



Manual do Cliente

Como usar melhor o seu plano de saúde

Unimed 
Regional Jaú

Índice

- 4 Seu cartão de beneficiário é digital
- 5 Unimed Cliente
- 6 Como acessar o guia médico?
- 7 Boletos
- 8 Autorização de exames e procedimentos
- 10 Cirurgias e Internações
- 11 Prazos máximos para o atendimento
- 12 Coberturas, carências e CPT
- 13 Urgência e Emergência
- 14 Qual é o plano que adquirir?
- 15 Em que situações tenho direito ao reembolso e como devo proceder?
- 17 Como acontecem as inclusões e exclusões de beneficiários?
- 18 Quem pode ser dependente?
- 19 Como fica a inclusão dos recém-nascidos e recém-casados?
- 20 Direitos e deveres dos beneficiários
- 21 Central de Atendimento
- 22 Ouvidoria
- 23 Telefones úteis e dos nossos serviços próprios
- 26 Portabilidade
- 27 Glossário

Mensagem de Boas-Vindas

Seja bem-vindo(a)!

Sabemos da responsabilidade que é zelar pela sua saúde e do quanto uma vida saudável reflete em sorrisos, momentos felizes e realizações.

Por isso, agradecemos sua confiança em escolher a Unimed Regional Jaú como o plano de saúde que estará sempre ao seu lado.

Mais do que cuidar do que você tem de mais importante, queremos promover qualidade de vida e trazer mais bem-estar ao seu dia a dia.

Investimentos em tecnologia, em prevenção e recursos humanos fazem parte da nossa rotina, a fim de tornar a sua cada vez melhor. Afinal, você tem muitos motivos para aproveitar o que a vida tem de bom. E ser a tranquilidade de que precisa para viver bem é a nossa maior satisfação.

Para sentir-se ainda mais acolhido e em boas mãos, saiba que a Unimed Regional Jaú integra o Sistema Nacional Unimed, a maior rede de assistência médica do Brasil e a maior cooperativa na área da saúde do mundo.

Neste material, você encontra informações sobre o uso do plano de saúde.

Obrigada por escolher a Unimed Regional Jaú.
Conte com a gente sempre que precisar.

**Aqui
tem
gente.**

**Aqui
tem
vida.**

**Aqui
tem
Unimed.**

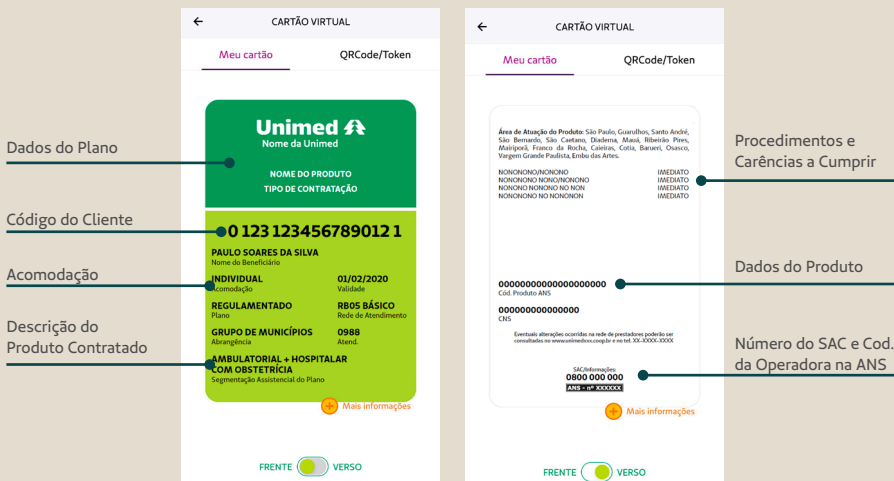
Seu cartão de beneficiário é digital

O seu cartão virtual está disponível no aplicativo Unimed para utilizar, gratuitamente, sempre que precisar ir a uma consulta ou realizar algum procedimento médico.

Basta apresentar o cartão virtual diretamente na tela do celular para a atendente quando ela solicitar e aguardar as orientações.

Identifique os dados do seu cartão digital!

Conheça as informações do seu cartão digital





Unimed Cliente



Área do
Beneficiário



Portal
Empresarial



Status do
pedido de
autorização

Aplicativo Unimed

Faça download do Aplicativo Unimed utilizando o QR Code abaixo.
Após fazer um rápido cadastro, você terá acesso a diversos serviços e informações.



Available on the iPhone
App Store



ANDROID APP ON
Google play

Como acessar o guia médico?

No Guia Médico é possível localizar os profissionais cooperados e estabelecimentos credenciados da Unimed Regional Jaú.

Você pode acessar o Guia Médico nos seguintes canais:

Site

Acesse o site www.unimedjau.com.br

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 Unimed

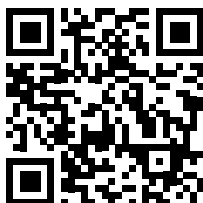
Clique na opção **Guia Médico**, selecione o que você procura, preencha os campos e clique em buscar.



Boletos



Emissão de Boleto
Bancário Plano
individual e familiar



Emissão de Boleto
Plano adesão
empresarial

Autorização de exames e procedimentos

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.**

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 555, de 14 de dezembro de 2022, 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.



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

Para agendamento de:

Exames Radiológicos (todos), raio-x (panorâmica dos membros inferiores, coluna total para escoliose (Telespondilografia) e escanometria), Ultrassonografia, Ecocardiograma, Ressonância Magnética, Tomografia Computadorizada, Mamografia, Endoscopia digestiva alta, Colonoscopia, Retossigmoidoscopia e Procedimentos de Hemodinâmica no Hospital Unimed Regional Jaú

Ligue: (14) 2104-8250 ou envie um **WhatsApp:** 0800 010 5333

Email: centralagendamentos.hurj@unimedjau.com.br

Horário: segunda a sexta-feira: 07h30 às 18h



O Hospital Unimed Regional Jaú conta com autoagendamento para exames radiológicos, ultrassonografia, ressonância magnética, tomografia computadorizada, mamografia, densitometria óssea e eletroneuromiografia.



Importante:

É necessário levar a autorização no ato do atendimento, juntamente com o cartão do Convênio e documento com foto.



resultado de exames realizados no Hospital Unimed Regional Jaú



resultado de exames do Laboratório Unimed Regional Jaú



resultado de exames do centro de diagnóstico por imagem do Hospital Unimed Regional Jaú

Cirurgias e Internações

Programadas

Será necessário autorização prévia da Unimed. Em comum acordo com o médico assistente, o beneficiário deve escolher o hospital credenciado, obedecendo a rede credenciada para o plano contratado.

O beneficiário, ao solicitar autorização, deverá ter em mãos: pedido médico, documento e cartão do convênio.

Quando a autorização for liberada, o beneficiário deve comparecer na data agendada, munido da carteira Unimed, requisição da internação autorizada e o documento de identificação com foto, no prestador executante do serviço solicitado.

Documentação

Solicitação de internação cirúrgica deverá ter em mãos relatório médico detalhado, que deixe claro o diagnóstico e os procedimentos que serão solicitados, com seus respectivos nomes e códigos e relação dos materiais especiais órteses e próteses.

Exames complementares, com os respectivos laudos, realizados recentemente e que comprovem a necessidade da intervenção cirúrgica.

Prazos máximos para o atendimento

Para garantir a qualidade e a agilidade do seu atendimento dentro dos prazos mencionados, é fundamental que você apresente a 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.

Tipo de atendimento	Prazo máximo de atendimento (em dias úteis)
Atendimento de urgência e emergência	Imediato
Exames de análises clínicas	03 (três)
Consulta básica (pediatria, clínica médica, ginecologia e obstetrícia) e cirurgia geral	07 (sete)
Demais serviços de diagnósticos-terapia em regime ambulatorial e consulta-sessão com outras especialidades (fonoaudiólogo, psicólogo, terapeuta ocupacional, nutricionista e fisioterapeuta)	10 (dez)
Consulta nas demais especialidades médicas	14 (quatorze)
Procedimentos de alta complexidade (PAC) e internação eletiva (agendada)	21 (vinte e um)
Consulta de retorno	A critério do profissional responsável pelo atendimento
Consulta básica – pediatria, clínica médica, cirurgia geral, ginecologia e obstetrícia	07 (sete)

Tipo de atendimento	Prazo máximo de atendimento (em dias úteis)
Consulta nas demais especialidades médicas	14 (catorze)
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)
Consulta/sessão com enfermeiro obstetra ou obstetriz	10 (dez)
Consulta e procedimentos realizados em consultório/ clínica com cirurgia-dentista	07 (sete)
Serviços de diagnóstico por laboratório de análises clínicas em regime ambulatorial	03 (três)
Demais serviços de diagnóstico e terapia em regime ambulatorial	10 (dez)
Procedimento de alta complexidade (PAC)	21 (vinte e um)
Atendimento em regime de internação eletiva	21 (vinte e um)
Atendimento em regime hospital-dia	10 (dez)
Tratamento antineoplásicos domiciliares de uso oral, incluindo medicamento para controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes	10 (dez), cujo fornecimento poderá ser realizado de maneira fracionada por ciclo
Tratamento antineoplásicos ambulatoriais e domiciliares de uso oral, procedimentos radioterápicos para tratamento de câncer e hemoterapia, na qualidade de procedimentos cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em âmbito de internação hospitalar	10 (dez), cujo fornecimento poderá ser realizado de maneira fracionada por ciclo

Em caso de dificuldade no agendamento de consultas, exames, terapias ou procedimentos, entre em contato com a Central de Relacionamento pelo telefone: 0800 010 5333 para que possam instruir ou garantir o atendimento na especialidade necessária, dentro dos prazos estabelecidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Coberturas, carências e CPT

Para os planos não-regulamentados (contratos firmados antes de 02/01/1999, antes da vigência da Lei 9656/98), a cobertura e suas limitações estão definidas no próprio contrato. No caso dos planos regulamentados, a cobertura é aquela prevista no Rol de Procedimentos da ANS vigente à época do atendimento, de acordo com o segmento contratado (plano referência, ambulatorial, hospitalar, obstetrícia, odontológica e suas combinações).

Quando couber cumprimento de carências, elas serão contadas a partir da data de início de vigência do contrato ou da adesão ao plano*.

- 24 (vinte e quatro) horas para atendimento ambulatorial de urgências e emergências**;
- 300 (trezentos) dias para parto a termo;
- E até 180 dias para os demais procedimentos.

*Para planos coletivos empresarial, consulte o responsável pelo plano de sua entidade.

**O plano referência garante atendimento de urgência e emergência, após 24 horas, nos regimes ambulatorial e hospitalar.

CPT – Cobertura Parcial Temporária

Conforme legislação da Saúde Suplementar, a Unimed aplica um formulário denominado Declaração de Saúde e, sendo identificada ou constatada alguma doença/lesão preexistente, o beneficiário fica com a cobertura suspensa para procedimentos de alta complexidade, cirúrgicos e internação em UTI diretamente relacionados com tal doença ou lesão, por um período máximo de 24 meses contados de sua adesão ao contrato.

Urgência e Emergência

Os atendimentos de emergência e urgência são realizados após decorridas 24 (vinte e quatro) horas da contratação ou adesão ao plano, observadas as regras a seguir:

Emergência

É o evento que implica no risco imediato de morte ou de lesões irreparáveis para o beneficiário, caracterizado em declaração do médico assistente. Na emergência, se o beneficiário estiver em período de carência ou não possuir a segmentação hospitalar, a cobertura é restrita às primeiras 12 (doze) horas de atendimento em regime ambulatorial ou prazo inferior se, dentro desse período, o quadro clínico evoluir para internação.

Urgência

É o evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo gestacional. O parto prematuro é considerado uma urgência.

Nos casos de urgência envolvendo acidente pessoal haverá cobertura de atendimento nos regimes ambulatorial e hospitalar, mesmo se você estiver em carência. Se o plano não tiver a segmentação hospitalar, a cobertura será restrita às primeiras 12 (doze) horas de atendimento em regime ambulatorial ou prazo inferior se, dentro desse período, o quadro clínico evoluir para internação.

Nos casos de urgência envolvendo complicação no processo gestacional, se a beneficiária estiver em período de carência para internações e para o parto ou não possuir a segmentação hospitalar, a cobertura é restrita às primeiras 12 (doze) horas de atendimento em regime ambulatorial ou prazo inferior se, dentro desse período, o quadro clínico evoluir para internação.

Qual é o plano que adquirir?

Quanto ao tipo de contratação

a) **Coletivo Empresarial** – Permite adesão da população que é vinculada á pessoa jurídica, por relação empregatícia ou estatutária (servidores públicos no regime da Lei 8.112/90 e leis congêneres)

b) **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) Grupo de Municípios

Quanto ao padrão de acomodação

a) Enfermaria (Acomodação coletiva)

b) Apartamento (Acomodação individual)

Em que situações tenho direito ao reembolso e como devo proceder?

A Unimed 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, quando não for possível a utilização de serviços próprios, contratados ou credenciados.

O reembolso será efetuado no prazo de até 30 (trinta) dias corridos, de acordo com os parâmetros constantes do seu contrato (no caso de contratos empresariais, verificar com o RH da sua empresa esta condição) ou na legislação aplicável, mediante a apresentação dos seguintes documentos:

- a) Solicitação formal do pedido na Unimed;
- b) Relatório do médico assistente, quando for o caso, declarando o nome do paciente, descrição do tratamento e justificativa dos procedimentos realizados, data do atendimento, e, quando for o caso, período de permanência no hospital e data da alta hospitalar;
- c) Conta hospitalar discriminando materiais e medicamentos consumidos, com preço por unidade, juntamente com notas fiscais, faturas ou recibos do hospital;
- d) Recibos individualizados de honorários dos médicos assistentes, auxiliares e outros, discriminando o evento a que se referem, com com carimbo legível do médico, inclusive o número do CRM.

e) Comprovantes relativos aos serviços de exames complementares de diagnóstico e terapia, e serviços auxiliares, acompanhados do pedido do médico assistente com carimbo legível do médico, inclusive o número do CRM.

f) O pagamento do reembolso será realizado por meio eletrônico. Para tal, será necessário nome completo e CPF do correntista. O prazo estabelecido para o pagamento será em no máximo 30 dias.



Importante!

Tire cópia dos recibos/notas fiscais antes de solicitar o reembolso, para fins de comprovação das informações contidas na sua declaração de imposto de renda.

**Em caso de dúvidas consulte a
Unimed Regional Jaú.**

Dica Unimed

É arriscado se automedicar.

Médicos estudam muito para entender o seu corpo. É perigoso não seguir à risca o que eles recomendam ou se irritar quando eles não prescrevem nenhum remédio. Acredite: você vai ficar melhor se confiar no que o seu médico diz.



Como acontecem as inclusões e exclusões de beneficiários?

No caso de Planos coletivos, o indivíduo 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).

Os beneficiários só terão direito ao atendimento, sem o cumprimento da carência, desde que as inscrições ocorram no prazo estabelecido em contrato. Verifique com o RH de sua empresa essa condição.

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

Coloque a sua saúde na cabeça

A nossa mente é muito poderosa. Ela pode nos ajudar a fugir de vícios, como o álcool e o cigarro. Pode nos ensinar a evitar os sentimentos negativos, mantendo um bom diálogo com as pessoas, gostando do que a gente faz e curtindo a vida. Tenha isso sempre em mente que você vai ser mais feliz e saudável.

Quem pode ser dependente?

Usualmente, são dependentes:

- a) Cônjuge;
- b) Os filhos solteiros, de acordo com a idade limite firmada em seu contrato (no caso de planos coletivos, verifique com o RH esta condição);
- c) O enteado, o menor sob a guarda por força da decisão judicial e o menor tutelado, que ficam equiparados aos filhos;
- d) O (a) companheiro(a), havendo união estável, na forma da lei, sem eventual concorrência com o cônjuge;
- e) Os filhos comprovadamente incapazes para os atos da vida civil.

* São considerados dependentes do titular, aptos a aderirem ao plano, aqueles descritos no contrato firmado. Perderão a condição de dependência e, portanto, serão excluídos do plano aqueles que atingirem a idade limite ou que, de algum modo, percam o vínculo familiar com o titular.



Observação

Além do rol acima mencionado, você poderá ter direito a incluir outras pessoas como dependentes, desde que previsto em seu contrato ou no contrato de sua empresa ou entidade representativa.

Como fica a inclusão dos recém-nascidos e recém-casados?

O recém-nascido (filho natural ou adotado), que não possui o cartão do beneficiário, será atendido, desde que esteja acompanhado por um dos responsáveis legais inscritos no plano com cobertura obstétrica, que deverá apresentar o seu cartão do beneficiário, seu documento de identidade e a certidão de nascimento do bebê.

O recém-nascido (filho natural ou adotado) só receberá atendimento sem o seu cartão do beneficiário durante os primeiros 30 (trinta) dias a contar de seu nascimento.

Caso esteja vigente o período de carência do representante legal (pai ou mãe), o filho deverá cumprir carência pelo período que ainda falta ser cumprido pelo representante legal.

Se o plano não possuir cobertura obstétrica, o recém-nascido poderá ser inscrito como dependente, mas precisará cumprir o prazo de carência.

A partir desse prazo, já deverá estar inscrito na assistência médica e só será atendido com o seu cartão do beneficiário pessoal.

O recém-casado terá isenção de carências, dependendo da previsão contratual.

Os documentos necessários são a certidão de nascimento (no caso dos recém-nascidos) e a certidão de casamento ou declaração de união estável (no caso dos recém-casados).



Observação

No caso dos planos coletivos, o beneficiário pode requerer cópias das cláusulas contratuais, referendadas no guia de leitura contratual, ao RH da empresa.

Direitos e deveres dos beneficiários

Direitos

- Ser bem atendido;
- Receber o produto que contratou;
- Ser ouvido.

Deveres

- Ler o seu contrato e tirar dúvidas antes de sua assinatura;
- Pagar sua fatura em dia;
- Procurar a rede cooperada/credenciada para atendimento;
- Usar corretamente o seu cartão do beneficiário.

Dica Unimed

A sua consulta é um momento importante.

Um médico dedica tempo à saúde de muitas pessoas. Pense nisso. Marque a consulta ou exame com antecedência e desmarque se não puder ir. Se todos fizerem isso, o atendimento vai ficar mais fácil e rápido. E nem você nem os outros vão ficar esperando à toa.



Central de Atendimento

Alguns serviços disponíveis online:

A Unimed Regional Jaú conta com você para melhorar sempre a qualidade dos atendimentos e serviços prestados. Para agilizar o seu atendimento ou para respostas rápidas, acesse dúvidas frequentes. Caso precise de outra informação, entre em contato com a Central de Relacionamento pelo telefone 0800 010 5333. O canal está disponível 24h por dia, 7 dias por semana.

A Central de Atendimento é um canal de primeira instância, disponível para o cliente realizar a sua primeira manifestação sobre solicitações, sugestões, elogios, reclamações e dúvidas sobre algum assunto relacionado ao seu plano de saúde, alteração de endereço, entre outros.

Caso preferir, entre em contato com a Unimed Regional Jaú por meio de outros canais de atendimento:

Email: centraldeatendimento@unimedjau.com.br

WhatsApp corporativo: 0800 010 5333 (menu interativo)
ou preencha o formulário eletrônico disponível no site www.unimedjau.com.br

Ouvidoria

É um canal de atendimento de segunda instância que tem por objetivo ouvir seus clientes por meio de consultas, sugestões, reclamações, denúncias ou elogios, bem como, mediar conflitos e aperfeiçoar o processo de trabalho da organização, a partir de manifestações recebidas. Também é responsável pelo trâmite de reanálise assistencial.

A Ouvidoria pode ser acionada em situações excepcionais ou quando sua solicitação não for atendida pelos demais canais de atendimento, para tanto, tem um prazo superior de análise e o retorno não é imediato. Portanto é muito importante que antes de acionar a Ouvidoria tente obter auxílio pelos canais convencionais, <https://www.unimed.coop.br/site/web/regionaljau/fale-conosco1>, onde a maioria de suas necessidades poderão ser resolvidas no ato de seu contato.

Quando contatar a Ouvidoria?

Se você já passou pelos canais de primeira instância (Central de Relacionamento ou Serviço Social) e não ficou satisfeito com a solução apresentada então é hora de falar com a Ouvidoria. Tenha em mãos o número do protocolo de atendimento inicial.

Reanálise, conferência da decisão de cunho assistencial, conforme prevê a Resolução Normativa nº 395 da Agência Nacional de Saúde. Para uma melhor condução e verificação, é importante encaminhar laudos,

relatórios médicos e exames que embasem a reanálise.

Prazo

A Resolução Normativa 323 da Agência Nacional de Saúde, prevê o prazo para retorno das manifestações é de 7 dias úteis, não ultrapassando 30 dias úteis em casos excepcionais e de maior complexidade.

Nos casos de reanálises, o prazo a ser seguido será da Resolução Normativa 566.

Canais de acesso a Ouvidoria:

Presencialmente: De segunda a sexta-feira, das 7h30 às 17h30, Rua Álvaro Floret, 565 – Vila Hilst – Jaú/SP.

Para agilizar o atendimento e evitar aguardar, faça contato pelo (14) 3602-8900 (escolha a opção 7) e agende o seu atendimento.

Telefone: (14) 3602-8900 / 0800 010 5333 (gratuito)



Telefones úteis e dos nossos serviços próprios

Central de Relacionamento

T. 0800 010 5333 ☎ (também é WhatsApp) / T. (14) 3602-8900

E-mail: centraldeatendimento@unimedjau.com.br

Posto de Atendimento Unimed em Bariri

T. (14) 2104-8296 / ☎ 0800 010 5333 (WhatsApp)

E-mail: unimedbariri@unimedjau.com.br

Posto de Atendimento Unimed em Barra Bonita – Lenita Representações

T. (14) 2104-8293 / ☎ 0800 010 5333 (WhatsApp)

E-mail: lenita.caso@unimedjau.com.br

Posto de Atendimento Unimed em Brotas

T. (14) 2104-8295 / ☎ 0800 010 5333 (WhatsApp)

E-mail: brotas2@unimedjau.com.br

Posto de Atendimento Unimed em Dois Córregos

T. (14) 2104-8294 / ☎ 0800 010 5333 (WhatsApp)

E-mail: doiscoregos@unimedjau.com.br

Ambulatório Unimed em Dois Córregos (atendimento exclusivo a beneficiários do Plano Acesso II)

T. (14) 2104-8292

Ambulatório Unimed em Barra Bonita (AFIBB)

T. (14) 2104-8291

Policlínica Unimed em Barra Bonita (AFIBB)

T. (14) 2104-8298 / ☎ 0800 010 5333 (WhatsApp)

Farmácia Unimed

T. 0800 010 5333 / ☎ (14) 99103-3578 (Whatsapp)

E-mail: farmacia@unimedjau.com.br

SOU – Saúde Ocupacional Unimed

T. (14) 3602-8913

E-mail: sou@unimedjau.com.br

NAS – Núcleo de Atenção à Saúde / Medicina Preventiva

T. (14) 2104-8933

Email: nas@unimedjau.com.br

Unidade Diagnóstica I

Laboratório – Cardiodiagnóstico

T. 0800 202 5334 / ☎ 0800 010 5333 (WhatsApp)

E-mail: laboratorio@unimedjau.com.br

cardiodiagnostico@unimedjau.com.br

Fisioterapia

T. (14) 2104-8300 / ☎ 0800 010 5333 (WhatsApp)

E-mail: fisioterapia@unimedjau.com.br

Quimioterapia

T. (14) 2104-8930 / ☎ 0800 010 5333 (WhatsApp)

E-mail: quimioterapia@unimedjau.com.br

Policlínica

T. (14) 2104-8932 / ☎0800 010 5333 (WhatsApp)

E-mail: policlinica@unimedjau.com.br

Policlínica II

T. (14) 2104-8940 / ☎0800 010 5333 (WhatsApp)

Policlínica – unidade Bariri

T. (14) 2104-8297

Clínica multiprofissional – terapias convencionais

T. (14) 2104-8950 / ☎0800 010 5333 (WhatsApp)

Hospital Unimed Regional Jaú

T. (14) 2104-8110

Agendamento de Exames Radiológicos (todos), Ultrassonografia, Ressonância Magnética, Tomografia, Endoscopia digestiva alta, Colonoscopia, Broncoscopia, procedimentos cirúrgicos e de Hemodinâmica no Hospital Unimed Regional Jaú

T. (14) 2104-8250 / ☎0800 010 5333 (WhatsApp)

Email: centralagendamentos.hurj@unimedjau.com.br

Centro Médico Unimed Regional Jaú

T. (14) 2104-8256 / ☎0800 010 5333 (WhatsApp)

Email: centromedico.hurj@unimedjau.com.br

Radiologia Unimed (unidade externa 1)

T. (14) 2104-8935 / ☎0800 010 5333 (WhatsApp)

Relacionamento com as empresas

T. (14) 3602-8915

Email: re.comercial@unimedjau.com.br

Portal do Cliente

Dúvidas e informações sobre o Portal, ligue ou envie um WhatsApp para ☎ (14) 99121-6930. Dúvidas e informações sobre a fatura, ligue: (14) 3602-8903

Portabilidade

RN nº 438 e IN/DIPRO nº 19

PORTABILIDADE DE CARÊNCIAS: É um processo pelo qual pode-se mudar de plano de saúde sem ter que cumprir nova carência. Isso significa que terá imediatamente a cobertura do novo plano que pode ser pela mesma operadora ou outra seguindo todas as regras de Portabilidade exigidas pela ANS.

Para realizar a portabilidade de carências, o beneficiário deve consultar os planos compatíveis com o atual mas mantêm a exigência de compatibilidade de preço na maior parte dos casos. É possível consultar os planos compatíveis por meio do Guia ANS de Planos de Saúde, ferramenta disponível na página da Agência (www.ans.gov.br). A ANS preparou também uma cartilha com informações importantes sobre o tema para orientar os consumidores sobre esclarecimentos de prazos e critérios para realização da portabilidade, como a compatibilidade entre planos, documentos exigidos e o acesso ao Guia ANS.

Glossário

Acidente pessoal – É uma situação súbita, imprevisível, involuntária e violenta, causadora de lesão física, que torna necessário o tratamento médico.

Beneficiário – Pessoa física, titular ou dependente, que possui direito e deveres definidos em legislação e em contrato assinado com a operadora de plano privado de assistência à saúde, para garantia da assistência médico-hospitalar e/ou odontológica.

Cobertura – É o agrupamento de procedimentos de acordo com a segmentação assistencial contratada

Coparticipação – É a participação na despesa assistencial a ser paga pelo usuário à operadora, após a realização do procedimento.

Emergência – É o evento que implica no risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o usuário, caracterizado em declaração do médico cooperado/assistente.

Empresa – É a pessoa jurídica que contrata a prestação de serviços de assistência à saúde para seus empregados, dirigentes ou associados.

Exames clínicos – O exame clínico é aquele realizado pelo médico, durante a consulta, com o objetivo de estabelecer um diagnóstico. A realização do exame físico, aliada à anamnese (entrevista sobre histórico do paciente), pode dispensar exames complementares. No entanto, se julgar necessário, o médico pode solicitar exames adicionais, a fim de diagnosticar mais precisamente o problema e determinar o melhor tratamento.

Exames complementares – O exame complementar é aquele feito em clínicas e laboratórios. Com o objetivo de confirmar um diagnóstico, auxiliar o médico na definição do tratamento mais adequado para o problema apresentado.

Guia Médico – É um dos principais pontos de contato entre a marca Unimed e seus clientes e ele deve disseminar os atributos desta marca. Ter um Guia Médico padronizado e reconhecível em qualquer parte do país potencializa estes atributos e confere maior credibilidade ao Sistema Unimed.

Intercâmbio – É o atendimento prestado por uma Unimed (Singular) de uma determinada cidade a beneficiários de Unimeds de outras cidades.

Plano – É o produto registrado na ANS que a empresa (no caso de pessoa jurídica) ou indivíduo (no caso de pessoa física) contratou com a Unimed. Cada plano ou produto corresponde a um contrato.

Sistema Unimed – É o conjunto de todas as Unimeds, Cooperativas de trabalho médico, constantes da relação entregue a você ou a sua empresa, associadas entre si ou vinculadas contratualmente, para prestação de serviços aos beneficiários.

Tabela referência – É a tabela utilizada para a efetivação do pagamento do reembolso ao usuário, nos casos exclusivos de urgência ou emergência, quando não for comprovadamente possível a utilização de serviços próprios, contratados ou credenciados pelo Sistema Unimed, bem como serve de base de cálculo para os planos coparticipativos.

Unidades de atendimento – São postos de atendimento das Unimeds que estão distribuídas na área de ação, para facilitar o atendimento dos beneficiários.

Urgência – É o evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo gestacional.

