

TABELA DE PREÇOS

AMEPLAN

Plano de saúde coletivo por adesão / Contrato coletivo por adesão - lei 9656/98



Tabela de preços - Individual				Tabela de preços - Familiar			
Faixa Etária	Executivo Enfermaria 434.357/01-3	Pleno Enfermaria 473.674/15-5	Pleno Apartamento 473.675/15-3	Faixa Etária	Executivo Enfermaria 434.357/01-3	Pleno Enfermaria 473.674/15-5	Pleno Apartamento 473.675/15-3
0 a 18 anos	R\$ 99,15	R\$ 116,15	R\$ 145,95	0 a 18 anos	R\$ 89,23	R\$ 104,26	R\$ 131,35
19 a 23 anos	R\$ 99,15	R\$ 116,15	R\$ 145,95	19 a 23 anos	R\$ 89,23	R\$ 104,26	R\$ 131,35
24 a 28 anos	R\$ 158,64	R\$ 185,35	R\$ 233,50	24 a 28 anos	R\$ 142,76	R\$ 166,79	R\$ 210,14
29 a 33 anos	R\$ 158,64	R\$ 185,35	R\$ 233,50	29 a 33 anos	R\$ 142,76	R\$ 166,79	R\$ 210,14
34 a 38 anos	R\$ 190,36	R\$ 222,41	R\$ 280,21	34 a 38 anos	R\$ 171,31	R\$ 200,15	R\$ 252,17
39 a 43 anos	R\$ 190,36	R\$ 222,41	R\$ 280,21	39 a 43 anos	R\$ 171,31	R\$ 200,15	R\$ 252,17
44 a 48 anos	R\$ 367,40	R\$ 429,26	R\$ 540,79	44 a 48 anos	R\$ 330,63	R\$ 386,31	R\$ 486,68
49 a 53 anos	R\$ 367,40	R\$ 429,26	R\$ 540,79	49 a 53 anos	R\$ 330,63	R\$ 386,31	R\$ 486,68
54 a 58 anos	R\$ 426,08	R\$ 497,81	R\$ 627,15	54 a 58 anos	R\$ 383,44	R\$ 448,00	R\$ 564,41
59 anos ou +	R\$ 553,90	R\$ 647,14	R\$ 815,31	59 anos ou +	R\$ 498,46	R\$ 582,40	R\$ 733,73

Taxa de inscrição equivalente ao valor da mensalidade, paga no ato da adesão.

Reajuste: Abril de 2017, sujeita à alteração a qualquer momento e sem prévio aviso.

Abrangência

São Paulo, Diadema, Sto. André, S. Bernardo do Campo, S. Caetano do Sul, Guarulhos, Suzano, Osasco, Mogi das Cruzes, Itaquaquecetuba, Poá e Caieras.

Dependentes

Cônjuge: • Cópia do RG e CPF; • Cópia da Certidão de Casamento; • Cópia do Cartão Nacional de Saúde.

Companheiro(a): • Declaração de união estável de próprio punho, contendo o número do RG e o número do CPF do(a) companheiro(a), endereço, tempo de convívio, número do RG e assinatura de 2 testemunhas, firma reconhecida do titular e do(a) companheiro(a); • Cópia do RG e CPF do(a) companheiro(a); • Cópia do Cartão Nacional de Saúde.

Filhos(as) solteiros(as) até 21 anos devidamente comprovado(a): • Cópia do RG ou cópia da certidão de nascimento; • Cópia do CPF; • Cópia do cartão nacional de saúde.

Filhos(as) solteiros(as) até 24 anos se universitários: • Cópia do RG ou cópia da certidão de nascimento; • Cópia do CPF; • Cópia do cartão nacional de saúde.

Outros dependentes sem vínculo familiar: • Cópia do RG e CPF.

Plano Coletivo por Adesão. Regras distintas dos Planos individuais. Obrigatória a comprovação de vínculo com a Entidade de Classe. A Administradora de Benefícios/Contratante poderá requisitar a qualquer momento outros documentos aqui não especificados, a fim de comprovar as informações prestadas na Proposta.

Carências

Item	Cobertura	Carência contratual	Carência promocional	TP 90 a 150*	TP 151 a 180*	TP 181 a 210*	TP acima de 210*
A	Urgência e emergência.	24 horas	24 horas	24 horas	24 horas	24 horas	24 horas
B	Atendimento em pronto-socorros gerais ou especializados. Consultas médicas eletivas; Exames realizados em regime ambulatorial, de: análises clínicas em bioquímica, hematologia, fezes e urina; Radiologia Simples (não contrastada); Eletrocardiografia.	30 dias	24 horas	24 horas	24 horas	24 horas	24 horas
C	Procedimentos realizados em regime ambulatorial: Mamografia, exames endoscópicos (endoscopia, esofagogastroduodenoscopia, laringoscopia).	90 dias	30 dias	30 dias	30 dias	24 horas	24 horas
D	Procedimentos realizados em regime ambulatorial: demais exames de análises clínicas; cirurgias ambulatoriais de porte zero (com anestesia local); Exames de citologia oncológica (papanicolau); Densitometria ossea; Exames radiológicos contrastados; Fisioterapia.	120 dias	30 dias	30 dias	30 dias	24 horas	24 horas
E	Internações clínicas e cirúrgicas, nas especialidades do aparelho digestivo e anexos (fígado, vesiculabiliar, apêndice cecal e pâncreas) e demais especialidades com conexão do previsto nos grupos de carências 5 e 6; com exceção dos previstos no grupo de carências 5, todos os demais exames para diagnóstico e tratamentos terapêuticos contratualmente abertos.	180 dias	90 dias	120 dias	90 dias	60 dias	30 dias
F	Diálise e hemodiálise em pacientes crônicos; procedimentos clínicos ou cirúrgicos, relacionados a transplantes (rím e córneas, além dos transplantes autológicos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS) ou implantes e suas consequências; internações hospitalares psiquiátricas.	180 dias	90 dias	120 dias	90 dias	60 dias	30 dias
G	Parto a termo.	300 dias	300 dias	300 dias	300 dias	300 dias	300 dias
H	Doenças Preexistentes.	720 dias	720 dias	720 dias	720 dias	720 dias	720 dias

*TP = Tempo de permanência em outra operadora, em dias.

Dia 01 a 15	Dia 1 - 1º mês subsequente	Vencimento dia 01
Dia 16 a 31	Dia 15 - 1º mês subsequente	Vencimento dia 15

Formas de pagamentos

Mensalidades pagas através de débito em conta corrente ou bo-
leto bancário, até o dia do vencimento, para cobertura no mês. Bradesco - 237 | Santander - 033 Taxa de Inscrição equivalente ao valor da mensali-
dade, paga no ato da adesão.

Resumo de rede

São Paulo	Executivo	Pleno	ABC	Hospitais	Executivo	Pleno
Hospitais	C M I PSI PSA	C M I PSI PSA	Hospitais	C M I PSI PSA	C M I PSI PSA	C M I PSI PSA
Hospital Santa Izabel - Centro	●●●●●	●●●●●	Hospital Benef. de S. Caetano do Sul	●●●●●	●●●●●	●●●●●
Hospital Master Clin - Z.Leste	●●●●●	●●●●●	Hospital São Bernardo	●●●●●	●●●●●	●●●●●
Hospital Vidas's Alta Comp. - Z.Sul	●●●●●	●●●●●	Santa Casa de Mauá	●●●●●	●●●●●	●●●●●
Hospital Dom Alvarenga - Z.Sul	●●●●●	●●●●●	+ Regiões			
Hospital Itaquera - Z.Leste	●●●●●	●●●●●	Hospitais	C M I PSI PSA	C M I PSI PSA	C M I PSI PSA
Hospital Paranaguá - Z.Leste	●●●●●	●●●●●	Nova Vida Itapevi	●●●●●	●●●●●	●●●●●
Hospital Sto. Expedito - Z.Leste	●●●●●	●●●●●	Hospital Pró Mater Ferraz	●●●●●	●●●●●	●●●●●
Hospital Presidente - Z.Norte	●●●●●	●●●●●	Clinisul Capão Redondo	●●●●●	●●●●●	●●●●●
Hospital San Paolo - Z.Norte	●●●●●	●●●●●	Santa Casa de Suzano	●●●●●	●●●●●	●●●●●
Hospital Guaianazes - Z.Leste	●●●●●	●●●●●	Saúde de Guarulhos	●●●●●	●●●●●	●●●●●
Hospital e Mat. Vida's - Z.Sul	●●●●●	●●●●●	Hospital N. Sra. de Fátima Osasco	●●●●●	●●●●●	●●●●●

PSI pronto-socorro infantil PSA pronto-socorro adulto C consulta I internação M maternidade

Ambulatórios

A. Santana	A. Santo Amaro	A. Tatuapé	A. N. Sra. de Fátima	A. Paranaguá
------------	----------------	------------	----------------------	--------------

Laboratórios

Alpha Imagem	Biolab	Diaglab	Labor União	Lavitta
Analisis	Biotox	Endolabor	Lab. Clemente Ferreira	Máximo
Análitica**	CID	Enzilab	Lab. Valzacchi	Onix
Andrezza	Center Biomédico	Gimi	Laboramed	Presecor
Autologus	Clinic Análises Clínicas	Granja Julieta	Lab. Med. Tucuruvi	Sancet
Biocenter	Deliberato	Inst. São Lucas	Lab. Militello	São Miguel

Regras de aceitação das entidades

Quem pode aderir

Documentos do Titular

ABRACEM - Todos os profissionais liberais e microempresários individuais devidamente associados a ABRACEM.	- Ficha de filiação e cópia do diploma ou identidade do órgão regulador da profissão; - Cópia da carteira de associado ABRACEM.
GRÊMIO - Funcionários públicos municipais, estaduais e federais.	- Cópia da carteirinha da associação ou ficha de filiação; - Cópia do Holerite (obrigatório).
FCDL - Lojistas.	- Documentos comprobatórios do vínculo entre o beneficiário titular e o FCDL-ESP ou a ficha de inscrição da entidade; - O comprovante de trabalho em comércio no estado de SP; - Xérox da CTPS ou contra cheque, declaração de um executivo/gerente/sócio em formulário com timbre da empresa.
UDFE - Estudantes do ensino fundamental, médio, graduação e pós-graduação.	- Cópia da carteirinha da UDFE ou ficha de filiação; - Documentos comprobatórios de que o beneficiário é estudante; - Cópia do comprovante de mensalidade escolar quitado (recente); - Declaração do estabelecimento de ensino em papel timbrado, contendo nome completo do estudante, curso, período e nome do estabelecimento de ensino, CNPJ e (carimbo), endereço completo, nome e assinatura do funcionário (legível).
FETRACESP - Federação dos trabalhadores cooperados no estado de São Paulo.	- Cópia do demonstrativo de pagamento ou cópia da carteira com o registro de trabalho (indicando que a empresa é cooperativa); - Ficha de filiação devidamente preenchida ou cópia da carteirinha da FETRACESP/FETRABRAS.

Rede credenciada sujeita à alteração. Informações resumidas prevalecendo as condições contratuais. **válido para as categorias pleno e master do plano de saúde Ameplan assistência médica planejada.