

MANUAL JOY SAÚDE



ÍNDICE

MANUAL JOY SAÚDE

DEFINIÇÕES	4
1. CONDIÇÕES GERAIS	5
2. CONDIÇÕES DE UTILIZAÇÃO	5
3. INFORMAÇÕES IMPORTANTES	6
4. SEGURO DIÁRIA INTERNAÇÃO HOSPITALAR*	7
5. EXCLUSÕES GERAIS	11





Pensando no cuidado com a saúde de seus clientes, a Joy oferece o **Joy Saúde, em especial parceria com a VidaClass**. Todo o associado/usuário devidamente autorizado por sua Associação/Empresa e corretamente cadastrado em nosso sistema poderá se beneficiar desse serviço.

DEFINIÇÕES

ÂMBITO TERRITORIAL: Os serviços terão extensão para todo o território brasileiro, conforme abrangência da rede credenciada.

CADASTRO: É um conjunto de informações relativas aos usuários beneficiários, inseridos em um banco de dados sistêmico, que terão direito à utilização dos serviços do Joy Saúde.

CARÊNCIA: Período durante o qual o Joy Saúde está isento de pagamento dos riscos de cobertura dos serviços contidos neste Manual.

CENTRAL DE ATENDIMENTO: É a unidade responsável pelo atendimento, acompanhamento, certificação e orientação dos serviços que compõem o Joy Saúde junto aos usuários, que ficará disponível em horário comercial.

PLATAFORMA: Consiste em um ambiente virtual e de acesso privado destinado à aquisição/compra de serviços de saúde, no formato de uma loja online, gerenciado por um sistema tecnológico.

RESIDÊNCIA DO USUÁRIO: Corresponde ao endereço residencial do usuário que consta cadastrado em nossa base de dados.

REDE CREDENCIADA: Compreende as pessoas físicas ou jurídicas integrantes dos cadastros e registros em nossa base da assistência saúde Joy e VidaClass, aptos a prestar todos os serviços necessários ao atendimento dos usuários do Joy Saúde, tais como profissionais médicos, dentistas, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, nutricionistas, psicólogos, terapeutas; clínicas médicas e odontológicas, laboratórios de análises clínicas, laboratórios de imagem e demais estabelecimentos correlatos.

SERVIÇOS: Referem-se às consultas, exames, sessões, procedimentos ambulatoriais e demais atendimentos à saúde oferecidas pela rede credenciada.

TOKEN: É o número que garantirá o atendimento do usuário na rede credenciada e que confirma o pagamento pelos serviços de saúde escolhido que constará tanto no voucher do usuário quanto no sistema da rede credenciada.

USUÁRIO: É a pessoa física, titular e beneficiária do serviço do Joy Saúde.



VOUCHER: Corresponde a um documento que é enviado por e-mail e para o e-mail cadastrado, que contém todas as informações necessárias para o atendimento de saúde do usuário, tais como o nome do usuário, telefone de contato e endereço da rede credenciada, além da informação de data e horário pré-agendados, e o token.

1. CONDIÇÕES GERAIS

1.1. O Joy Saúde é um benefício que visa incentivar e auxiliar o usuário a ter um maior cuidado com sua saúde e qualidade de vida, facilitando o acesso a uma rede credenciada, por meio de uma plataforma virtual que possibilita a compra online (via internet) de serviços de saúde com descontos nos valores e diversidade de formas de pagamento.

1.2. Os serviços do Joy Saúde compreendem o nível de prevenção de doenças e promoção da saúde, com baixa ou nenhuma complexidade, quando o usuário reconhece a importância de buscar a rede credenciada para uma avaliação de rotina e/ou para um diagnóstico de sua saúde.

1.3. Os serviços do Joy Saúde têm regras próprias e cobertura limitada, portanto em hipótese alguma os mesmos podem ser considerados planos de saúde e/ou abrangem atendimentos a nível de urgência/emergência, bem como cirurgias e serviços de alta complexidade.

1.4. Não há limite de utilização e/ou períodos de carência para o Joy Saúde, podendo o usuário utilizar os serviços quantas vezes forem de seu interesse e necessidade. Exceto o Seguro Diária de Internação Hospitalar, de acordo com as regras estabelecidas pela seguradora, cujos detalhes estão descritos no item 4 deste manual.

1.5. As porcentagens de descontos oferecidas sobre os serviços são determinadas, única e exclusivamente, pela rede credenciada e, portanto, variam em função da região de localização, especialidade e complexidade do serviço de saúde.

1.6. A rede credenciada, em âmbito nacional, busca um constante crescimento, expansão e atualização dos serviços.

2. CONDIÇÕES DE UTILIZAÇÃO

2.1. O usuário receberá um e-mail de boas-vindas contendo o login e uma senha temporária de acesso à plataforma Joy Saúde. O login configura-se pelo número de CPF do usuário e a senha temporária deverá ser alterada pelo usuário no seu primeiro acesso.

2.2. Estando o usuário devidamente cadastrado no sistema, poderá o mesmo acessar a plataforma do Joy Saúde por meio do site: **www.joybeneficios.com.br/produtos/joy-saude**, inserindo seu login e senha.

2.3. Nos campos correspondentes na plataforma, o usuário deverá inserir cidade e estado de preferência, o serviço e a especialidade desejado, efetuando a busca.



Os resultados irão aparecer, concluindo a pesquisa. A plataforma informará quando não forem encontrados serviços e/ou rede credenciada, sendo necessário uma nova busca, ajustando os parâmetros.

2.4. A partir dos resultados apresentados pela plataforma, o usuário deverá selecionar a opção de serviço e em seguida, escolher uma data e horário para o pré-agendamento.

2.5. O pré-agendamento do serviço indica uma data e horário de preferência do usuário, mas não garante o seu atendimento real nesse mesmo dia e horário.

O usuário deverá entrar em contato com a rede credenciada para confirmação do agendamento, informando o número do token que consta no seu voucher.

2.6. Selecionado o serviço e o pré-agendamento, o usuário deverá escolher também a forma de pagamento de sua melhor conveniência dentre as opções disponíveis, quais sejam boleto bancário, cartão de débito, cartão de crédito à vista ou parcelado e débito em conta.

2.7. As bandeiras dos cartões que são aceitos, bem como os bancos para débito em conta, ficam disponíveis na plataforma no momento de finalização da compra do serviço.

2.8. Caso o usuário opte pelo parcelamento do serviço, este poderá fazê-lo em até 12 (doze) vezes, com incidência de taxa de juros e IOF, além de estar sujeito à aprovação de crédito, dentro do limite disponível em seu cartão de crédito, de acordo com as regras do emissor.

2.9. Após a finalização de compra do serviço, o usuário poderá acompanhar todo o status da mesma por e-mail e na sua conta na plataforma Joy Saúde. Os status serão:

- a. Pedido processado
- b. Aguardando pagamento
- c. Confirmação de pagamento
- d. Pedido efetuado com sucesso
- e. Liberação do voucher

2.10. Se necessário, o usuário poderá efetuar o cancelamento dos serviços desde que solicitado à central de atendimento (item 3.1) em até 48h antes do horário agendado para estes.

2.11. No caso de não comparecimento do usuário/paciente ao seu atendimento, o reagendamento junto a clínica/laboratório é de responsabilidade do usuário e dependerá da disponibilidade da rede credenciada.

3. INFORMAÇÕES IMPORTANTES

3.1. O usuário contará com uma central de atendimento em horário comercial para solicitação de cancelamentos, esclarecimento de dúvidas, pedidos de orçamento, **acionamento do Seguro Diária Hospitalar** e apoio necessário.



Obs.: O usuário deverá informar o número do CPF na ligação para que a central de atendimento possa identificá-lo.

Os números são (11) 4063-1234 e (11) 2609-5422.

*Custo de uma ligação local.

3.2. Os cancelamentos de serviços que garantem o estorno dos valores pagos devem ser feitos imprescindivelmente em até 48h úteis antes do horário agendado. Para cancelamentos solicitados em tempo inferior e/ou cujos serviços tenham sido agendados para o dia seguinte ao marcado não terão direito ao estorno dos valores pagos.

3.3. O usuário deverá conferir na rede credenciada se a consulta de retorno estará inclusa no serviço comprado. Em caso positivo, o agendamento do retorno será feito diretamente pela rede credenciada utilizada. Mas caso não esteja incluso, caberá ao usuário efetuar uma nova compra do serviço pela plataforma.

3.4. É de responsabilidade do usuário a observância e cumprimento das preparações específicas para cada tipo de exame, e/ou demais serviços, para seu correto procedimento e realização, como necessidade de jejuns, abstinências, formas de coleta e demais preparos.

3.5. O usuário deverá se informar sobre os preparos acima mencionados diretamente na rede credenciada escolhida, com o profissional capacitado para tal, lembrando de fornecer o número do token.

3.6. Nas cidades de residência do usuário que porventura não disponham de rede credenciada, o usuário poderá buscar por opções/localizações próximas de sua maior conveniência.

4. SEGURO DIÁRIA INTERNAÇÃO HOSPITALAR*

4.1. A cobertura Seguro Diária de Internação Hospitalar, se contratada e mediante o pagamento de prêmio indicado na plataforma, garante ao próprio segurado o pagamento de indenização proporcional ao período da sua internação hospitalar em decorrência de **doença ou acidente pessoal coberto**, limitado ao número máximo de diárias estabelecido no plano contratado, observados os riscos excluídos e se cumprida a entrega da documentação comprobatória.

4.2. A contratação dos planos disponíveis pode ser realizada por usuários entre 18 (dezoito) e 70 (setenta) anos de idade. Os planos de cobertura do Seguro Diária de Internação Hospitalar estão disponíveis na plataforma em três modalidades, cuja contratação fica a critério do usuário.

a. **Plano Pop:** Trata-se de um seguro de Diária de Internação Hospitalar por doença ou acidente, com indenização de R\$ 250,00 (duzentos e cinquenta reais) cada diária de internação. O seguro possui abrangência de cobertura nacional e prevê no máximo 02 (dois) eventos por ano, sendo que em cada evento será pago o máximo de 10 (dez) diárias;

b. **Plano Essencial:** Trata-se de um seguro de Diária de Internação Hospitalar por



doença ou acidente, com indenização de R\$ 500,00 (quinhentos reais) cada diária de internação. O seguro possui abrangência de cobertura nacional e prevê no máximo 02 (dois) eventos por ano, sendo que em cada evento será pago o máximo de 10 (dez) diárias;

c. **Plano Ideal:** Trata-se de um seguro de Diária de Internação Hospitalar por doença ou acidente, com indenização de R\$ 1.000,00 (um mil reais) cada diária de internação. O seguro possui abrangência de cobertura nacional e prevê no máximo 02 (dois) eventos por ano, sendo que em cada evento será pago o máximo de 10 (dez) diárias;

d. **Planos Senior:** Com condições gerais e benefícios idênticos aos anteriores, foram concebidos para pessoas com idades entre 66 (sessenta e seis) e 70 (setenta) anos.

4.3. A seguradora efetuará o pagamento das diárias correspondentes ao período em que o segurado esteve internado em Hospital, seja ele público ou privado, a contar do 1º (primeiro) dia, após o período de carência, até a data da alta médica ou da utilização do limite de diárias conforme plano contratado; o que ocorrer primeiro. O valor a ser indenizado aos segurados será igual ao valor da diária multiplicado pelo número de dias de internação.

4.4. Uma vez realizada a contratação do seguro, o usuário receberá por e-mail e para e-mail cadastrado, o certificado correspondente ao plano escolhido.

4.5. Fica determinado o período de carência de 01 (um) dia para acidentes pessoais e de 60 (sessenta) dias para casos de doenças.

4.6. Para requisitar a indenização do presente seguro são necessários apresentar os documentos abaixo listados à seguradora.

a. Relatório ou laudo preenchido, carimbado e assinado pelo médico que prestou o atendimento, com descrição das lesões sofridas pela vítima em decorrência de doença ou acidente pessoal e constando detalhadamente o tipo de tratamento adotado, data de entrada e saída do hospital, diagnósticos necessários, comprovando o período de internação;

b. Formulário “Aviso de Sinistro”, com informações gerais sobre o evento, todos os campos preenchidos e assinado pelo segurado ou seu representante legal, que será disponibilizado pela central de atendimento quando for feito o acionamento do seguro;

c. Todos os exames realizados;

d. Cópia do RG – Registro Geral ou RNE – Registro Nacional para Estrangeiros, CPF – Cadastro de Pessoa Física do segurado. Na falta de RG e CPF, cópia da Certidão de Nascimento;

e. Alta hospitalar ou declaração de internação do Hospital, em que conste o CRM do médico responsável, com informação da hora e data da entrada e da alta médica;



f. Cópia da CAT - Comunicação de Acidente de Trabalho, se houver.

4.7. Riscos Excluídos.

4.7.1. Estão expressamente excluídos do Seguro Diária de Internação Hospitalar os eventos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a:

a. Ceratotomia (cirurgia para correção de miopia);

b. Cirurgias plásticas ou tratamentos estéticos, exceto se tiver finalidade comprovadamente restauradora de dano provocado por acidente pessoal coberto, e salvo aquelas reparadoras de lesões decorrentes do tratamento cirúrgico de neoplasias;

c. Gravidez tópica ou ectópica, exceto parto ou aborto quando forem diretamente decorrentes de um acidente pessoal;

d. Procedimentos e/ou tratamentos clínicos ou cirúrgicos para esterilidade, infertilidade, inseminação artificial, impotência sexual, controle de natalidade e mudança de sexo, bem como suas consequências;

e. Cirurgia para correção de fimose;

f. Tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais e/ou não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e/ou não reconhecidos pelo Ministério da Saúde;

g. Tratamento odontológico de qualquer espécie e suas consequências;

h. Tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética;

i. Cirurgias plásticas (estéticas ou não);

j. Tratamentos para obesidade em qualquer modalidade, inclusive gastroplastia redutora;

k. Tratamentos para senilidade, geriatria, rejuvenescimento, repouso, convalescença, emagrecimento estético e suas consequências;

l. Diárias de internação não necessárias para o efetivo tratamento médico, tais como, mas não se limitando a, espera para a realização de cirurgia; disponibilidade para exames de diagnose; repouso; internação com a finalidade exclusiva de realização de exames de qualquer natureza para fins de avaliação do estado de saúde, inclusive check-up; internação para doação de órgãos;

m. Doenças mentais e/ou psiquiátricas inclusive o "stress";

n. Doenças ou lesões preexistentes à contratação do seguro, que sejam de conhecimento do segurado ou que o obriguem a fazer acompanhamento médico ou uso de medicamento de forma continuada ou tratamento em regime hospitalar em período cujos efeitos persistam até a data de contratação do seguro e não tenham



sido declaradas na proposta de adesão;

o. As doenças oriundas de pandemias ou epidemias, incluindo a gripe aviária, febre aftosa, malária, dengue, meningite, dentre outras, mas não se limitando a elas, declaradas por órgão competente, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;

p. As intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;

q. As lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Ocupacionais Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;

r. Quaisquer doenças desencadeadas ou agravadas pelo acidente, bem como as doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos;

s. Tratamento de exame clínico, cirúrgico ou medicamentoso não exigido diretamente pelo acidente;

t. Perturbações e intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos ou medicamentos, salvo quando prescritos por médicos, bem como envenenamentos por absorção de substância tóxica, exceto escapamento de gases e vapores;

u. Furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;

v. Suicídio ou sequelas decorrentes da sua tentativa, caso ocorram nos 2 (dois) primeiros anos ininterruptos de vigência da cobertura, contados da data de contratação do seguro ou de sua recondução depois de suspenso;

w. Do uso de material nuclear para quaisquer fins, ainda que ocorridos em testes, experiências ou no transporte de armas e/ou projéteis nucleares, incluindo explosão nuclear, provocada ou não, bem como contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;

x. Atos ou operações de guerra, declarada ou não, guerra química ou bacteriológica, guerra civil, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, exceto se forem resultantes da prestação de serviço militar ou atos de humanidade em auxílio a outrem;

y. Ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por auxílio a outrem.



(*) As coberturas são válidas somente com o pagamento do prêmio do seguro. O Certificado deste seguro substitui e anula os certificados anteriores eventualmente emitidos pela Seguradora. Este seguro é garantido pela MAPFRE Seguros Gerais S.A., CNPJ 61.074.175/0001-38, Cód. SUSEP: 06238, Avenida das Nações Unidas, nº 14.261, 29º andar, São Paulo/SP, CEP 04794-000. | Processo SUSEP Acidentes Pessoais Coletivo 15414.000357/2011-64. O Certificado do seguro contém um resumo das condições gerais aplicáveis ao seguro. Restrições se aplicam a ele. Consulte a íntegra das Condições Gerais do seguro no site www.mapfre.com.br. | O não pagamento do prêmio pode gerar o cancelamento do seguro. Este seguro é por prazo determinado tendo a Seguradora a faculdade de não renovar a apólice na data do vencimento, sem devolução dos prêmios pagos nos termos da apólice. Este plano é estruturado no Regime Financeiro de Repartição Simples, os prêmios pagos por todos os Segurados do plano, em um determinado período, deverão ser suficientes para pagar as indenizações decorrentes dos eventos ocorridos naquele período, portanto, não existe constituição de Provisão Matemática de Benefícios a Conceder ou Reserva Técnica em nome de cada Segurado para ser devolvida em caso de cancelamento do Seguro. O registro deste produto na SUSEP não implica, por parte da autarquia, incentivo ou recomendação à sua comercialização. O segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros no site www.susep.gov.br pelo número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF. As condições contratuais/regulamento deste produto protocolizadas pela sociedade/entidade junto à SUSEP poderão ser consultadas no endereço eletrônico www.susep.gov.br, de acordo com o número de processos constante da apólice/proposta. As informações sobre o produto de Seguro vinculado a este certificado podem ser obtidas no Portal da SUSEP, no seguinte link: <http://susep.gov.br/menu/servicos-ao-cidadao/sistema-de-consulta-publica-de-produtos>. | SUSEP – Superintendência de Seguros Privados – Autarquia Federal responsável pela fiscalização, normatização e controle dos mercados de Seguro, previdência complementar aberta, capitalização, resseguro e corretagem de seguros. Telefone de Atendimento ao Público (gratuito): 0800 021 8484. | Alíquota de Imposto sobre Operações Financeiras estabelecidas pelo Decreto-Lei Nº 6.339, de 03.01.2008. | Em atendimento à Lei 12.741/12 informamos que incidem as alíquotas de 0,65% de PIS/Pasep e de 4% de COFINS sobre os prêmios de seguros, as contribuições a plano de caráter previdenciário ou os pagamentos destinados a planos de capitalização, deduzidos do estabelecido em legislação específica.

5. EXCLUSÕES GERAIS

5.1. Não estão cobertos pelo Joy Saúde:

- a. Serviços contratados diretamente na rede credenciada, ou seja, que não tenham sido contratados via plataforma do usuário e/ou por contato com a central de atendimento;
- b. Estornos de cancelamentos solicitados em tempo superior a 7 (sete) dias;
- c. Reembolsos de qualquer natureza;
- d. Consultas de retorno, salvo as oferecidas pela rede credenciada;
- e. Serviços de urgência, emergência, alta complexidade, bem como cirurgias e não contemplados na plataforma do usuário;
- f. Atos intencionais de má fé e/ou dolosos.





WWW.BIGGOASSISTANCE.COM.BR

