

POLÍTICA DE BENEFÍCIOS EM SAÚDE
MANUAL DO BENEFICIÁRIO



SUMÁRIO

1. Introdução	Página 2
2. Conceito do Modelo de Saúde PKC	Página 3
3. Benefícios Oferecidos	Página 3
4. Política de Custeio dos Benefícios	Página 3
5. Critérios de Elegibilidade	Página 4
6. Plano de Assistência Médica	Página 7
7. Plano de Assistência Odontológica	Página 9
8. Programa de Benefícios Medicamentos (PBM)	Página 9
9. Modelo de Atendimento dos Benefícios	Página 10
10. Gestão de Saúde Inteligente	Página 12

1. INTRODUÇÃO

Prezado(a) funcionário(a),

A PK Cables inova mais uma vez e está oferecendo aos seus colaboradores um modelo de saúde eficaz, prático e moderno, proporcionando bem-estar e qualidade de vida a todos nós.

Você está recebendo o resultado de um trabalho que busca oferecer uma política de saúde eficiente e que garanta acesso aos melhores serviços de saúde de maneira inteligente e duradoura.

O cuidado com a saúde das pessoas é fundamental para nós e estamos dando um passo importante para sermos referência no cuidado com as pessoas. Um conceito de saúde com uma visão integral no cuidado das pessoas está no centro deste novo modelo. Você e sua família serão cuidados de maneira integral, com benefícios mais abrangentes e integrados, proporcionando um cuidado mais completo e eficaz na busca da melhor condição de saúde.

Este novo modelo de gestão dos benefícios em saúde pertence a todos nós e o mais importante é que as pessoas estão no centro das nossas ações. A PKC sempre se associará a operadoras de saúde parceiras de alta qualidade para lhe oferecer o melhor sistema de benefícios em saúde do País.

Seja bem-vindo ao novo Sistema de Saúde da PKC!

Marcio Lahm.

2. CONCEITO DO SISTEMA DE SAÚDE PKC

O sistema de saúde PKC tem como principal objetivo **melhorar a saúde e a qualidade de vida de seus funcionários e dependentes**. Neste sentido, é fundamental que nossos benefícios estejam alinhados com este objetivo.

Este sistema de saúde está fundamentado no conceito de **Promoção de Saúde**, que vai além da prevenção das doenças. Neste modelo, todas as suas diretrizes são para favorecer a atenção primária em saúde, valorizar a relação profissional/paciente e principalmente **investir em educação para a saúde**. Sem investimento em educação para a saúde, não conseguiremos melhorar a qualidade de vida das pessoas.

É importante lembrar que ter um modelo de promoção de saúde não significa negligenciar a importância do tratamento e controle das doenças existentes, muito pelo contrário. As pessoas terão acesso a toda a tecnologia e conhecimento científico disponível na medicina para o tratamento das doenças.

O modelo é simples. **Nosso foco é na sua saúde e não na doença**. Se você ficar doente, vamos disponibilizar os melhores recursos para que seu tratamento seja o mais rápido e eficiente possível. Em seguida voltaremos a focar na sua saúde, para que os períodos sem doença sejam cada vez mais longos e duradouros.

Este conceito também nos ajuda a construir um sistema de saúde economicamente viável e sustentável ao longo dos anos. A viabilidade financeira dos sistemas de saúde é um desafio que depende da conscientização de todos, empresa e usuários.

3. QUAIS SÃO OS BENEFÍCIOS EM SAÚDE

Coerente com a visão integral de saúde, o conjunto dos benefícios disponibilizados pela empresa será completo, incluindo os planos de **assistência médica, odontológica** e um **programa de benefício medicamentos (PBM)**. Cada benefício terá sua regra de utilização e política de custeio específica.

4. POLÍTICA DE CUSTEIO DOS BENEFÍCIOS

Benefício de Assistência Médica

A PKC **custeará parcialmente** o valor das mensalidades do benefício de assistência médica para **todos os seus funcionários**. Além disso, a empresa também irá participar do pagamento das mensalidades para o plano médico de seus dependentes. A contribuição está detalhada no item 6, letra f, valor das mensalidades, deste manual.

Os funcionários deverão pagar também o valor das coparticipações em consultas e exames e procedimentos ambulatoriais, de acordo com as regras específicas do sistema de saúde PKC.

Como o funcionário deverá custear parte do valor da mensalidade do plano, a **inclusão é facultativa e deve ser solicitada junto à área de gestão de pessoas**, sempre de acordo com as regras específicas descritas no item 5.

Benefício de Assistência Odontológica

Coerente com a proposta de saúde e com a visão integral das pessoas, a PKC disponibilizará o plano de assistência odontológica de forma **facultativa** para os seus funcionários. Será permitida a inclusão dos dependentes, também de modo facultativo, **com o pagamento do benefício pelo funcionário**.

No plano odontológico não haverá o pagamento de coparticipação.

Programa de Benefício Medicamentos

O direito ao Programa de Benefício Medicamentos, que facilita o acesso e gestão dos medicamentos, será **custeado integralmente para os titulares e seus dependentes diretos** que optarem pelo plano médico da PKC.

A PKC disponibilizará o benefício para compra de medicamentos através de uma operadora de plano de medicamentos que possui ampla rede de farmácias conveniadas. O benefício facilita a compra, mas os **beneficiários irão pagar integralmente pelos remédios comprados**, via desconto em folha de pagamento, com **limite máximo de R\$ 200,00 mensais por titular**.

IMPORTANTE: O subsídio da empresa descrito acima **é válido apenas** para os dependentes incluídos nos benefícios no **momento da inclusão do titular** ou após **12 meses de contribuição integral do benefício**.

5. CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

Esta política é aplicável a todos os **funcionários com vínculo empregatício** com a PKC em regime CLT e prestadores de serviço, bem como seus dependentes legais, **cônjuges, filhos, enteados e tutelados**, sempre de acordo com as regras específicas de cada operadora parceira.

Inclusão de Titulares

Como o benefício de assistência médica é facultativo, o funcionário deverá solicitar a sua inclusão em

até 30 dias da data da contratação para a inclusão no plano sem carência. Após este período, os funcionários que optarem pelo plano médico cumprirão carência contratual. As carências podem ser consultadas no portal pkc.viasaudegi.com.br.

Por ser de inclusão compulsória, o funcionário será incluído no plano odontológico de maneira automática após o término do período de experiência.

A inclusão no benefício de medicamentos será automática para os funcionários que optarem pelo plano médico da PKC.

Inclusão de dependentes

Os benefícios de assistência médica, odontológica e medicamentos permitem a inclusão de dependentes, de modo facultativo e **sempre na mesma opção de plano do titular**, de acordo com a regra de subsídio e pagamento de cada benefício, que serão descontadas na folha de pagamento do colaborador.

As inclusões de dependentes nos benefícios ocorrerão mediante **comprovação de vínculo** por documentos públicos (certidão de casamento, escritura pública de união estável, certidão de nascimento e documento comprobatório oficial de guarda/tutela) e devem ser realizadas na área de Administração de Pessoal **até o dia 15 de cada mês**, para utilização do plano a partir do dia 1º do mês seguinte.

Poderão ser incluídos somente os **dependentes legais diretos**, ou seja, cônjuge e filhos, enteados e tutelados, sendo estes solteiros com idade até 23 anos e 11 meses de idade. Dependentes incluídos no plano de assistência médica nas regras da política anterior, mesmo que não estejam contemplados nesta, serão mantidos. Havendo exclusão desses dependentes, uma nova inclusão deverá seguir as regras desta nova política.

a) Critérios

- Adesão **sem carência**: para ter isenção de carência a solicitação deve ser feita até 30 dias da data da admissão para os funcionários que desejarem incluir seus dependentes elegíveis.
- Adesão **com carência**: todas as solicitações feitas após 30 dias da admissão terão a incidência de carência contratual.

b) Procedimentos

Para incluir dependentes, é necessário:

-
- Entregar cópia dos seguintes documentos:
 - Filhos – Certidão de Nascimento, RG e CPF.
 - Menores sob guarda e filhos adotivos ou tutelados – documento comprobatório oficial de guarda/tutela, Certidão de Nascimento, RG e CPF.
 - Cônjuge – Certidão de Casamento ou Certidão Pública de União Estável, RG e CPF.
 - Seguir o prazo de **até 30 dias** após o casamento ou nascimento de filhos ou decisão judicial, contados da data registrada nas certidões de nascimento ou casamento ou documento comprobatório oficial de guarda/tutela.
 - Preencher o formulário de movimentação cadastral da Unimed Planalto Norte, disponível no portal pkc.viasaudegi.com.br.
 - Enviar para a área de Administração de Pessoal o formulário assinado e a cópia dos documentos solicitados, seguindo o prazo definido.

IMPORTANTE: Devido a implantação do Sistema de Saúde PKC em 01 de abril de 2020, todos os funcionários terão até o dia 15/04/20 para solicitar a sua inclusão e de seus dependentes com isenção total de carência. Após esta data valerá a regra descrita na página anterior.

Exclusão dos Dependentes

a) Critérios

A exclusão de dependentes do plano poderá ser realizada a qualquer momento, com possibilidade de nova inclusão sem carência no período de 30 dias, respeitando o período de movimentação da Instituição. Passado esse período, uma nova requisição de inclusão só poderá ser feita mediante o cumprimento de carência.

b) Procedimentos

- Preencher o formulário específico para exclusão da Unimed Planalto Norte, disponível no portal pkc.viasaudegi.com.br.
- Enviar para a área de Administração de Pessoal o formulário assinado.

Cancelamento do benefício em virtude de desligamento

Em caso de desligamento por iniciativa da Instituição, é possível dar continuidade aos benefícios médico e/ou odontológico conforme procedimento estipulado pela Agência Nacional de Saúde (ANS), na Resolução Normativa nº 279, de 24 de novembro de 2011, Capítulo II, Seção I, Subseção I:

“Art. 4º: É assegurado ao ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa...o direito de manter sua condição de beneficiário, nas mesmas condições da cobertura assistencial

que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o pagamento integral.

Parágrafo único: O período de manutenção a que se refere o caput será de 1/3 (um terço) do tempo de permanência em que tenha contribuído para os produtos...com um mínimo assegurado de 6 (seis) e um máximo de 24 (vinte e quatro) meses...”

Os dependentes do funcionário desligado também terão direito a dar continuidade nos planos médico e/ou odontológico se o motivo do desligamento atender à Resolução Normativa 279, conforme mencionada acima, seguindo as condições estipuladas na tabela de inativos informada no ato do desligamento do funcionário.

Após a rescisão, no prazo máximo de 30 dias corridos, o ex-funcionário deve assinar formulário manifestando interesse ou não em dar continuidade aos planos médico e/ou odontológico.

6. CONHEÇA O BENEFÍCIO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA

A operadora médica selecionada pela PKC é a **Unimed Planalto Norte** (para todos os funcionários). O benefício de assistência médica disponibilizado pela empresa, terá as seguintes características:

- **Acomodação em enfermaria ou apartamento**
- **Coparticipação para consultas, exames e procedimentos**
- **Abrangência regional ou nacional**
- **Atendimento exclusivamente em rede credenciada**
- **Cobertura para obstetrícia**

a) Acomodação:

O plano base do benefício médico para os colaboradores da PKC é com acomodação em **enfermaria**. Este será o plano referência para os pagamentos dos subsídios para titulares e dependentes. A acomodação em **apartamento** será oferecida para diretores.

Haverá a possibilidade de **upgrade** para acomodação em **apartamento**, desde que o funcionário pague a diferença dos valores.

A acomodação **será a mesma** para todo o grupo familiar, titulares e dependentes.

b) Coparticipação:

Conceito fundamental na estratégia de gestão da maioria dos sistemas de saúde pelo mundo, a **coparticipação base é de 50%** a ser aplicada em consultas e exames no valor máximo de **R\$152,97**.

Os percentuais serão variáveis de acordo com critérios de utilização, sempre valorizando os conceitos e premissas do modelo de saúde. A PKC irá lhe ajudar a custear a coparticipação.

A política de coparticipação é estratégica e será aplicada em todos os planos de assistência médica, mas poderá variar de acordo com as suas regras específicas, que serão detalhadas na página 12.

c) Abrangência

Para os funcionários lotados em Campo Alegre a abrangência de cobertura do benefício médico será **REGIONAL**. Para os demais funcionários e Diretores, o plano médico terá abrangência **NACIONAL**. Casos especiais poderão ser avaliados de acordo com a atividade, mas sempre com a definição da área de Gestão de Pessoas.

OBS: Os atendimentos necessários em casos comprovados de urgência e emergência tem abrangência de cobertura nacional.

d) Atendimento em Rede Credenciada

O benefício médico tem atendimento exclusivo em rede credenciada, não havendo a previsão de reembolso em caso de atendimento em serviços não pertencentes à rede credenciada da operadora parceira contratada.

e) Cobertura para Obstetrícia

O benefício médico base sempre terá cobertura de obstetrícia (parto) para beneficiárias titulares e dependentes.

f) Valores

Os valores dos planos da **Unimed Planalto Norte** são fixos por beneficiário. Confira abaixo o valor dos planos e o desconto da sua parte no pagamento do benefício para você e seus dependentes.

Plano com abrangência Regional

Valor do Plano: **Plano em Enfermaria: R\$ 181,67**

Valor que será descontado do funcionário: **R\$50,92** do titular e **R\$ 110,31** por dependente

Planos com abrangência Nacional

Valor do plano: **Plano em Enfermaria: R\$ 261,54**

Valor que será descontado do funcionário: **R\$ 80,88** do titular e **R\$163,07** por dependente

Valor do plano: **Plano em Apartamento: R\$ 540,55**

Valor que será descontado do funcionário: **R\$211,24** por titular e dependente

7. CONHEÇA O BENEFÍCIO DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA

A **cobertura odontológica** é fundamental para o cuidado integral das pessoas e por isso faz parte da grade dos benefícios em saúde. A comprovada relação entre algumas doenças importantes como diabetes e hipertensão com a doença periodontal (inflamação da gengiva), faz do benefício odontológico uma parte importante no modelo de Promoção de Saúde.

A operadora escolhida é a **OdontoPrev**, empresa líder no segmento odontológico, e o plano definido é o **Convencional**, com a cobertura do Rol da ANS. A descrição completa da cobertura do plano está disponível no portal pkc.viasaudegi.com.br.

No plano odontológico não haverá coparticipação nos procedimentos.

O valor do plano Convencional é de **R\$12,50 por beneficiário**, independente da faixa etária.

8. CONHEÇA O PROGRAMA DE BENEFÍCIO MEDICAMENTOS (PBM)

Outro benefício importante é o **Programa de Benefício Medicamentos (PBM)**. O acesso ao remédio para o correto tratamento das doenças é fundamental para a saúde das pessoas e também para a gestão do sistema. As PBM's são empresas especializadas na gestão de medicamentos, sendo mais completas do que convênios farmácia.

Além de oferecer **descontos de 20%*** na compra dos remédios presentes em sua listagem de medicamentos, a PBM é importante aliada na gestão dos cuidados médicos assistenciais e no tratamento das doenças.

Todos os funcionários terão um **crédito de R\$ 200,00** (duzentos reais), exclusivo para a compra de medicamentos, que serão descontados em folha de pagamento. Após esgotado o crédito para desconto em folha, os remédios deverão ser pagos diretamente na farmácia.

A PBM escolhida pela PKC é a **Vidalink**, uma das maiores empresas na gestão de medicamentos no mundo. O plano é o **Vidalink Fácil**, que oferece uma ampla lista de medicamentos com descontos. É importante saber que o programa é **exclusivo para a compra de remédios**, não sendo possível comprar cosméticos, perfumarias ou outros itens vendidos em farmácias.

O cartão de identificação da **Vidalink** estará disponível à todos os beneficiários, titulares e dependentes diretos, no App Via Saúde. Informações sobre o aplicativo poderão ser obtidas no portal pkc.viasaudegi.com.br.

* Os descontos dependem da política de preços de cada farmácia, podendo variar entre as farmácias.

9. FUNDAMENTOS DO MODELO DE PROMOÇÃO DE SAÚDE

A Importância do Acesso ao Sistema

Um dos grandes problemas dos sistemas de saúde é a falta de organização no acesso ao mesmo. As pessoas buscam atendimento de acordo com percepções próprias de necessidade, resultando em várias consultas com diferentes especialistas na busca de um diagnóstico. A cada consulta nova bateria de exames, consumindo recursos do sistema sem gerar resultado em saúde.

A rede credenciada de uma operadora de saúde pode oferecer uma quantidade de prestadores ampla demais para fazermos as nossas escolhas. Como buscar os melhores profissionais para cada necessidade de tratamento? Qual a melhor maneira de utilizar os serviços que estão a minha disposição?

Responder de maneira correta a estas perguntas é o melhor começo para termos um sistema de saúde eficiente.

O acesso ao Sistema de Saúde PKC **será hierarquizado**, onde cada beneficiário deverá ter um médico generalista, um **clínico geral** escolhido por ele entre as opções da rede credenciada da operadora, para ser o seu médico de referência. É a este médico que você irá recorrer sempre que precisar.

Além do seu clínico geral, de acordo com a necessidade de cada beneficiário recomendamos escolher também ter uma referência médica nas especialidades de **ginecologia, endocrinologia e cardiologia**. Ao escolher os seus médicos de referência, isto fará bem à sua saúde e ao seu bolso.

A hierarquização de atendimento **não significa restrição de acesso**, muito pelo contrário. Existe uma organização dos atendimentos e principalmente um maior cuidado com as pessoas.

Política de Coparticipação

O sistema de saúde PKC prevê a cobrança de coparticipação exclusivamente para consultas, exames e procedimentos ambulatoriais. A **coparticipação é estratégica** e serve como fator de incentivo para o engajamento ao modelo de saúde.

O percentual que será base da política de coparticipação é de **50%** do valor dos procedimentos elegíveis. Porém, de acordo com a utilização de cada beneficiário, a coparticipação **poderá variar para menos**.

Visando estimular a adesão dos beneficiários ao modelo de promoção de saúde e favorecer a relação profissional/paciente, a PKC poderá subsidiar parte do valor da coparticipação em consultas dentro dos seguintes critérios:

- Caso o beneficiário determine o seu médico referência, a PKC pagará 50% do valor da coparticipação (ou seja, 25%) em todas as consultas realizadas nas quatro especialidades definidas, clínica geral, ginecologia, cardiologia e endocrinologia.
- Para todas as consultas realizadas em especialidades não definidas como médicos de referência, como dermatologia ou oftalmologia por exemplo, terão o subsídio da coparticipação dentro dos limites de consultas definidos no quadro a seguir.
- Após a nona consulta em um período de 12 meses, o beneficiário pagará 50% de coparticipação.
- Para efeito da política de subsídio de coparticipação contam todas as consultas realizadas, independente da especialidade, sendo médicos de referência ou não, dentro dos limites de consultas definidos na tabela a seguir.

Tabela 1: Política de coparticipação

PERCENTUAL DE COPARTICIPAÇÃO		
CONSULTAS/ANO	PKC	BENEFICIÁRIO
de 1 a 4 consultas	20%	30%
de 5 a 8 consultas	10%	40%
acima de 9 consultas	0%	50%

- A PKC subsidiará parte do valor da coparticipação das consultas desde que realizadas nos médicos definidos e cadastrados no **App VIC da Via Saúde**.

- É importante lembrar que a contagem das consultas é individual, por cada beneficiário, seja titular ou dependente, e não por família.

Política de Franquias

O sistema de saúde terá uma rede preferencial para a realização de alguns procedimentos cirúrgicos eletivos. A rede preferencial tem critérios de qualidade e resolutividade médica, visando orientar as pessoas dos serviços que são referência na execução de determinados procedimentos e será estabelecida de acordo com o tipo de procedimento a ser realizado e as especialidades médicas. Dependendo do procedimento, poderá haver a **avaliação médica complementar** além da autorização prévia da operadora para a realização de alguns procedimentos cirúrgicos eletivos.

Os procedimentos de **cirurgia bariátrica** obedecerão a um protocolo clínico, onde os pacientes sempre serão avaliados previamente. Haverá a **franquia de R\$ 500,00** para os beneficiários **que não seguirem** o protocolo clínico definido pela equipe médica de referência.

O modelo de gestão inclui um programa específico para acompanhamento das gestantes. Para os beneficiários lotados em Curitiba e Região Metropolitana, os procedimentos de **parto** deverão ser realizados preferencialmente no **Hospital N. S das Graças ou na Maternidade Santa Brígida**. Caso a gestante faça a opção de realizar o parto em outro Hospital pagará **franquia de R\$400,00**, por parto. Participando do programa as gestantes ainda poderão ter acesso a uma equipe de obstetras referenciados que não realizam a cobrança de qualquer taxa extra na realização do parto.

Os valores eventualmente cobrados como franquia para os procedimentos eletivos serão descontados em folha de pagamento.

IMPORTANTE: NÃO será cobrada franquia para procedimentos cirúrgicos eletivos realizados na **rede preferencial**, bem como para **qualquer procedimento de urgência ou emergência**.

10. GESTÃO DE SAÚDE INTELIGENTE

Para que o sistema de saúde PKC possa existir, é preciso o apoio de uma complexa plataforma com sistemas integrados específicos especialmente desenvolvidos para a gestão em saúde.

A **Via Saúde** fará toda a gestão do sistema de saúde e disponibilizará suas plataformas tecnológicas para o acesso de todos os beneficiários.

A comunicação da política dos benefícios, o modelo de saúde entre outras informações importantes para você e sua família estarão disponíveis no portal exclusivo pkc.viasaudegi.com.br. O relacionamento com os beneficiários, os programas de educação para a saúde serão realizados pelo

App VIC da Via Saúde e pelo blog especializado em informações em saúde através do domínio blog.viasaudegi.com.

Além destes serviços, os beneficiários terão acesso ao cartão de identificação do Programa de Benefício Medicamento exclusivamente no **App VIC da Via Saúde**.

Agora você faz parte do mais completo sistema de saúde corporativo do país.

Participe, tenha mais saúde, melhor qualidade de vida e conte com a gente sempre que precisar.