



MANUAL DO CLIENTE

ÍNDICE

Introdução	6
Manifesto da marca.....	7
Cartão do beneficiário	8
Como acessar o guia	12
Prazos máximos para atendimento	13
Tipos de plano.....	14
Plano e cobertura.....	16
Outras informações do seu plano	18
Dicas de utilização do plano.....	21
Carências	23
Reembolso	24
Como acontecem as inclusões e exclusões de beneficiários?	26
Serviços online	28
Portabilidade.....	30
Remoção aérea e terrestre.....	34
Viver Bem.....	35
Fale coma Unimed	48
Unidades de atendimento	49
Ouvidoria	51
Glossário	52

Introdução

Prezado beneficiário,

É UM prazer recebê-lo como beneficiário. Nossa operadora, assim como as outras, é UMA cooperativa médica, FUNDADA e administrada por médicos, com o objetivo de prestar serviço médico hospitalar de QUALIDADE.

Cada Unimed é AUTÔNOMA e JUNTAS formam o Sistema Unimed, QUE ATUALMENTE é o maior sistema cooperativista de trabalho médico do MUNDO e também a maior rede de assistência médica do Brasil, presente em mais de 80% do território nacional.

Faz parte da nossa cooperativa o “Jeito de CUIDAR” e, por isto, elaboramos este MANUAL para orientá-lo sobre como proceder na utilização do SEU plano.

Pedimos QUE leia este MANUAL atentamente. Em caso de dúvidas, não hesite em entrar em contato conosco. Será sempre UMA honra atendê-lo.

Seja bem-vindo à Unimed Leopoldina!

Manifesto da marca

Vocação não é uma escolha

Cuidar está no nosso DNA

É atender a UM chamado e dedicar-se PROFUNDAMENTE ÀQUILO a QUE fomos predestinados. Somos médicos, somos UMA marca de médicos.

Mais do QUE conhecimento para CURAR, temos comprometimento com a vida, com as pessoas, com o MUNDO.

Fazemos o melhor porQUE nascemos e nos UNIMOS para fazer isso. MUITO mais do QUE UM prestador de serviços de saúde, somos UMA cooperativa de médicos. A Unimed é UM sistema QUE CUIDA das pessoas para QUE elas possam aproveitar a vida da melhor forma.

Temos vocação para cuidar das pessoas. CUIDAR é ter atitude para SOLUCIONAR e acolher, é estar presente a serviço do outro. Temos disposição natural e vocação para essa missão. No entanto, o mais importante de todos os CUIDADOS é o AUTOCUIDADO. Ele direciona todo o resto.

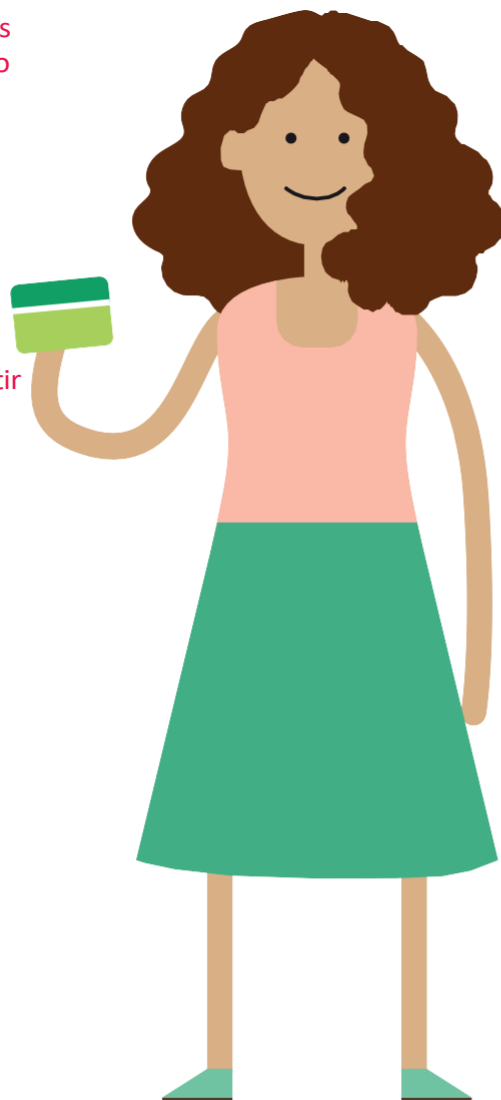
Prestar atenção em nós mesmos, no QUE fazemos, comemos, bebemos, e como vivemos é o primeiro passo para UMA atenção integral ao nosso corpo e também ao nosso espírito.

Cartão do beneficiário

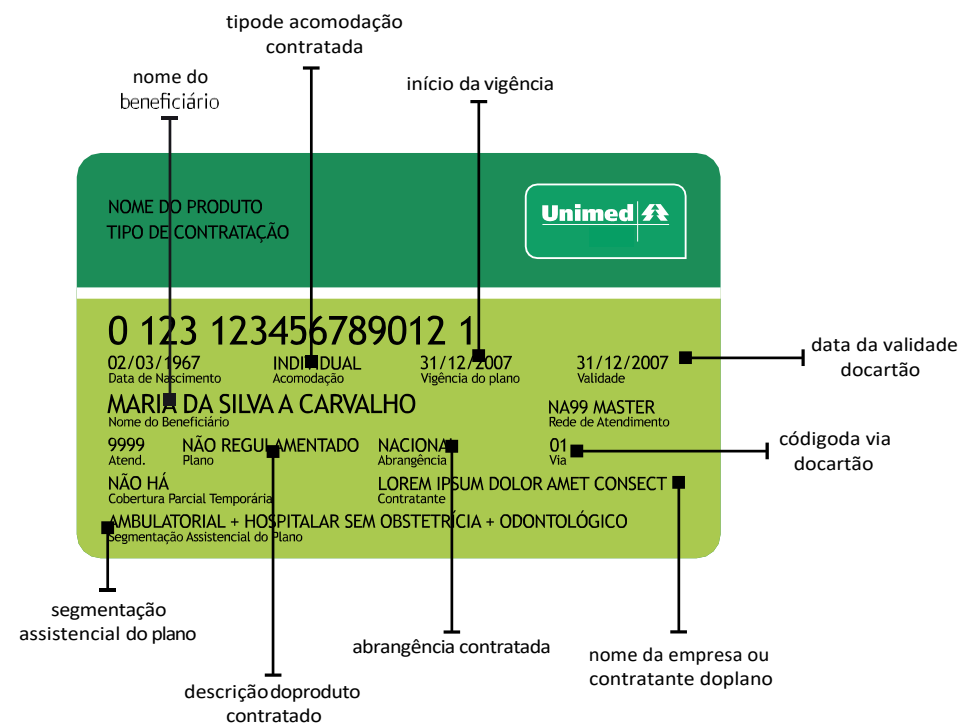
O seu cartão Unimed é uma garantia de que você está sempre bem protegido.

Por isto, é necessário ter alguns cuidados com seu cartão, como por exemplo, protegê-lo do sol, evitar sujar, riscar a tarja magnética, molhar ou colocar o cartão em contato com aparelhos como rádios, tevês e celulares.

Assim, ele vai estar sempre funcionando, para você se sentir bem cuidado.



O cartão de beneficiário é o documento que comprova que você é cliente da Unimed Leopoldina, garantindo o seu acesso aos serviços disponíveis em seu plano. Conhecer as informações do cartão facilitará o seu atendimento.



Cuide do seu cartão e ele cuidará de você

A Unimed fornecerá ao beneficiário o cartão de identificação referente ao plano contratado, com prazo de validade, cuja apresentação deverá ser acompanhada de documento de identidade, assegurando dessa forma os direitos e vantagens do seu plano.

É obrigação do beneficiário a devolução do cartão do plano de saúde e outros documentos fornecidos pela Unimed, na hipótese de exclusão ou rescisão contratual motivada por qualquer uma das partes.

O uso indevido é proibido e, de acordo com a gravidade, estará sujeito às consequências previstas em lei.



Quais os cuidados que devo manter com o meu plano e meu cartão Unimed?

O seu cartão é pessoal e intransferível.

- Para ser atendido, tenha-o sempre em mãos, juntamente com a sua carteira de identidade.
- Verifique as informações relativas às carências e de cobertura parcial temporária impressas no seu cartão e consulte as condições de contratação.

Caso tenha dúvida, entre em contato pelo **telefone: 0800-772-9595**

- Mantenha seus dados de cadastro sempre atualizados. Qualquer alteração, não deixe de nos comunicar.

Importante: Em caso de roubo, extravio do cartão ou outras informações, entre em contato com a Unimed Leopoldina. Caso haja qualquer problema com o cartão, solicite a substituição imediatamente por meio do serviço de atendimento ao cliente. No caso de Pessoa Jurídica (PJ), o contato deve ser feito com o RH ou responsável pela empresa.

Como acessar o Guia Médico

Precisa marcar uma consulta?

O Guia Médico online da Unimed Leopoldina é supercompleto, com a lista de todos os médicos que atendem pelo convênio. Para facilitar a busca, o guia traz todos os médicos classificados por especialidade e mostra os endereços e telefones de contato dos profissionais. Essa nova versão do Guia Médico atende aos requisitos da Resolução Normativa nº 285, seguindo todos os padrões determinados pela ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar).

Passo a passo:

1. Acesse: <https://www.unimedleopoldina.coop.br>
2. Clique em **GUIA Médico**

Prazos máximos para atendimento

Pensando em um atendimento com agilidade e qualidade, solicitamos a apresentação de documentação necessária, quando solicitada. Para ser atendido dentro dos prazos, você deverá ter cumprido os períodos de carência previstos em seu contrato.

Esses prazos valem para o atendimento por um dos profissionais ou estabelecimentos de saúde da rede conveniada ao plano, na especialidade necessária, e não para o atendimento por um profissional ou estabelecimento específico, da preferência do beneficiário.

Confira os prazos máximos para atendimento dos beneficiários, observando a área de abrangência contratada no seu plano.

Serviços	Prazo máximo de atendimento (dias úteis)
Consulta básica – pediatria, clínica médica, cirurgia geral, ginecologia e obstetria	07 (sete)
Consulta nas demais especialidades médicas	14 (quatorze)
Consulta/sessão com fonoaudiólogo	10 (dez)
Consulta/sessão com nutricionista	10 (dez)
Consulta/sessão com psicólogo	10 (dez)
Consulta/sessão com terapeuta ocupacional	10 (dez)
Consulta/sessão com fisioterapeuta	10 (dez)
Serviços de diagnósticos por laboratório de análises clínicas em regime ambulatorial	03 (três)
Demais serviços de diagnóstico e terapia em regime ambulatorial	10 (dez)
Procedimentos de alta complexidade – PAC	21 (vinte e um)
Atendimento em regime de hospital-dia	10 (dez)
Atendimento em regime de internação eletiva	21 (vinte e um)
Urgência e emergência	imediato

Tipos de plano

Quanto ao tipo de contratação

- a) Individual ou Familiar** - Permite livre adesão de beneficiários, com ou sem grupo familiar
- b) Coletivo Empresarial** - Permite adesão da população que é vinculada à pessoa jurídica, por relação empregatícia ou estatutária (servidores públicos no regime da Lei 8.112/90 e leis congêneres)
- c) Coletivo por Adesão** - Permite adesão da população que mantém vínculo com pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou social, como sindicatos, associações, cooperativas e fundações

Quanto à abrangência geográfica

- a) Nacional**
- b) Grupo de Municípios**

Quanto à formação do preço

- a) Pré-pagamento (pré-estabelecido)** - Quando o valor da mensalidade é calculado antes da utilização da cobertura contratada

Quanto ao fator moderador

- a) Coparticipação** - Quando o beneficiário for pessoa física paga parte da despesa assistencial diretamente à operadora, após a realização do procedimento. Se for pessoa jurídica, paga diretamente à empresa.

Quanto à época da contratação

- a) Regulamentados** (contratos firmados a partir de 02/01/1999, depois da vigência da Lei 9.656/98)
- b) Não-regulamentados** (contratos firmados antes de 02/01/1999, antes da vigência da Lei 9.656/98)
- c) Adaptados** (contratos firmados antes de 02/01/1999, mas que foram editados para ajustá-los à cobertura da Lei 9.656/98 e demais normas da ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar)

Quanto ao padrão de acomodação

- a) Enfermaria** - Acomodação coletiva
- b) Apartamento** - Acomodação individual

Produto AIS (Atenção Integral à Saúde) - Quanto à Porta de Entrada

Fidelização do beneficiário ao médico da unidade de PORTA DE ENTRADA (forma de acesso do cliente), conforme definido e delimitado em contrato.

Reajustes

A mensalidade do seu plano de saúde poderá sofrer reajuste quando:

- **Anualmente**, na data-base (aniversário) do contrato.
- Em casos específicos de planos empresariais, pode haver o desequilíbrio contratual devido ao aumento dos custos médicos, frequência de utilização ou ainda de acordo com as condições contratuais.
- Houver mudança de faixa etária. Mas, em alguns casos empresariais – dependendo tipo de contrato, não há alteração com a mudança de faixa etária. Se tiver dúvida em relação a novas adesões, favor consultar departamento comercial. Em caso de dúvida em relação a planos já contratados- se o contrato for pessoa jurídica, favor consultar o seu RH e para planos individuais, o departamento de relacionamento com o cliente:

Telefone: (32)3449-5072 gestaocomercial@unimedleopoldina.com.br

atendimento presencial de segunda a sexta-feira das 07h30 às 17h

Rua Ribeiro Junqueira, 175 – Centro

Plano e cobertura

1 - Cobertura para remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica, em território brasileiro;

- Entre hospitais, depois de realizados os atendimentos classificados como de urgência e emergência, e quando o médico assistente identificar necessidade de internação;
- Para transferência hospitalar, quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade para dar continuidade de atenção ao paciente;

2 - Transplante de córnea ou rins*.

3 - Cirurgia plástica reparadora terá cobertura contratual quando efetuada, exclusivamente, para restauração de funções em órgãos, membros e regiões atingidas em virtude de acidentes pessoais, ocorridos no âmbito do contrato para o respectivo beneficiário e que estejam causando problemas funcionais.

4 - Cirurgia bucomaxilofacial que necessitem de ambiente hospitalar.*

**Conforme condições contratuais e de acordo com a legislação vigente.*

Fique por dentro das coberturas do seu plano

(apenas para planos regulamentados ou adaptados)

As coberturas da Unimed estão de acordo com o Rol de Procedimentos – listagem dos procedimentos em saúde, cuja cobertura é garantida – editado e atualizado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que está disponível no endereço eletrônico: www.ans.gov.br

Cobertura Ambulatorial

Nesta cobertura está garantida a prestação 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.



Cobertura 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 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 garantido, portanto, internação além das 12 horas iniciais.



fonte: ANS

Outras informações do seu plano

Rede credenciada

As Cooperativas Médicas do Sistema Unimed possuem seus hospitais, clínicas e laboratórios próprios ou credenciados de rede básica. Todo esse leque de opções é considerado como rede credenciada.

Agendar consultas eletivas

Consultas eletivas devem ser agendadas por telefone, diretamente nos consultórios dos médicos cooperados da rede básica Unimed. No ato da consulta, apresente seu cartão Unimed e documento com foto.

Procedimento eletivo

É o termo usado para designar procedimentos médicos não considerados de urgência ou emergência e que podem ser programados.

Validade das autorizações

Autorização de qualquer procedimento tem validade de 60 dias, **desde que a data de exclusão não seja antes.**

Autorizar exames e procedimentos

Consultas Médicas, Atendimentos de Emergência/Urgência e Exames Simples não necessitam de autorização prévia. Terapias, Exames de Alta Complexidade e Procedimentos Cirúrgicos necessitam de autorização prévia, devendo o cliente comparecer à Central de Atendimento.

Condições de permanência no plano empresarial

Aposentados e demitidos

O aposentado ou o ex-empregado exonerado ou demitido sem justa causa, que contribuía para o custeio do seu plano privado de saúde, tem o direito de manter as mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, sem prejuízo de eventuais vantagens obtidas em negociações coletivas.

A empresa empregadora é obrigada a manter o aposentado ou o ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa no plano enquanto o benefício for ofertado para os empregados ativos, desde que o aposentado ou o ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa tenha contribuído para o custeio do seu plano privado de saúde e que o mesmo não seja admitido em novo emprego.

A decisão do aposentado ou o ex-empregado demitido sem justa causa de se manter no plano deve ser informada à empresa empregadora no prazo máximo de 30 dias contados a partir da comunicação do empregador sobre o direito de manutenção do gozo do benefício.

As regras para manutenção de planos de saúde para aposentados e demitidos são aplicadas conforme a Lei nº 9.656/98 e a Resolução Normativa nº 279 da ANS.

fonte: site da ANS

Consulta de Puericultura

É uma consulta detalhada realizada pelo pediatra em consultório, onde o objetivo é acompanhar o processo de crescimento e desenvolvimento, monitorando os fatores de risco ao nascer e evolutivo, garantindo um atendimento de qualidade.



Por qual motivo a puericultura possui valor diferenciado?

A Puericultura é a área da pediatria que acompanha o crescimento, o desenvolvimento físico e motor, a linguagem, a afetividade e a aprendizagem cognitiva da criança. Ela não só observa cada um desses aspectos, como também avalia como a criança se utiliza deles para se relacionar com as pessoas à sua volta.

Com a puericultura, é possível detectar problemas precocemente, estabelecer diagnóstico de falha ou atraso do desenvolvimento em áreas específicas, e intervir positivamente diante das alterações que surgirem. Por isso, a mesma possui um valor diferenciado, pois ela acaba sendo mais complexa.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS define que a puericultura pode ocorrer até os 19 anos de idade, desde que a consulta seja realizada respeitando os seguintes parâmetros:

Calendário Puericultura

Lactente 0-2 anos

					5 meses					
--	--	--	--	--	---------	--	--	--	--	--

Pré-escolar 2-4 anos

24 meses	30 meses	36 meses	42 meses	48 meses
----------	----------	----------	----------	----------

Escolar 5-10 anos

5 anos	6 anos	7 anos	8 anos	9 anos	10 anos
--------	--------	--------	--------	--------	---------

Adolescente 11-19 anos

11 anos	12 anos	13 anos	14 anos	15 anos	16 anos	17 anos	18 anos	19 anos
---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------

Devido a todos os pontos acima mencionados, o valor da coparticipação da consulta em questão possui valor diferenciado. Para evitar surpresas, o ideal é que o cliente sempre questione o médico/secretária na hora de passar o cartão.

Dicas de utilização do plano

- Quando não puder comparecer à consulta, avise com pelo menos 24 horas de antecedência. Outra pessoa pode precisar daquele médico.
- Guarde sempre as prescrições do seu médico. O desaparecimento de sintomas não significa o fim da necessidade de cuidados médicos.
- Escreva tudo o que você deseja discutir com o seu médico. Isso ajuda a manter a atenção no que realmente lhe incomoda. Leve a lista e leia antes de começar a consulta.
- Para agilizar qualquer atendimento, apresente sempre o cartão de identificação e a carteira de identidade.
- Em caso de perda do cartão de identificação, comunique o fato ao Recursos Humanos da empresa, ou na sede da Unimed, evitando que um desconhecido utilize seu cartão.
- Nunca empreste o seu cartão de identificação a outra pessoa. Ele é pessoal e intransferível. Se apurado o uso indevido de um serviço por esse motivo, o beneficiário pode sofrer consequências, como por exemplo, a sua exclusão.
- Evite o uso do pronto atendimento em casos que não forem de urgência ou emergência.

Vá ao pronto atendimento apenas se realmente for necessário

Os prontos-socorros dos hospitais precisam estar livres para casos de urgência e emergência. Se você tiver algum sintoma que possa esperar, procure o seu médico de confiança. Ele tem seu histórico. E você estará ajudando alguém que realmente precisa de um pronto-socorro.

São casos de urgência e emergência:

Emergência: é o evento que implica no risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.

Urgência: é o evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo gestacional.

Quando procurar um pronto atendimento:

- Corte profundo
- Quebra de algum membro
- Luxação intensa
- Acidente de origem elétrica
- Queimaduras
- Afogamento
- Dificuldade respiratória
- Perda de visão ou audição
- Inconsciência ou desmaio
- Grave reação alérgica
- Febre alta permanente
- Agressões físicas
- Hemorragias (forte sangramento)
- Infarto do miocárdio (forte dor no peito)
- Intoxicação por alimento ou medicamento
- Sangue no vômito, urina, fezes ou tosse
- Picada ou mordida de animais peçonhentos
- Acidente de carro, moto, atropelamento e quedas
- Convulsões, dores intensas no peito, abdômen, cabeça e outros
- Derrames, perda de função e/ou dormência nos braços e pernas



Carências

Carência

É o período de tempo, contínuo e ininterrupto, a ser cumprido pelo cliente para adquirir o direito de utilização de determinadas coberturas, contado a partir da data de vigência do plano na Unimed e que constará no verso do seu cartão de identificação.

Os períodos de carência podem variar de acordo com o tipo de contratação do plano de saúde, porém, em nenhuma hipótese, superarão os períodos descritos abaixo. Confira as carências em seu contrato.

Situação	Tempo a ser aguardado após a contratação do plano de saúde*
Casos de urgência (acidente pessoais ou complicações no processo gestacional) e emergência (risco imediato à vida ou lesões irreparáveis)	24 horas
Partos a termo, excluídos os partos prematuros e decorrentes de complicações no processo gestacional	300 dias
Doenças e lesões preexistentes (quando contratou o plano de saúde, a pessoa já sabia possuir)**	24 meses
Demais situações	180 dias

Fonte: <http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/espaco-do-consumidor/carencia>

Cobertura Parcial Temporária (CPT)

É aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal.

Reembolso

A Unimed Leopoldina assegurará o reembolso, no limite das obrigações e abrangência geográfica contratadas, das despesas efetuadas pelo beneficiário com assistência à saúde, nos casos exclusivos de urgência ou emergência, conforme tabela praticada pela Unimed, de acordo com os valores da Tabela de Referência vigente à data do evento, quando não for possível a utilização de serviços próprios, contratados ou credenciados.

O prazo para resposta é de 30 (trinta) dias corridos, contados a partir da data de apresentação do pedido de reembolso, desde que todos os documentos constantes no Formulário de Solicitação de Reembolso sejam devidamente apresentados.

Documentos necessários:

a) Formulário de solicitação de reembolso – fornecido pela Unimed Leopoldina

b) Nota fiscal/recibo com descrição detalhada - conta hospitalar discriminando materiais e medicamentos consumidos, com preço por unidade, juntamente com notas fiscais, faturas ou recibos do hospital; recibos individualizados de honorários dos médicos assistentes, auxiliares e outros, discriminando funções e o evento a que se referem; comprovantes relativos aos serviços de exames complementares de diagnóstico e terapia e serviços auxiliares, acompanhados do pedido do médico assistente.

c) Cartão de justificativa para solicitação - produzida pelo paciente ou responsável legal

d) Pedido ou encaminhamento médico - relatório do médico assistente declarando o nome do paciente, diagnóstico, descrição do tratamento e respectiva justificativa dos procedimentos realizados, data do atendimento, e, quando for o caso, período de permanência no hospital e data da alta hospitalar;

- Prazo para pagamento: 10 (dez) dias úteis a contar da data da autorização.
- O pagamento do reembolso será realizado por meio eletrônico (depósito).

Outras considerações

Fica expressamente estabelecido que o presente não contempla reembolso de atendimento por troca de médico por preferência do beneficiário, ainda que por especialista, havendo serviço médico disponível na rede de prestadores do plano para o atendimento de urgência e emergência.

Ultrapassado o prazo previsto nesta cláusula, o valor a ser reembolsado será atualizado, a partir da data de entrada do requerimento, pelo Índice de Preços ao Consumidor do Setor Saúde, da Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas (IPC-Saúde/FIPE), ou pelo índice que o substitua.

Só serão reembolsáveis as despesas vinculadas diretamente ao evento que originou o atendimento ao beneficiário, realizado enquanto perdurar o estado de urgência ou emergência. O beneficiário perderá o direito ao reembolso decorridos 12 (doze) meses da data do evento.

Reembolso somente é possível nos casos de urgência/emergência quando não for possível o acesso à rede cooperada/credenciada.



Como acontecem as inclusões e exclusões de beneficiários?

As inclusões no plano Pessoa Física deverão ser realizadas junto ao departamento comercial da Unimed Leopoldina.

Confira os telefones e endereços:

- **Vendas:** (32) 3449-5072 | (32) 3449-5071
Rua Ribeiro Junqueira, 175 - Centro - das 7:30h às 17h

Como ser um beneficiário da Unimed Leopoldina

TIPO DE PLANO	COMO SE TORNAR UM BENEFICIÁRIO UNIMED LEOPOLDINA
Contrato individual ou familiar	Por meio de atendimento presencial na UNIMED LEOPOLDINA nos seguintes endereços:
	Rua Ribeiro Junqueira, 175 – Centro - Leopoldina
Contrato coletivo empresarial	* Solicite à sua empresa, a qual você está vinculado contratualmente
Contrato coletivo por adesão	* Solicite à associação profissional ou ao sindicato ao qual você está vinculado contratualmente por qualquer meio

As exclusões, alterações de endereço, cancelamentos de planos e alteração de acomodação do plano da Pessoa Física deverão ser realizadas junto ao Departamento comercial.

Confira os endereços e telefone:

(32)3449-5050 ramal:5071 |
gestaocomercial@unimedleopoldina.coop.br

Atendimento presencial de segunda a sexta-feira das 07:30h às 17h
Leopoldina: Rua Ribeiro Junqueira, 175 Centro |

No site da Unimed Leopoldina também é possível realizar este procedimento. Confira em: www.unimed.coop.br/web/leopoldina
– No menu: Canal do Beneficiário > Acesse aqui.

Observações

Nos planos Individuais ou Familiares, no caso de Pessoa Física, as inclusões de dependentes são realizadas pelo beneficiário titular diretamente na Unimed Leopoldina. A exclusão ou cancelamento pode ser solicitada direto na Unimed Leopoldina, por telefone ou email (gestaocomercial@unimedleopoldina.coop.br).

Importante: se o beneficiário titular for excluído, todos os demais dependentes serão excluídos. Se o contrato for rescindido, todos os beneficiários serão excluídos.

No caso de Planos Coletivos (empresas, sindicatos, associações, administradoras), o beneficiário deve procurar o RH de sua empresa e solicitar a inclusão ou exclusão de seus dependentes, que serão efetivadas e enviadas à Unimed.

Qualquer inclusão deve ser providenciada no prazo mencionado no contrato firmado com a sua empresa (admissão do beneficiário titular, casamento, nascimento, etc.)

Serviços online

Portal do beneficiário

Um espaço destinado para os beneficiários solicitarem serviços online. Todos os serviços estão disponíveis em nosso site:

www.unimedleopoldina.coop.br

Para ter acesso às informações, entre no site da Unimed Leopoldina, dirija-se à **Canal do Beneficiário** e coloque o número da sua carteirinha e senha.

Serviços disponíveis:

- Relatórios
- Protocolos de cancelamento
- Consulta rede credenciada
- Extrato de atendimento
- Demonstrativo para Imposto de Renda
- Demonstrativo de Quitação de Débitos
- Utilização de Serviços
- Solicitação de cancelamento
- 2ª via de boleto:
- Para acessá-lo, entre no site **www.unimedleopoldina.coop.br**, clique em 2ª Via de Boleto e insira seus dados pessoais.



Canal do Beneficiário WEB

 Email/Login

 Senha

ENTRAR

[Não sou cadastrado](#) [Esqueceu sua senha](#) [Alterar senha](#) [Desbloqueio de acesso](#)

Portabilidade

O que é portabilidade de carências?

É a possibilidade de contratar um plano de saúde, individual ou familiar, coletivo por adesão ou coletivo empresarial, com registro de produto na ANS, dentro da mesma operadora de planos de saúde ou em operadoras diferentes e ficar dispensado de cumprir novos períodos de carência ou de cobertura parcial temporária exigíveis e já cumpridos no plano de origem. Tal possibilidade vigora para os planos individuais e familiares, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais.

Mude para a Unimed Leopoldina

Portabilidade de carências: é o direito que o beneficiário tem de mudar de plano privado de assistência à saúde dispensado do cumprimento de períodos de carências ou cobertura parcial temporária relativos às coberturas previstas na segmentação assistencial do plano de origem, observados os requisitos dispostos na Resolução Normativa – RN nº 438, que entrou em vigor em junho de 2019.

Para ter direito à portabilidade, o beneficiário deve atender alguns pré-requisitos básicos, como:

- O vínculo do beneficiário com o plano de origem deve estar ativo;
- Estar em dia com o pagamento das mensalidades;
- O beneficiário deve ter cumprido prazo de permanência:
 - Na primeira portabilidade de carências, no mínimo dois anos no plano de origem ou no mínimo três anos na hipótese de o beneficiário ter cumprido cobertura parcial temporária; ou
 - Nas posteriores, no mínimo um ano de permanência no plano de origem ou no mínimo dois anos na hipótese em que o beneficiário tenha exercido a portabilidade para um plano de destino que possuía coberturas não previstas na segmentação assistencial do plano de origem;

- O plano de origem deve ter sido contratado após 1º de janeiro de 1999 ou adaptado à Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998;
- A faixa de preço do plano de destino deve ser igual ou inferior a que se enquadra o plano de origem do beneficiário, considerada a data da consulta ao módulo de portabilidade de carências do Guia ANS de Planos de Saúde;
- Caso o plano de destino seja de contratação coletiva, o beneficiário deverá possuir vínculo com a pessoa jurídica contratante do plano, nos termos dos artigos 5º e 9º da RN nº 195, de 14 de julho de 2009, ou o beneficiário deverá ser ou possuir vínculo com empresário individual, nos termos da RN nº 432, de 27 de dezembro de 2017.

Para realizar a portabilidade de carências, o beneficiário deverá apresentar os seguintes documentos:

- I - Comprovantes de pagamento das 3 (três) últimas mensalidades vencidas, ou declaração da operadora do plano de origem ou da pessoa jurídica contratante, ou qualquer outro documento hábil à comprovação do adimplemento do beneficiário;
- II - Proposta de adesão assinada, ou contrato assinado, ou declaração da operadora do plano de origem ou da pessoa jurídica contratante, ou comprovantes de pagamento das mensalidades do prazo de permanência exigido, ou qualquer outro documento hábil à comprovação do prazo de permanência;
- III - Relatório de compatibilidade entre os planos de origem e de destino ou número de protocolo de consulta de compatibilidade de plano para portabilidade, ambos emitidos pelo Guia ANS de Planos de Saúde, ou ofício autorizativo emitido pela ANS;
- IV - Caso o plano de destino seja de contratação coletiva, comprovação de vínculo com a pessoa jurídica contratante do plano, nos termos dos artigos 5º e 9º da RN nº 195, de 2009, ou comprovação referente ao empresário individual, nos termos da RN nº 432, de 27 de dezembro de 2017.

A análise da proposta é realizada em até 10 dias a partir da entrega das documentações.

Portabilidade em decorrência da extinção do vínculo:

A portabilidade de carências poderá ser exercida em decorrência da extinção do vínculo de beneficiário deverá ser requerida no prazo de 60 (sessenta) dias a contar da data da ciência pelo beneficiário da extinção do seu vínculo com a operadora, não se aplicando os requisitos de vínculo ativo, de prazo de permanência, e de compatibilidade por faixa de preço previstos, nas seguintes hipóteses:

- I** - Pelo beneficiário dependente, em caso de morte do titular do contrato, sem prejuízo do disposto no §3º do artigo 30 da Lei nº 9.656, de 1998;
 - II** - Pelo beneficiário dependente, em caso de perda da condição de dependência do beneficiário enquadrado no §1º do artigo 3º, no inciso VII do artigo 5º ou no §1º do artigo 9º, todos da RN nº 195, de 2009;
 - III** - Pelo beneficiário titular e seus dependentes, em caso de demissão, exoneração ou aposentadoria, tendo ou não contribuído financeiramente para o plano de origem, ou quando do término do período de manutenção da condição de beneficiário garantida pelos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998;
 - IV** - Pelo beneficiário titular e seus dependentes, em caso de rescisão do contrato coletivo por parte da operadora ou da pessoa jurídica contratante.
- § 2º** A portabilidade de carências em decorrência da extinção do vínculo poderá ser exercida por beneficiários de planos contratados antes de 1º de janeiro de 1999 e não adaptados à Lei nº 9.656, de 1998.
- § 3º** O beneficiário que esteja vinculado ao plano de origem há menos de 300 (trezentos) dias pode exercer a portabilidade de carências tratada neste artigo, sujeitando-se, quando cabíveis, aos períodos de carências do plano de destino descontados do tempo em que permaneceu no plano de origem, ressalvados os casos previstos no § 8º, do artigo 3º da Resolução Normativa N°438.

§ 4º O beneficiário que esteja cumprindo cobertura parcial temporária no plano de origem pode exercer a portabilidade de carências, sujeitando-se aos respectivos períodos remanescentes no plano de destino.

§ 5º O beneficiário que esteja pagando agravo e que tenha menos de 24 (vinte e quatro) meses de contrato no plano de origem pode exercer a portabilidade de carências, podendo optar pelo cumprimento de cobertura parcial temporária referente ao tempo remanescente para completar o referido período de 24 (vinte e quatro) meses, ou pelo pagamento de agravo a ser negociado com a operadora do plano de destino.

Fonte: Agência Nacional de Saúde (ANS).

Plano demitido/aposentado

Tem direito a se manter no plano de saúde aposentados que tenham contribuído com o plano empresarial e empregados demitidos sem justa causa, para todos os planos contratados a partir de janeiro de 1999 ou adaptados à Lei 9.656/98.

O ex-empregado deverá ter contribuído no pagamento do plano durante a vigência de seu contrato de trabalho e deverá assumir integralmente a mensalidade após o desligamento.

Os aposentados que contribuíram por mais de dez anos podem manter o plano pelo tempo que desejarem ou enquanto perdurar o contrato de plano de saúde com a empresa.

Quando o período for inferior, cada ano de contribuição dá direito a um ano de plano coletivo depois da aposentadoria.

O beneficiário do plano aposentado/demitido será cancelado se a empresa contratante cancelar o plano de saúde.

As regras para a manutenção de planos de saúde para aposentados e demitidos são aplicadas conforme a Lei nº 9.656/98 e a Resolução Normativa nº 279 da ANS.

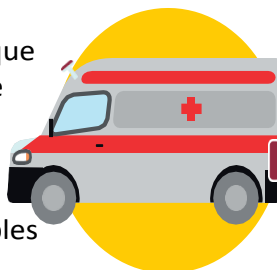
Fonte: Site da Agência Nacional de Saúde. Disponível em: <http://unimed.me/lg4uNDd>

Remoção aérea e terrestre

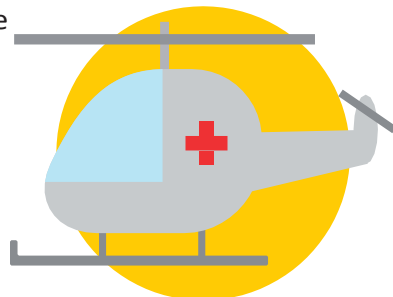
A Unimed disponibiliza aos seus beneficiários a remoção terrestre e aérea.

Remoção terrestre é uma cobertura para pacientes internados, que necessitem de remoção de um hospital para outro, em situações de urgência e emergência, ou quando o estabelecimento hospitalar não dispuser de condições e ou recursos técnicos.

Diante da característica da ambulância ser uma Unidade de Terapia Intensiva, fica vedado o uso em situações eletivas (simples remoção sem risco de morte).



Remoção aérea 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.



Viver Bem

Conheça o Espaço Viver Bem

Sabendo da importância da promoção de saúde, a Unimed Leopoldina deseja cuidar de seus beneficiários em todos os momentos. Além da estrutura para atenção integral à saúde, o Espaço Viver Bem oferece ações preventivas.

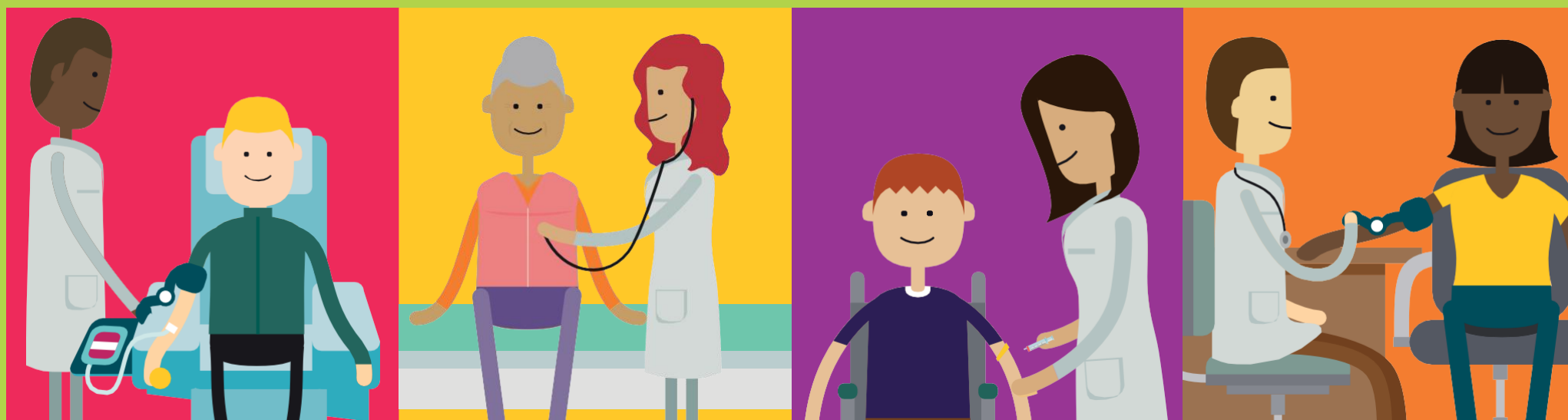
Possui os serviços próprios de nutrição e Fisioterapia. Existem programas, ações e atendimentos focados na melhoria da qualidade de vida dos beneficiários, através de uma equipe multidisciplinar que estimula o autocuidado e a adoção de hábitos de vida saudáveis.

Informações pelos telefones: (32) 3441-3279 / 3441-1446

Profissionais da equipe multidisciplinar:

- Médico;
- Enfermeiro;
- Técnico de enfermagem;
- Fisioterapeuta;
- Nutricionista.





Programas Viver Bem

Programas Viver Bem

- **Programa Gerenciamento de Casos Especiais**

Tem como foco os beneficiários com limitação funcional e elegíveis ao atendimento. É pautado na atenção domiciliar e orientação do cuidador, seguindo plano de cuidados pré estabelecido.



- **Programa Acompanhamento de Crônicos**

Visa atender os beneficiários portadores de doenças crônicas (sem limitação funcional), envolvendo ações de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças, assim como seu tratamento.

Os programas são dedicados a você, beneficiário da Unimed Leopoldina, sem custo adicional ao plano. As atividades são gratuitas, desenvolvidas por uma equipe multidisciplinar, formada por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, nutricionista e fisioterapeuta.

Exames Realizados no Espaço Viver Bem

- **Sistema de Monitoração Fetal**

É um procedimento não invasivo que permite o monitoramento, a visualização e a gravação contínua da frequência cardíaca fetal e atividade uterina para exames e monitoramento pré-natais.

- **Bioimpedância**

É um exame destinado à avaliação da composição corporal, estimando a massa magra, gordura corporal, água corporal total, entre outros dados que proporcionam informações mais precisas sobre o estado nutricional do paciente.

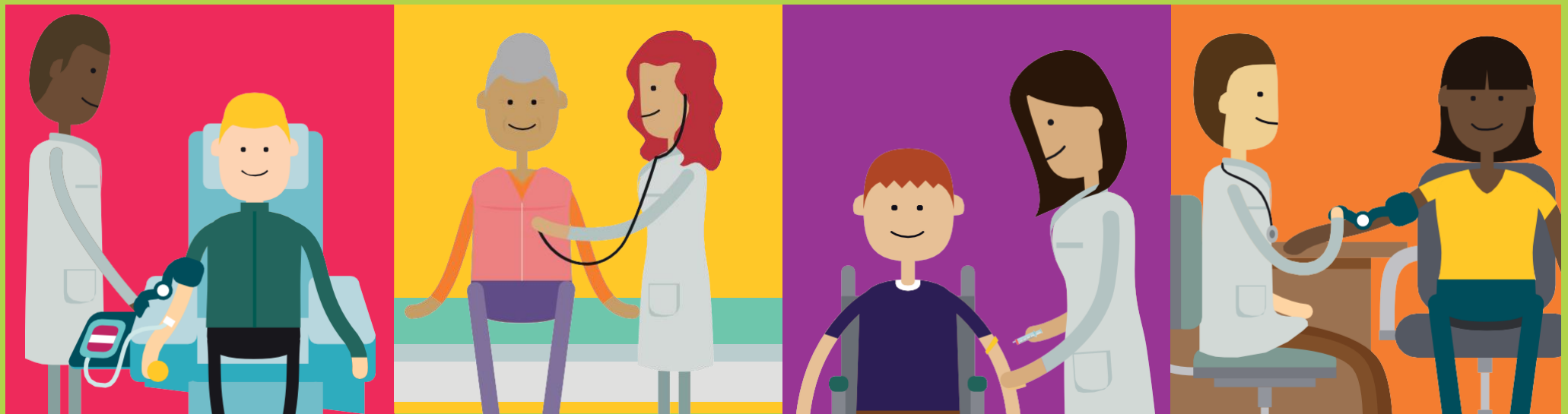


- **Possibilidades de ingresso**

- Busca ativa: a equipe do programa identifica os beneficiários idosos, convidando-os para participar do programa;
- Encaminhamento médico: médico do beneficiário o encaminha para participar do programa;
- Auto indicação: o beneficiário faz contato com o Espaço Viver Bem e manifesta o interesse em participar do programa, sendo encaminhado para a avaliação de elegibilidade.

- **Critérios de inclusão nos Programas**

1. Ser beneficiário da Unimed Leopoldina (com plano ativo);
2. Estar adimplente com as mensalidades do plano de saúde;
3. Possuir os critérios clínicos exigidos pelos programas;



Sistema de Atendimento ao Cliente

Neste link você encontra todos os contatos do nosso **Sistema de Atendimento ao Cliente**

<https://www.unimed.coop.br/web/leopoldina/sac>

Telefone de contato: (32) 3449-5050

Atendimento:

Atendimento presencial de segunda a quinta-feira das 7:30h às 17h
sexta-feira 7:30h às 16:00h

Endereço:

Rua: Ribeiro Junqueira, 175 – Centro
Leopoldina/MG
CEP: 36700-012

Setor comercial:

Rua: Ribeiro Junqueira, 175 – Centro
Tele-vendas: (32) 3449-5072
Horário de funcionamento: segunda a quinta-feira das 7:30h às 18h
sexta-feira 7:30h às 17:00h

Farmácia Unimed

Rua: Ribeiro Junqueira, 175 A – Centro
(32) 3449-5066 e (32) 3449-5067

Horário de funcionamento:

Segunda à sexta das 8h às 19h | Sábado 8h às 12h

Espaço Viver Bem

Avenida Getúlio Vargas, 329 - Centro | (32) 3441-1446 e
(32) 3441-3279

Horário de funcionamento:

Segunda à sexta das 7h às 19h

Casa de Caridade Leopoldinense

Rua Padre Júlio, 138 - Centro | (32) 3441-4737

E-mail: atendimentohosp@unimedleopoldina.coop.br

Horário de funcionamento:

Segunda à sexta das 7:30h às 15h

Ouvidoria

A Ouvidoria é mais um canal de relacionamento da Unimed Leopoldina com seus clientes, diferenciado em função das suas características de autonomia, independência e imparcialidade.

É um canal de segunda instância, que não substitui e nem invalida a atuação dos demais canais de primeira instância existentes hoje, mas que está sempre pronto a atendê-lo(a).

A ouvidoria é o canal que recebe as sugestões, elogios e reclamações sobre os nossos serviços. Se você já pediu auxílio na Central de Atendimento, no Fale Conosco do site, ou mesmo presencialmente, e a solução apresentada não foi satisfatória, siga os seguintes passos:

1 - Anote o número de protocolo do seu atendimento na Central;

2 - Preencha o formulário no seguinte link:

<https://www.unimed.coop.br/web/leopoldina/ouvidoria>

O prazo de resposta da Ouvidoria é de inicialmente sete dias úteis, podendo se estender até 30 dias úteis nos casos complexos, ou excepcionais, e devidamente justificados.

Importante: as informações que constam nesse manual poderão sofrer alterações, caso alguma legislação ou normas da ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) sejam modificadas.

Glossário

Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS): é uma autarquia vinculada ao Ministério da Saúde, que regula o mercado de planos privados de saúde por determinação da Lei nº 9.656 de 3 de junho de 1998.

Aniversário do contrato: data de início da vigência do Contrato de plano de saúde.

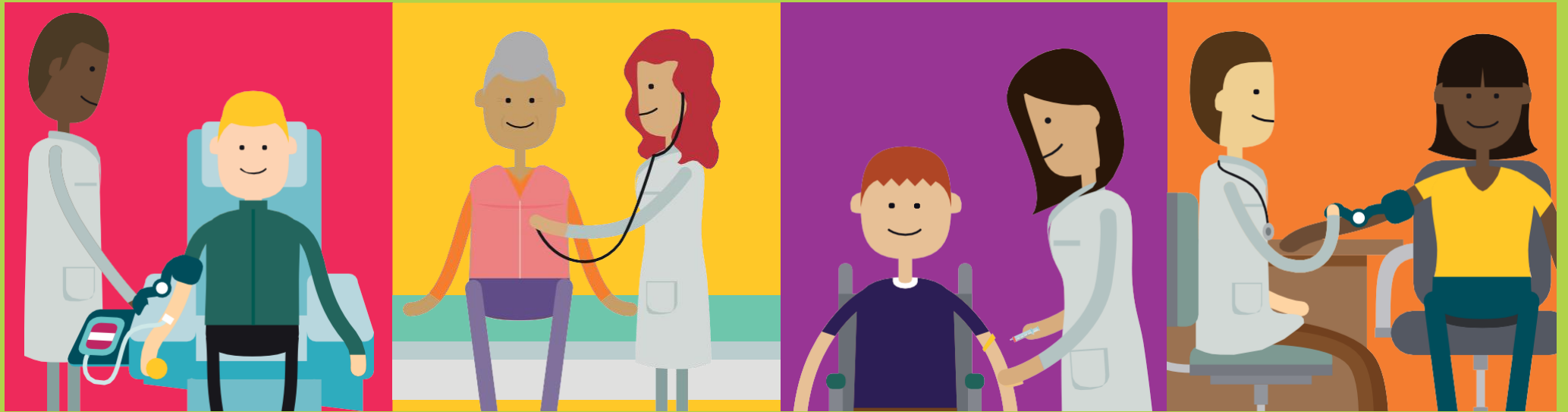
Plano de origem: é o plano privado de assistência à saúde contratado pelo beneficiário no período imediatamente anterior à portabilidade de carências.

Plano de destino: é o plano privado de assistência à saúde a ser contratado pelo beneficiário por ocasião da portabilidade de carências.

Pré-existência: doenças ou lesões preexistentes são aquelas que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, de acordo com o art. 11 da Lei nº 9656/1998, o inciso IX do art 4º da Lei nº 9961/2000 e as diretrizes estabelecidas na Resolução Normativa nº 162/2007.

Rede de atendimento: o sistema Unimed é composto por três redes de atendimento: básica, especial e de alto custo. Lembre-se: você pertence à **REDE BÁSICA**.

Rol de procedimentos da ANS: é uma lista de procedimentos médicos (exames, cirurgias, terapias, etc.) que serve como referência básica para cobertura assistencial do plano de saúde e suas diretrizes (quando a cobertura é ou não aplicável). Essa informação pode ser consultada no site da ANS, em www.ans.gov.br.



CUIDAR DE VOCÊ. ESSE É O PLANO.



somos **coop**»