico?	6
Autorização de exames e procedimentos	7
Consultar resultados de exames	8
Prazos para atendimento	9
Cobertura	10
Prazos de carência	11
CPT - Cobertura Parcial Temporária	11
Serviços e coberturas adicionais	12
Classificação e características dos planos de saúde	12
Reembolso	14
Reajustes	15
Inclusão e exclusão de beneficiários	16
Portabilidade de carências	18
Portal de Informação do Beneficiário - PIN-SS	19
Glossário	20
Canais de Atendimento	21

### **SOBRE A**

### UNIMED JOINVILLE

A Unimed Joinville busca sempre oferecer a excelência nos serviços de saúde. Por isso, investe constantemente nos recursos próprios para atender os beneficiários com qualidade, competência e humanização. Atualmente, possui quatro serviços que representam os recursos próprios da cooperativa e são destaque em Joinville e região: O Centro de Diagnóstico por Imagem, Laboratório, Centro de Oncologia e o Centro Hospitalar Unimed, que se tornou referência em atendimento para toda a região Sul do país.

A Unimed Joinville tem em seu escopo a comercialização e operacionalização de Planos de Saúde na região de Joinville, contemplando as cidades de Garuva, São Francisco do Sul, Barra do Sul, Araquari e Itapoá.

#### MISSÃO

Proporcionar as melhores ações em saúde promovendo o bem-estar de nossos clientes, valorizando o trabalho dos médicos e colaboradores, assegurando o desenvolvimento sustentável do Sistema Unimed.

#### VISÃO

Ser referência em serviços de saúde suplementar, com excelência em humanização e inovação até 2022.

#### **VALORES**

- Inovação: Somos agentes de transformação, com foco na melhoria contínua dos processos.
- Sustentabilidade: Conduzimos a cooperativa com vistas a perpetuação do negócio.
- Cooperação: Valorizamos o trabalho em equipe e das pessoas, gerando oportunidades através da transparência e informação.



## CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO



- Tipo de contratação: Individual ou familiar: o cliente contrata o plano na operadora. Coletivo por adesão: contratação feita por associação profissional ou sindicato. Coletivo empresarial: a empresa contrata o plano para o colaborador.
- B Código do cliente.
- Tipo de acomodação contratada.
- Data em que o beneficiário passou a ter direito ao plano
- Data da validade do cartão.
- A Rede de Prestadores que o cliente tem direito e o Tipo de Prestador: refere-se ao tipo de prestador que o cliente contratou, conforme classificação do Manual de Intercâmbio Nacional.

- G Código da Unimed do local de atendimento do cliente.
- H Descrição do produto contratado.
- Abrangência contratada, podendo ser Nacional, Grupo de Estados, Estadual, Grupo de Municípios ou Municipal.
- Código da via do cartão.
- Data de Término de Vigência da Cláusula de Cobertura Parcial Temporária.
- Nome da empresa ou contratante do plano.
- Define a amplitude de cobertura assistencial do plano. A segmentação assistencial é categorizada em: referência, hospitalar com obstetrícia, hospitalar sem obstetrícia, ambulatorial, odontológica e suas combinações.



## APLICATIVO CLIENTE UNIMED

Faça o download e tenha a sua Unimed sempre com você.

## CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO (verso)



- N Site e telefone da operadora.
- Local onde o cliente pode ter atendimento.
- Carências que o cliente possui. Em caso de carência já cumpridas, neste local constará a frase: "Sem carências a cumprir".
- Q Número de telefone do SAC, caso a Unimed possua este serviço.
- R Registro da Operadora na ANS, conforme Resolução Normativa nº 16.
- S Código do Produto ANS na Unimed contratada e número do Cartão Nacional da Saúde.

CONFIRA ALGUMAS
VANTAGENS DO APLICATIVO
CLIENTE UNIMED:



#### **Guia Médico Nacional:**

Pesquise por um médico, especialidade ou clínica, com o recurso de busca por comando de voz



#### Cartão virtual:

Acesse seu cartão Unimed em qualquer lugar



### Segunda via de boleto:

Emissão de boletos ao alcance de um toque



## COMO ACESSAR O GUIA MÉDICO?

No Guia Médico é possível localizar os profissionais cooperados e estabelecimentos credenciados da Unimed Joinville. Você pode acessar o Guia nos seguintes canais:

#### · SITE:

Acesse o site www.unimed.coop.br/joinville

O Guia Médico está localizado na página inicial do site. Basta preencher os dados solicitados: Se você já for cliente, preencha o número do seu cartão Unimed. Caso não seja cliente, preencha os dados conforme a necessidade.

#### APLICATIVO:

Faça download do aplicativo **Cliente Unimed** utilizando o QR Code abaixo. Após inserir seus dados no aplicativo, você poderá fazer a busca pela especialidade do médico ou estabelecimento desejado.

Android:



IOS:



#### **COMO REALIZAR CONSULTAS:**

Por meio do Guia Médico, você pode escolher o profissional de sua preferência e agendar a consulta de acordo com a sua disponibilidade\*. No dia da consulta, é necessário apresentar a carteirinha do convênio e um documento oficial com foto.

\*Obs: Se o seu convênio é Unimed Personal, entre em contato com a sua unidade de referência (Parque Perini, Araquari ou Núcleo de Atendimento ao Cliente) para solicitar o agendamento.

#### **COMO REALIZAR EXAMES E PROCEDIMENTOS:**

Você pode encontrar os locais credenciados para realização dos seus exames e tratamentos complementares no Guia Médico. Para o atendimento, é necessário apresentar o pedido medico carimbado e assinado pelo seu médico. É importante verificar a necessidade de autorização prévia dos itens.

## AUTORIZAÇÃO DE **EXAMES E PROCEDIMENTOS**

Os exames e procedimentos solicitados serão avaliados de acordo com a cobertura contratada. O atendimento será de acordo com os procedimentos médicos referenciados pela ANS no Rol de procedimentos e eventos em saúde vigente.

O **Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde** garante e torna público o direito assistencial dos beneficiários dos planos de saúde, válido para planos de saúde contratados a partir de 1º de janeiro de 1999. O Rol contempla os procedimentos considerados indispensáveis ao diagnóstico, tratamento e acompanhamento de doenças e eventos em saúde, em cumprimento ao disposto na Lei nº 9.656, de 1998.

Na saúde suplementar, a incorporação de novas tecnologias em saúde, bem como a definição de regras para sua utilização, regulamentada pela Resolução Normativa nº 439/2018, é definida pela ANS por meio dos sucessivos ciclos de atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que ocorrem a cada dois anos.

Destacamos ainda que alguns exames e procedimentos listados no Rol, possuem Diretrizes de Utilização, que são normas elaboradas pela ANS para orientação e regulamentação do plano de saúde.

Para os planos não regulamentados, a cobertura será avaliada de acordo com a previsão contratual.

Para solicitar autorizações de exames e procedimentos que serão reali-

zados na área de ação da Unimed Joinville\*, os canais disponíveis são:

#### • CELULAR:

Envie uma mensagem para o **WhatsApp (47) 9 9987 0468.**O atendimento é realizado de segunda a sexta-feira (exceto feriados), das 7h30 às 17h30.

#### • SITE:

Acesse o site www.unimed.coop.br/web/joinville/solicitacao-de-au-torizacoes

Selecione a origem do seu cartão (Unimed Joinville ou intercâmbio) e preencha o formulário. Não esqueça de anexar a foto dos documentos solicitados.

#### • PRESENCIAL MENTE:

- Atendimento ao Beneficiário Unimed Joinville: Rua Dr. Joao Colin,
   nº 1.214, de segunda a sexta-feira das 8h às 18h.
- Hospitais, clínicas e consultórios pertencentes a rede Unimed.



Você pode acompanhar o andamento de sua solicitação de autorização pelo aplicativo Unimed Cliente.

\*Para solicitar autorizações de exames e procedimentos para realização fora da área de ação da Unimed Joinville, entre em contato com a Unimed mais próxima.

## CONSULTAR RESULTADOS **DE EXAMES**

A Unimed Joinville oferece **Laboratório** e **Centro de Diagnóstico por Imagens** próprio, onde os clientes Unimed podem realizar seus exames com segurança e qualidade. Além da estrutura, os clientes podem contar com a disponibilidade de consulta aos seus resultados online.

Acesse o site www.unimed.coop.br/web/joinville/
resultado-de-exames

Selecione o tipo de exame (Laboratório ou Centro de Diagnóstico por Imagem). Na próxima página, insira os dados de acesso, disponíveis no cartão fornecido pelo (a) atendente no dia da realização do seu exame.



## PRAZOS PARA ATENDIMENTO

A ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) estabelece, por meio das resoluções normativas 259 e 268, a obrigatoriedade das operadoras garantirem o atendimento para a marcação de consultas eletivas, procedimentos e internações nas áreas de abrangência do plano.

Caso você tenha dificuldade de acesso aos serviços de saúde, entre em contato com um de nossos canais de atendimento, indicados no fim deste manual. Confira abaixo os prazos para atendimento:

Serviços	Prazo máximo de atendimento
Consulta básica - pediatria, clínica médica, cirurgia geral, ginecologia e obstetrícia	7 dias úteis
Consulta nas demais especialidades	14 dias úteis
Consulta/sessão com fonoaudiólogo	10 dias úteis
Consulta/sessão com nutricionista	10 dias úteis
Consulta/sessão com psicólogo	10 dias úteis
Consulta/sessão com terapeuta ocupacional	10 dias úteis
Consulta/sessão com fisioterapeuta	10 dias úteis
Consulta e procedimentos realizados em consultório/ clínica com cirurgião-dentista	7 dias úteis
Serviços de diagnóstico por laboratório de análises clínicas em regime ambulatorial	3 dias úteis
Demais serviços de diagnóstico e terapia em regime ambulatorial	10 dias úteis
Procedimento de alta complexidade (PAC)	21 dias úteis
Atendimento em regimento hospital-dia	10 dias úteis
Atendimento em regime de internação eletiva	21 dias úteis
Urgência e emergência	Imediato
Consulta de retorno	A critério do profissional responsável pelo atendimento

### **COBERTURA**

#### • PLANOS NÃO REGULAMENTADOS:

De acordo com a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), todos os planos que foram adquiridos antes de 2 de janeiro de 1999 são planos não regulamentados. Já os firmados após esta data são planos regulamentados pela ANS.

#### Mas na prática, o que isso significa?

Os planos "antigos" possuem restrições de cobertura. Como são anteriores à legislação que regulamenta o setor, a cobertura é exatamente a que consta no contrato e as exclusões estão expressamente relacionadas. Importante saber que as pessoas que têm um plano antigo podem modificá-lo para atender à nova lei, que regulamenta os planos de saúde, e dispor de uma maior cobertura assistencial. Isso pode ser feito pela migração para um plano novo ou pela adaptação do contrato antigo.

#### • ADAPTAÇÃO:

Na adaptação, o cliente continua com o contrato antigo, mas as cláusulas que estão em desconformidade com as novas regras são alteradas. A mensalidade terá um acréscimo de, no máximo, 20,59% em comparação ao valor pago até então, percentual estabelecido pela Resolução Normativa 254/11, da ANS.

#### • MIGRAÇÃO:

Na migração, o consumidor assina um novo contrato com a mesma operadora, também obedecendo a Lei dos Planos de Saúde e sem novas carências, exceto para novas coberturas, quando não houver plano compatível e o tipo de cobertura for alterada. Contudo, neste caso, há extinção do contrato antigo, sem a manutenção de qualquer cláusula do documento.

## PRAZOS **DE CARÊNCIA**

Quando for necessário o cumprimento de carências, elas serão contadas a partir da data de início de vigência do contrato ou da adesão do plano.



Procedimentos	Carência*
Urgência e Emergência	24 horas
Consultas médicas	30 dias
Exames: Exames laboratoriais, anatomopatológicos e citológicos, raio-x simples e contrastado, eletrocardio- grama, eletroencefalograma, ultrassonografia.	30 dias
Consultas: Sessões de Fisioterapia	90 dias
Consultas: Sessões de fonoaudiologia, terapeuta ocupacional, psicologia, nutrição e psicoterapia	180 dias
Parto a termo	300 dias
Demais coberturas	180 dias

<sup>\*</sup>prazos exclusivos para planos adaptados ou regulamentados pela lei 9656/1998, contratados a partir de 1º de janeiro de 1999. Em caso de plano antigo, consultar texto do contrato.

### CPT – COBERTURA PARCIAL **TEMPORÁRIA**

A CPT corresponde a uma restrição na cobertura do plano de saúde, que pode ser adotada pelas operadoras no caso de Doença ou Lesão Preexistente - DLP. Possui duração de 24 meses a partir da assinatura ou adesão contratual e pode abranger somente cirurgias, leitos de alta tecnologia e Procedimentos de Alta Complexidade - PAC, diretamente relacionados à doença ou lesão preexistente declarada pelo beneficiário ou seu representante legal.

## SERVIÇOS E COBERTURAS **ADICIONAIS**

A ANS estipula a cobertura mínima obrigatória que os planos devem oferecer, que está apresentada no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde. Além dessa lista, as operadoras podem disponibilizar coberturas adicionais, o que deve ser especificado no contrato. Confira os adicionais disponíveis na Unimed Joinville:

#### SOS

Pode ser contratado por clientes Unimed Joinville que possuam plano na condição de titular, viabilizando a utilização do serviço pré-hospitalar de urgência e emergência.

#### • REMOÇÃO TERRESTRE

É a cobertura para pacientes internados, que precisam de transferência nos limites de abrangência geográfica contratada.

#### • TRANSPORTE AÉREO

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.







## CLASSIFICAÇÃO E CARACTERÍSTICAS DOS PLANOS DE SAÚDE

#### • TIPO DE CONTRATAÇÃO:

#### Individual/ Familiar:

São os planos que possibilitam livre adesão de consumidores Pessoa Física, com ou sem o grupo familiar. É o próprio beneficiário quem escolhe as características do plano a ser contratado dentre os produtos com registro ativo na operadora.

#### **Coletivo Empresarial:**

São os planos contratados por uma empresa para uma população delimitada e vinculada à pessoa jurídica contratante por relação empregatícia ou estatutária.

#### Coletivo por Adesão:

São os planos contratados por pessoa jurídica de caráter profissional ou classista (sindicatos, associações profissionais, conselhos profissionais e entidades de classe) para seus membros regularmente vinculados.

#### • PADRÃO DE ACOMODAÇÃO

#### **Enfermaria:**

Acomodação Coletiva com duas ou mais pessoas dependendo da estrutura Hospitalar.

#### **Apartamento:**

Acomodação Privativa.

#### • ÁREA DE ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA DO PLANO

Aponta 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 municipal, grupo de municípios, estadual ou nacional.

#### • SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL

#### Ambulatorial:

Nesta cobertura está garantida a prestação de serviços de saúde que compreende consultas médicas em clínicas ou consultórios, exames, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais.

Os atendimentos de emergência estão limitados até as primeiras 12 horas do atendimento. A realização de procedimentos exclusivos da cobertura hospitalar fica sob responsabilidade do beneficiário, mesmo sendo feito na mesma unidade de prestação de serviços e em tempo menor que 12 horas.

#### Hospitalar:

Garante a prestação de serviços em regime de internação hospitalar, com exceção da atenção ao parto. A legislação não admite previsão de limite

de tempo de internação.

Quando o atendimento de emergência for efetuado no decorrer dos períodos de carência, deverá abranger cobertura igual àquela fixada para o plano do segmento ambulatorial, não garantindo, portanto, internação além das 12 horas iniciais.

#### Hospitalar com obstetrícia:

Além do regime de internação hospitalar, também está incluída a atenção ao parto. É garantida, ainda, a cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do contratante ou de seu dependente, durante os primeiros 30 dias após o parto.

Em caso de necessidade de assistência médico-hospitalar decorrente da condição gestacional de pacientes ainda cumprindo período de carência, a operadora deverá abranger cobertura igual àquela fixada para o plano do segmento ambulatorial, não garantindo, portanto, internação além das 12 horas iniciais.

### **REEMBOLSO**

As avaliações dos pedidos de reembolso serão realizadas de acordo com o indicado pela RN 259, de 17 de junho de 2011. Sendo:

- Em caso de indisponibilidade de rede credenciada no município pertencente a área de abrangência e atuação do plano, mediante contato prévio à operadora;
- O contato com a operadora pode ser realizado gratuitamente através do número de telefone que consta no verso do cartão do plano (0800 047 7800):
- Nos casos de comprovada necessidade de reembolso, o mesmo será efetuado em até 30 dias, contados a partir da data de solicitação com a apresentação de todos os documentos necessários.

#### Documentos para avaliação de reembolso:

Nota fiscal eletrônica, relatório do profissional executante e solicitação médica para cirurgias e procedimentos, declaração de presença em consulta médica, lista de presença quando terapias continuadas, cópia do cartão do titular do plano, dados bancários.



### **REAJUSTES**

#### • REAJUSTE ANUAL E POR FAIXA-ETÁRIA

O reajuste anual da mensalidade ocorre para compensar a variação de custos do plano de saúde ocasionada por fatores 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.

#### • REAJUSTE DE PLANO INDIVIDUAL/ FAMILIAR - REAJUSTE ANUAL

Os planos individuais ou familiares precisam de autorização prévia da ANS para aplicação de reajuste anual.

#### • REAJUSTE POR TROCA DE FAIXA ETÁRIA

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 a RN nº 63/2003.

## • REAJUSTE DE PLANO COLETIVO EMPRESARIAL E COLETIVO POR ADESÃO – REAJUSTE ANUAL

Os planos coletivos não precisam de autorização prévia da ANS para aplicação de reajuste anual. Sendo assim, nos reajustes aplicados às mensalidades dos contratos coletivos, prevalecerá o disposto no contrato, devendo a operadora obrigatoriamente comunicar os percentuais aplicados à ANS. Embora não haja a necessidade de prévia autorização da ANS, a mesma realiza o monitoramento dos reajustes anuais aplicados nos contratos coletivos.

#### • REAJUSTE POR TROCA DE FAIXA ETÁRIA

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 a RN nº 63/2003.

#### • REAJUSTE DE PLANO NÃO REGULAMENTADO - REAJUSTE ANUAL

Nos reajustes aplicados às mensalidades dos planos coletivos e individuais/ familiares antigos, contratados antes de 1º de janeiro de 1999 e não adaptados à Lei 9656/1998, prevalecerá o disposto no contrato, devendo a operadora obrigatoriamente comunicar os reajustes à ANS.

#### • REAJUSTE POR TROCA DE FAIXA ETÁRIA

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.

## INCLUSÃO E EXCLUSÃO **DE BENEFICIÁRIOS**

## • INCLUSÃO EM PLANO INDIVIDUAL/ FAMILIAR E PLANO COLETIVO POR ADESÃO

São considerados dependentes do titular para fins de inclusão no plano de saúde:

- Cônjuge, companheira ou companheiro, com união estável, sem eventual concorrência;
- Filhos solteiros até 24 (vinte e quatro) anos incompletos;
- Enteados solteiros até 24 (vinte e quatro) anos incompletos;
- Criança ou adolescente solteiro, até 24 (vinte e quatro) anos incompletos, sob a guarda ou tutela do beneficiário titular por força de decisão judicial;
- Filhos incapazes.

#### • INCLUSÃO EM PLANO COLETIVO EMPRESARIAL

Respeitando a decisão da pessoa jurídica contratante sobre a eventual inclusão, serão considerados dependentes do titular no plano de saúde:

- Cônjuge, companheira ou companheiro, com união estável, sem eventual concorrência;
- Filhos solteiros até o limite de idade estabelecido pela empresa (máximo 24 anos incompletos);
- Enteados solteiros até o limite de idade estabelecido pela empresa (máximo 24 anos incompletos);
- Criança ou adolescente solteiro até o limite de idade estabelecido pela empresa (máximo 24 anos incompletos), sob a guarda ou tutela do beneficiário titular por força de decisão judicial;
- Filhos incapazes.

#### CANCELAMENTO/EXCLUSÃO A PEDIDO DO BENEFICIÁRIO

Plano Individual/ Familiar: O Cancelamento do contrato ou a exclusão de dependente terá efeito imediato mediante a solicitação do beneficiário titular pelos canais de atendimento listados abaixo:

- Presencial Rua. Dr. João Colin, 1.214 América CEP: 89.224-000
- Telefone: 0800 047 7800

Plano Coletivo por Adesão: O beneficiário titular deve solicitar à Operadora ou à Pessoa Jurídica Contratante (sindicatos, associações profissionais, conselhos profissionais e entidades de classe) sua exclusão ou

exclusão de dependente.

Quando a solicitação ocorrer para a Pessoa Jurídica Contratante, esta deverá cientificar a operadora em até 30 (trinta) dias após o pedido do beneficiário.

A exclusão terá efeito imediato a partir da data de ciência da operadora. Vale destacar que o cancelamento imediato se refere apenas aos contratos que foram acordados após 1º de janeiro de 1999 ou adaptados à Lei nº 9.656, de 1998

**Plano Coletivo Empresarial:** O beneficiário titular deve solicitar à empresa contratante sua exclusão ou exclusão de dependente.

A pessoa jurídica contratante deve cientificar a operadora em até 30 (trinta) dias após o pedido do beneficiário.

A exclusão terá efeito imediato a partir da data de ciência da operadora. Vale destacar que o cancelamento imediato se refere apenas aos contratos que foram acordados após 1º de janeiro de 1999, ou adaptados à Lei nº 9.656, de 1998

#### • PLANO COLETIVO EMPRESARIAL – PERMANÊNCIA DE DEMITIDOS/ APOSENTADOS

É assegurado o direito de manutenção da condição de beneficiário para ex-empregados demitidos sem justa causa e aposentados, ambos que contribuíram com parte da sua mensalidade do plano de saúde.

Contribuição: Valor pago pelo empregado, inclusive com desconto em folha de pagamento, para custear parte ou a integralidade da mensalidade de seu plano de saúde oferecido pelo empregador em decorrência de vínculo empregatício. Para fins de contribuição, não serão considerados os valores relacionados aos dependentes e à coparticipação ou franquia paga única e exclusivamente em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência médica

#### PERÍODO DE MANUTENÇÃO

**Exonerados:** O período de manutenção será de 1/3 (um terço) do tempo de permanência em que tenha contribuído, com um mínimo assegurado de 6 (seis) e um máximo de 24 (vinte e quatro) meses na forma prevista no artigo 6º da Resolução 279.

Aposentados: É assegurado ao ex-empregado aposentado que contribuiu para planos privados de assistência à saúde, no mesmo plano privado de assistência à saúde ou seu sucessor por período inferior a 10 anos, o direito de manutenção como beneficiário, à razão de 1 (um) ano para cada ano de contribuição, desde que assuma o seu pagamento integral.

Ao ex-empregado aposentado que contribuiu pelo prazo mínimo de 10 (dez) anos será oferecido o direito de manter sua condição de beneficiário, por tempo indeterminados, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que possuia quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o seu pagamento integral, enquanto o contrato entre a Unimed Joinville e a empresa contratante permaneça ativo.

O direito mencionado na Resolução se refere apenas aos contratos que foram acordados após 1º de janeiro de 1999 ou adaptados à Lei nº 9.656, de 1998.

## PORTABILIDADE **DE CARÊNCIAS**



É o direito que o beneficiário de plano de saúde tem de mudar de plano e/ou de operadora.

#### **QUEM TEM DIREITO A PEDIR A PORTABILIDADE?**

Todo o beneficiário de planos de saúde poderá realizar a portabilidade de carências, respeitando o tempo mínimo de permanência no plano: na primeira portabilidade, mínimo de dois anos no plano de origem (três anos se tiver cumprido cobertura parcial temporária); para portabilidades seguintes, mínimo de um ano de permanência no plano de origem ou mínimo de dois anos se o beneficiário mudar para um plano com coberturas, não previstas no plano de origem.

#### O QUE É PORTABILIDADE ESPECIAL DE CARÊNCIAS?

É o direito que o beneficiário tem de mudar de plano privado dispensado do cumprimento de períodos de carência na hipótese de cancelamento do registro da operadora de seu plano de origem ou diante da liquidação extrajudicial da empresa.

Nesses casos, não se aplica a regra de compatibilidade por faixa de preço e não é necessário ter cumprido prazo mínimo de permanência no plano de origem. A portabilidade especial também vale para os beneficiários que tiveram o contrato cancelado (pela operadora ou por iniciativa própria) até 60 dias antes da concessão da portabilidade pela ANS.

# Portal de Informação do **Beneficiário da Saúde Suplementar - PIN-SS**

Em atendimento à Resolução Normativa nº 389/2015, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), disponibilizamos o Portal de Informações do Beneficiário da Saúde Suplementar – PIN–SS.

Neste espaço, são disponibilizadas informações importantes aos beneficiários, que têm à sua disposição o componente cadastral dos planos e o componente de utilização. O acesso a essas informações é restrito e os dados só poderão ser visualizados com o uso de login e senha, que é pessoal e intransferível.

Para visualizar as suas informações, clique nos itens em destaque e faça login com o seu CPF e senha.



FAÇA SEU CADASTRO INDIVIDUALIZADO PELOS LINKS A SEGUIR:

https://beneficiario.unimed.coop.br/

Obs: Acesso para beneficiários vinculados em contratos de modalidade pessoa física e jurídica

https://clientepj.unimed.coop.br/

Obs: Acesso para a pessoa jurídica contratante/empresa

## **GLOSSÁRIO**

**ANS**: Agência Nacional de Saúde Suplementar, órgão governamental, regulador de planos privados de assistência a saúde.

**BENEFICIÁRIO:** Pessoa física que usufruirá dos serviços contratados, seja na qualidade de titular ou dependente.

CARÊNCIA: É o período a partir da data de contratação ou adesão ao plano, em que a cobertura contratual fica suspensa, ou seja, o beneficiário não pode usufruir de determinado atendimento. As coberturas serão asseguradas após o término do prazo de carências estabelecido.

#### **COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTI-**

**DOS:** É o conjunto de procedimentos ao qual 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 que tem direito.

#### CÓDIGO INTERNACIONAL DE DOENÇAS (CID):

É a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, revisado periodicamente pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

**CONTRATAÇÃO:** Determina se o plano é destinado à pessoa física ou jurídica. A contratação pode ser individual/familiar, coletivo por adesão ou coletivo empresarial.

**DIRETRIZES DE UTILIZAÇÃO (DUT):** São os critérios definidos pela ANS que devem ser atendidos pelos beneficiários para a obrigatoriedade de cobertura de alguns procedimentos listados no Rol de Procedimentos.

#### DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES (DLP):

São aquelas existentes antes da contratação do plano de saúde e que o beneficiário ou seu responsável tenha conhecimento de ser portador.

**EMERGÊNCIA:** É o evento que implica em risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o usuário, caracterizado em declaração do médico assistente.

**EMPRESA CONTRATANTE:** É a pessoa jurídica que contrata a prestação de serviços de assistência à saúde para seus empregados, dirigentes ou associados.

**EXCLUSÕES DE COBERTURAS:** É o conjunto de procedimentos ao qual o beneficiário não tem direito, previsto na legislação de saúde suplementar, conforme a segmentação assistencial do plano contratado.

HOSPITAIS E SERVIÇOS DE ALTO CUSTO E TABELA PRÓPRIA: São hospitais, clínicas e laboratórios que possuem tabela de preços de Honorários Médicos e SADT acima dos valores praticados pela rede básica e não possuem cobertura contratual para os planos comercializados pela Unimed Joinville.

**INTERCÂMBIO:** São atendimentos realizados fora da área de abrangência da Unimed de origem, ou seja, da Unimed em que o cliente possui um contrato assinado.

**PLANO:** É o produto contratado conforme registro na Agência Nacional de Saúde Suplementar;

**ROL DE PROCEDIMENTOS:** Procedimentos listados pela ANS de cobertura mínima obrigatória a ser garantida pelas operadoras de plano privado de assistência à saúde de acordo com a segmentação contratada, que foram acordados após 1º de janeiro de 1999 ou que foram adaptados à Lei nº 9.656, de 1998.

**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.

SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TE-RAPIA (SADT): Modalidade de prestação de serviços com o objetivo de esclarecer o diagnóstico ou realizar procedimento terapêutico especifico.

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

ACIDENTE PESSOAL: É o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só e independente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte ou a invalidez permanente total ou parcial do beneficiário.

**MÉDICO ASSISTENTE:** É o profissional médico responsável pelo paciente e seus tratamentos.

PERÍCIA MÉDICA: Atribuição privativa do médico que visa a definir o nexo de causalidade (causa e efeito) entre: a doença ou lesão e a morte (definição da causa mortis); a doença ou sequela de acidente e a incapacidade ou invalidez física e/ou mental; o acidente e a lesão; a doença ou acidente e o exercício da atividade laboral; a doença ou acidente e a sequela temporária ou permanente; o desempenho de atividade e os riscos para si e para terceiros.

JUNTA MÉDICA OU ODONTOLÓGICA: Equipe formada por profissionais médicos ou cirurgiões-dentistas para avaliar a adequação da indicação clínica do profissional assistente que foi objeto de divergência técnico-assistencial pelo profissional da operadora.

#### **CANAIS DE ATENDIMENTO**

#### • Aplicativo Unimed Cliente:

Diversas funcionalidades como acompanhar o andamento das autorizações, cartão virtual, guia médico e muito mais. Disponível nas lojas de aplicativo para IOS e Android

#### • Site da Unimed Joinville:

https://www.unimed.coop.br/joinville

- **Fale conosco:** www.unimed.coop.br/web/joinville/fale-conosco1
- **Solicitação de autorizações:** www.unimed.coop.br/web/joinville/solicitacao-de-autorizacoes

#### • SAC - Serviço de Atendimento ao Consumidor

**0800 047 7800** disponível 24h para dúvidas, elogios, solicitações, reclamações e demais informações sobre o seu plano de saúde.

E-mail: sac@joinville.unimedsc.com.br

#### • Solicitação de reembolso:

E-mail: regulacao@joinville.unimedsc.com.br

#### • Atendimento presencial:

Autorizações, solicitações e demais informações sobre o seu plano de saúde. **Rua Dr. Joao Colin, 1214** 

#### Ouvidoria

**0800 047 7800** - Opção - 3

E-mail: ouvidoria@joinville.unimedsc.com.br

CUIDAR DE VOCÊ. ESSE É O PLANO.

