ANS - nº 321273

MANUAL DO **BENEFICIÁRIO**

Data da revisão: Outubro/2022
Primeira versão: Dezembro/2009

Unimed Joinville

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

Nossa missão é **acolher e cuidar** das pessoas.

VISÃO

Ser referência em cuidar das pessoas, com excelência em qualidade assistencial, humanização, sustentabilidade e inovação.

VALORES

- **Pessoas**
- **Cliente**
- **Segurança e qualidade**
- **Sustentabilidade**
- **Ética**
- **Melhoria contínua**
- **Cooperação**
- **Resultados.**

CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO

A 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.

C Tipo de acomodação contratada.

D Data em que o beneficiário passou a ter direito ao plano

E Data da validade do cartão.

F 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.

I Abrangência contratada, podendo ser Nacional, Grupo de Estados, Estadual, Grupo de Municípios ou Municipal.

J Código da via do cartão.

K Data de Término de Vigência da Cláusula de Cobertura Parcial Temporária.

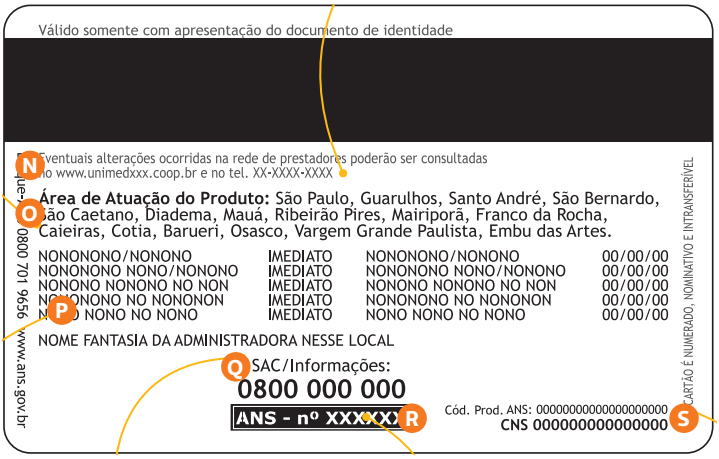
L Nome da empresa ou contratante do plano.

M 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.
- **O** Local onde o cliente pode ter atendimento.
- **P** 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

Unimed Brasil

somos coop

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.

2ª VIA DE BOLETO

A 2ª via do boleto pode ser solicitada pelo **site da Unimed Joinville ou pelo aplicativo Unimed Cliente.**

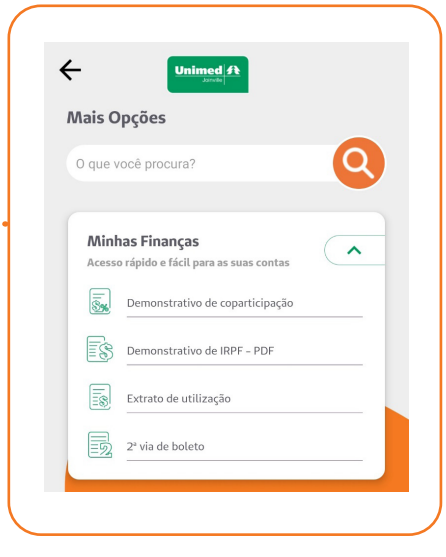
• SITE:
www.unimed.coop.br/joinville | Serviços online | 2ª via da fatura

2ª via da fatura

Será direcionado ao portal **Pessoa Jurídica** ou **Pessoa Fisíca**. É necessário realizar o login de acesso para gerar a 2ª via do boleto.

• APLICATIVO UNIMED CLIENTE

Faça login e acesse a área **"mais opções"** e **"minhas finanças".**



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, atualmente regulamentada pela Resolução Normativa nº 470/2021, é definida pela ANS por meio dos sucessivos ciclos de atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que ocorrem semestralmente.

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:

• WHATSAPP:

Envie uma mensagem para o **WhatsApp (47) 99904-2057.**
O atendimento é realizado de segunda a sexta-feira (exceto feriados), das 6h às 21h.

• PRESENCIALMENTE:

- **Atendimento ao Beneficiário Unimed Joinville:** Rua Dr. Joao Colin, nº 1.214, de segunda a sexta-feira das 8h às 17h.

REDE CREDENCIADA:

Hospitais, clínicas e consultórios pertencentes a rede Unimed.

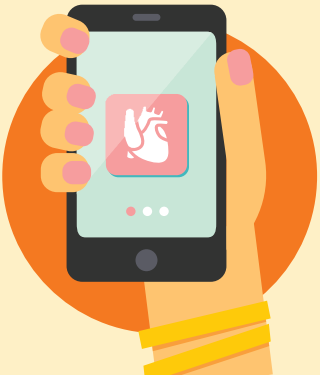
Você pode acompanhar o andamento de sua solicitação de autorização pelo aplicativo Unimed Cliente.

**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, eletrocardiograma, 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

**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.*

DS – DECLARAÇÃO **DE SAÚDE**

É o formulário que acompanha o Contrato do Plano de Saúde, onde o beneficiário ou seu representante legal deverá informar as doenças ou lesões preexistentes que saiba ser portador ou sofredor no momento da contratação do plano.

Se o beneficiário tomar medicamentos regularmente, realizar consultas médicas por problema de saúde do qual conhece o diagnóstico, fazer qualquer exame que identificou alguma doença ou lesão, esteve internado ou submeteu-se a alguma cirurgia, deve declarar esta doença ou lesão.

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.

QUAL É A DIFERENÇA ENTRE A **CARÊNCIA DO PLANO E A CPT?**

Tanto no período de carência quanto na Cobertura Parcial Temporária, o beneficiário não tem acesso a uma parte da cobertura do plano contratado. Assim, o que diferencia os dois casos é a motivação e o prazo da restrição. Isto porque a Cobertura Parcial Temporária está relacionada exclusivamente aos procedimentos relacionados a doenças ou lesões preexistentes. Já a carência do plano de saúde estabelece um prazo para que o usuário possa ter acesso a qualquer serviço incluso, como:

- **24 horas para casos de emergência**
- **300 dias para partos a termo**
- **180 dias para outras situações**

Sendo assim, caso seja necessária a realização de exames ou consultas que não estejam relacionadas a nenhuma doença ou lesão preexistentes, o cliente deverá consultar o prazo de carência. Mas, se houver alguma relação, prevalece a cobertura da CPT.

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

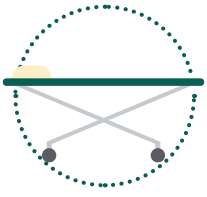
Pode ser contratado por clientes Unimed Joinville que possuam plano na condição de titular, viabilizando a utilização do serviço pré-hospitalar de urgência e emergência.

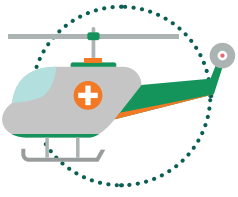
• REMOÇÃO TERRESTRE

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.

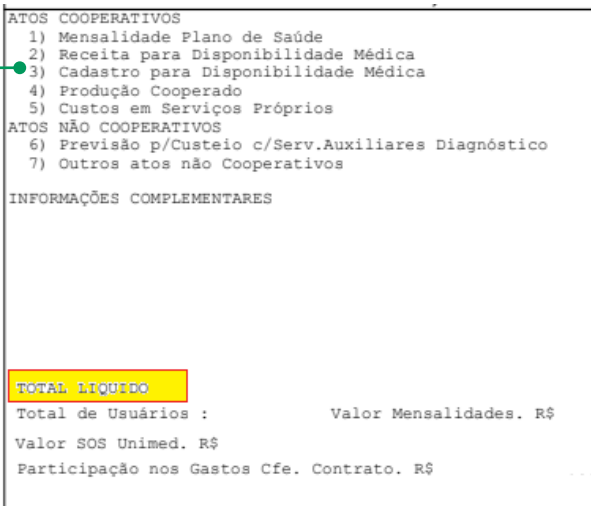
O QUE É PORTABILIDADE ESPECIAL DE CARÊNCIAS?

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.

ENTENDA A SUA FATURA

Acesse o portal PJ com a sua senha o ícone **"emissão e consulta de faturas"**


ATOS COOPERATIVOS
1) Mensalidade Plano de Saúde
2) Receita para Disponibilidade Médica
3) Cadastro para Disponibilidade Médica
4) Produção Cooperado
5) Custos em Serviços Próprios
ATOS NÃO COOPERATIVOS
6) Previsão p/Custeio c/Serv.Auxiliares Diagnóstico
7) Outros atos não Cooperativos

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

TOTAL LIQUIDO
Total de Usuários : Valor Mensalidades. R$
Valor SOS Unimed. R$
Participação nos Gastos Cfe. Contrato. R$

1 | Total das mensalidades e pro rata
2 | SOS e unisanta "se contratado"
3 | Taxa de inscrição "se houver"
4, 5 e 6 | Coparticipação
7 | 2o via de carteirinha ou juros

Descrição da composição das faturas

A composição da sua fatura contempla mensalidade, coparticipação (se contratado esse modelo), serviços adicionais (se contratado).

Mensalidade – Consiste em valor fixo pré-estabelecido, cuja alterações

do valor ocorrerão anualmente ou na mudança de faixa etária.
Cooparticipação – É a participação financeira na despesa assistencial a ser paga pelo beneficiário, após a realização dos procedimentos.

Serviços adicionais
SOS – Valor adicional pago pelo serviço de urgência e emergência (ambulância)
Unisanta – Valor adicional pago pelo serviço remoção hospitalar por solicitação médica

COPARTICIPAÇÃO

De acordo com a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), a coparticipação é o valor que o beneficiário de um plano de saúde paga para a operadora depois de realizar um procedimento, como consultas e exames. Geralmente, a coparticipação é paga mensalmente, podendo ser uma porcentagem ou um valor fixo. Porém, a cobrança sempre deve estar de acordo com as normas da ANS.

EXTRATO DE **COPARTICIPAÇÃO POR BENEFICIÁRIO**

Por restrições da Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD), a operadora não fornece a pessoa jurídica contratante as despesas detalhadas. Na consulta da sua à fatura, as despesas são apresentadas de forma fechada.

Para a consulta detalhada, o beneficiário poderá acessar de forma individualizada por meio do portal pessoa física ou pelo APP da operadora.

ONDE CONSULTAR DESPESAS DE **COPARTICIPAÇÃO PARA DESCONTAR NA RESCISÃO**

No portal de Pessoa Jurídica, acesse com a sua senha e clique no ícone **"consulta coparticipação ainda não faturada"**, informe o número da carteirinha do beneficiário e indique o seu e-mail para receber as informações.

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

IMPOSTO DE RENDA **DO BENEFICIÁRIO**

Importante esclarecer que, a fonte pagadora é a pessoa jurídica contratante. Para fins de conferências a Unimed disponibiliza relatório detalhado pago pelo contratante.

Destacamos que o seu empregado deverá declarar aquilo que foi descontado em folha de pagamento, por isso, informamos que a declaração deverá ser emitida pela empresa com base nos descontos realizados.

Relatório disponível no portal PJ, acesse com a sua senha o ícone **"relatório imposto de renda"**

SINISTRALIDADE

A sinistralidade é o índice ou percentual gerado pela relação entre o número de procedimentos realizados pelo beneficiário e o valor pago pela empresa para o plano de saúde, ou seja, sinistralidade em plano de saúde é o resultado da sua utilização.

Cada vez que um beneficiário realiza um procedimento, como consulta e exame, é gerado um sinistro. Cada sinistro gera um custo para o plano de saúde. A soma de todos os usos resulta no que é conhecida como a sinistralidade em planos de saúde.

Dessa forma, o percentual final da sinistralidade tem como base o uso de todos beneficiários do plano de saúde.

REAJUSTES

Reajuste de mensalidade é a variação do valor pago ao plano de saúde. A variação pode acontecer por dois motivos:

• Necessidade de atualização decorrente da alteração dos custos ocorrida a cada período de doze meses;

• Passagem do beneficiário de uma faixa etária para outra e, excepcionalmente, reavaliação do plano.

• POR QUE OS PLANOS DE SAÚDE SÃO REAJUSTADOS?

A variação do valor da mensalidade é gerada por diferentes motivos:

• Quando os custos apontam a necessidade de atualização da mensalidade, pode ocorrer um reajuste por variação de custos

• Em consequência da elevação da idade do beneficiário para outra faixa, se origina uma alteração por mudança de faixa etária

• Extraordinariamente, com o objetivo de solucionar desequilíbrios que ameacem a garantia da prestação de serviços assistenciais, pode haver, por decisão da ANS, uma reavaliação do plano de saúde que resulte, dentre outras opções, em um reajuste por revisão técnica.

RESOLUÇÃO NORMATIVA – **RN 309**

Trata-se do reajuste para o agrupamento de contratos coletivos. De acordo com a Resolução Normativa no 309 da ANS, para fins de cálculo do percentual de reajuste contratual, todas as empresas clientes que possuem menos de 30 beneficiários cadastrados em cada plano fazem parte do Pool de Risco. Para o cálculo do índice de reajuste das empresas pertencentes ao Pool de Risco, é realizado o agrupamento do índice de sinistralidade de todos os contratos de clientes da operadora que possuem quantidade de beneficiários inferior a 30 vidas no exercício do ano anterior.

PORTAL PESSOA JURÍDICA
COMO SE CADASTRAR

Seu cadastro é realizado automaticamente a partir da vigência do seu contrato. Acesso ao portal Pessoa Jurídica:

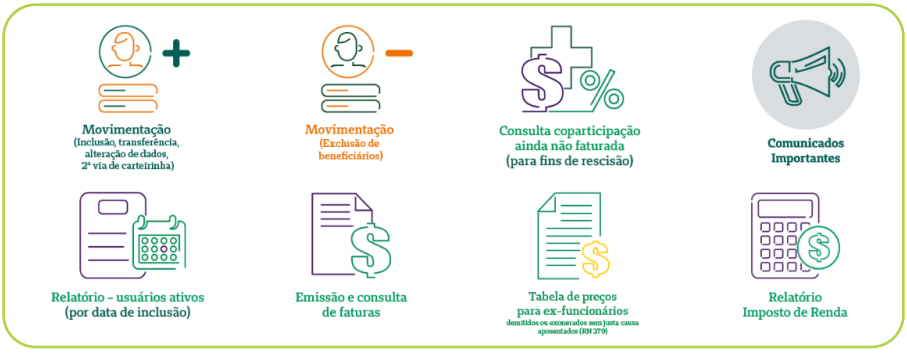
CLIQUE AQUI

https://sw.joinville.unimedsc.com.br/empresa/

QUAIS AS OPERAÇÕES
PODEM SER REALIZADAS PELO PORTAL?

No portal, a sua empresa poderá fazer realizar inclusão e exclusão de beneficiários, solicitar 2o via de carteirinha, consultar a fatura e extrato de coparticipação, acessar o relatório do IR entre outros serviços disponíveis.

Acesse e conheça as facilidades:



INCLUSÃO E EXCLUSÃO **DE BENEFICIÁRIOS**

• Para clientes Pessoa Jurídica

A movimentação de beneficiários (inclusão e exclusão).
Caso seja a sua primeira movimentação, pedimos a gentileza de que entre em contato com nossa equipe do setor de pós-vendas para receber o suporte adequado.

• Meio de contato para suporte sobre inclusão:
3441-9656
• Meio de contato para suporte sobre exclusão:
3441 9664
• Inclusão – Acontece de forma pro rata, ou seja, a cobrança é realizada a partir da data de inclusão do beneficiário no plano.
• Exclusão – Possui calendário de fechamento **"disponível no portal PJ"**, ícone movimentação exclusão/ calendário 2022, para que a exclusão surta efeito para o próximo mês.
Para contratos com coparticipação, a exclusão ocorre de imediato e para contratos sem coparticipação com efeito para o fim do mês faturado.

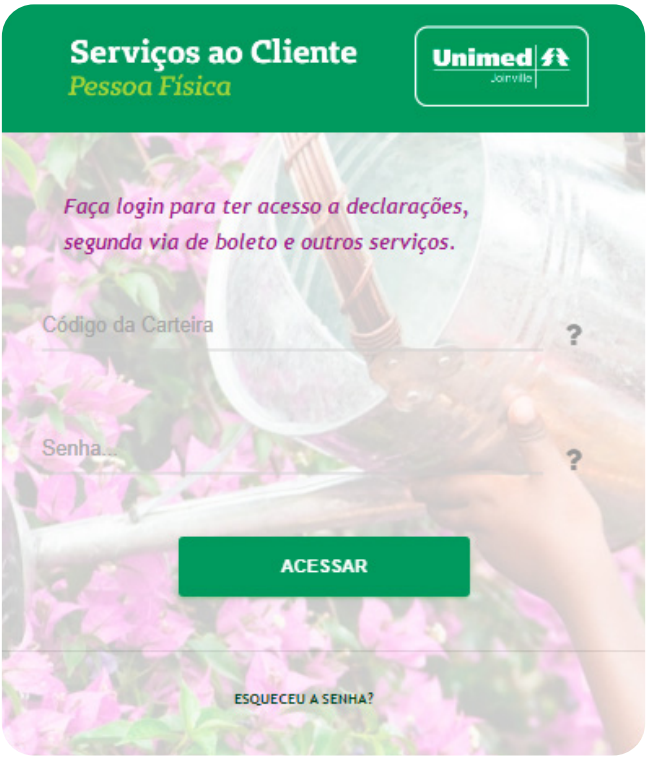
• **Para clientes Pessoa Física**

Para inclusão de dependentes no plano Pessoa Física faça a solicitação diretamente com a área comercial da Unimed Joinville e entregue a documentação necessária (documento pessoal, documento do dependente e documento que comprove vínculo como certidão de nascimento ou certidão de casamento).

PORTAL PESSOA FÍSICA **COMO SE CADASTRAR**

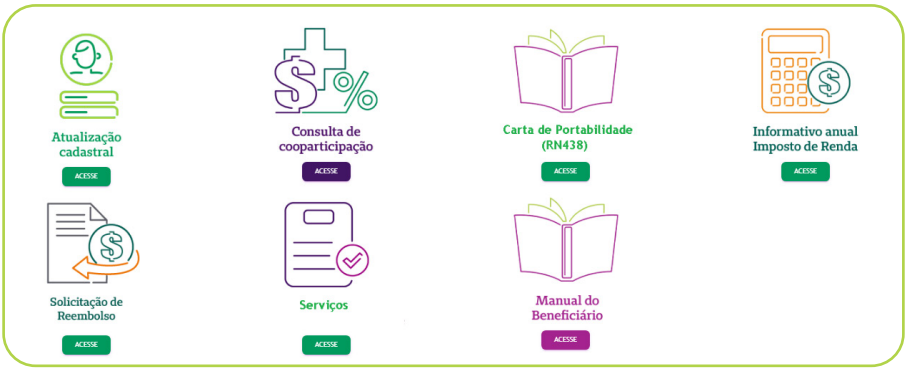
CLIQUE AQUI

https://sw.joinville.unimedsc.com.br/beneficiario/



Caso tenha esquecido a senha, é necessário selecionar a opção **"esqueceu a senha"** e você receberá sua senha por e-mail.

OPERAÇÕES **REALIZADAS PELO PORTAL**



SEGURO

Conheça as condições para solicitar o seguro:

- Válido para contratos não regulamentados e regulamentos/adaptados
- Seguro somente quando ocorrer óbito do titular do contrato
- Titular incluso no plano com 65 anos ou mais não tem direito ao seguro;
- Pagamento ao cônjuge 50% e os outros 50% será dividido entre os filhos

FEA (Fundo Extensão Assistencial)

1. Cobertura para contratos regulamentados à Lei 9656/98 (Unimed Federação)
2. Assistência de 3 anos; na isenção de pagamento da mensalidade, após este período o plano é cancelado
3. Tem direito ao benefício: cônjuge/companheiro, filhos menores de 24

anos (solteiros), bem como filhos incapazes maiores de 24 anos
4. Perderá o benefício o usuário que perder a condição de dependente, conforme previsto contratualmente
5. Serviço adicional SOS (não entrará no benefício)
6. Prazo de entrega dos documentos é de 30 dias após o óbito

OBSERVAÇÕES:

- Assistência de 5 anos para contratos firmados anterior à 01/01/2011
- Assistência de 3 anos para contratos firmados a partir de 01/01/2011
- Assistência de 1 anos para contratos firmados a partir de 01/08/2018

Importante:
Desde agosto de 2018, a Unimed Joinville não possui registro de contratos com benefício de 1 (um) ano. A consulta é feita sempre via sistema para identificar o benefício e o prazo de permanência.

BSFC/PEA
(Plano de Extensão Assistencial)

CONHEÇA QUAIS AS CONDIÇÕES DO BSFC/PEA:

1. Cobertura para contratos não regulamentados à Lei 9656/98 (Unimed Federação)

2. Assistência de 5 (cinco) anos; na isenção de pagamento da mensalidade, após este período o plano é cancelado

3. Ocorrendo óbito do titular após 6 meses de contrato

4. Tem direito ao benefício: cônjuge/companheiro, filhos menores de 24 anos (solteiros), bem como filhos incapazes maiores de 24 anos

5. Perderá o benefício o usuário que perder a condição de dependente, conforme previsto contratualmente

6. Serviço adicional SOS (não entrará no benefício)

7. Prazo de entrega dos documentos é de 30 dias após o óbito. O contrato do CREA não possui prazo para a entrada do benefício, porém, sempre passamos o prazo de 60 dias.

AUTORIZAÇÃO DE **EXAMES E PROCEDIMENTOS**

O setor de Gestão de Atendimento ao Beneficiário é responsável por analisar., viabilizar e emitir as autorizações dos procedimentos médico-hospitalares, respeitando o regulamento estabelecido pela Agência Nacional de Saúde (ANS) em relação lista dos procedimentos, exames e tratamentos com cobertura obrigatória pelos planos de saúde. Essa cobertura mínima obrigatória é válida para planos de saúde contratados a partir de 1o de janeiro de 1999 e é revista a cada 2 (dois) anos.

Para solicitar autorizações de exames e procedimentos que serão realizados na área de ação da Unimed Joinville*, os canais disponíveis são:

• WHATSAPP:
Envie uma mensagem para o **WhatsApp (47) (47) 99904-2057.**
O atendimento é realizado de segunda a sexta-feira (exceto feriados), das 6h às 21h.

• SITE:
www.unimed.coop.br/joinville aba **"serviços online"** e **"autorização"**

• PRESENCIALMENTE:
- **Atendimento ao Beneficiário Unimed Joinville:** Rua Dr. João Colin, no 1.214, de segunda a sexta-feira, das 8h às 17h.

REDE CREDENCIADA:
Hospitais, clínicas e consultórios pertencentes à 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.*

CONTATOS COM O SETOR **DE PÓS-VENDAS**

• INCLUSÃO DE BENEFICIÁRIO NO PLANO
movimentacao@joinville.unimedsc.com.br
(47) 3441-9656

• EXCLUSÃO DE BENEFICIÁRIOS NO PLANO
exclusaopj@joinville.unimedsc.com.br
(47) 3441-9664

• ORÇAMENTO | PRÉVIA DE COPARTICIPAÇÃO
posvendas@joinville.unimedsc.com.br
(47) 3441-9615
Informação também consta no aplicativo Unimed Cliente

• CONTESTAÇÃO/ ESCLARECIMENTO DE COPARTICIPAÇÃO JÁ FATURADA
contestacao@joinville.unimedsc.com.br
(47) 3441-9595

• DEMAIS ASSUNTOS DE RELACIONAMENTO EMPRESARIAL
Patrícia | relacionamentopj2@joinville.unimedsc.com.br
(47) 3441-4035 e (WhatsApp)
Cristiane | relacionamentopj@joinville.unimedsc.com.br
(47) 3441-9652 e (WhatsApp)

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 GARANTIDOS: 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 TERAPIA (SADT): Modalidade de prestação de serviços com o objetivo de esclarecer o diagnóstico ou realizar procedimento terapêutico específico.

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*

• SAC – Serviço de Atendimento ao Consumidor

0800 047 7800 disponível 24h (7 dias por semana) 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.

Unimed
Joinville