

PLANOS - INDIVIDUAL / FAMILIAR - AMBULATORIAL, HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA

	INDIVIDUAL	FAMILIAR	INDIVIDUAL	FAMILIAR
FAIXA	SÃO CRISTÓVÃO	SÃO CRISTÓVÃO	SÃO CRISTÓVÃO	SÃO CRISTÓVÃO
ETÁRIA	PLANO BÁSICO	PLANO BÁSICO	PREMIER	PREMIER
	ENFERMARIA	ENFERMARIA	APARTAMENTO	APARTAMENTO
00 a 18	84,00	77,71	96,32	89,10
19 a 23	94,08	87,03	113,44	104,94
24 a 28	105,28	97,39	129,50	119,78
29 a 33	118,72	109,82	153,04	141,56
34 a 38	141,12	130,55	172,31	159,38
39 a 43	162,40	150,23	187,29	173,24
44 a 48	206,08	190,64	234,38	216,80
49 a 53	239,68	221,72	268,63	248,48
54 a 58	297,92	275,60	324,28	299,96
59 ou +	502,88	465,20	564,01	521,71

TAXA DE INSCRIÇÃO POR CONTRATO INDIVIDUAL OU FAMILIAR : R\$- 15,00
♦ COMPOSIÇÃO FAMILIAR : Casal, companheiros, pai + filho ou mãe + filho, irmãos, avo + neto, tio + sobrinho, Etc..

	ALTERNATIVE - CO-PARTICIPAÇÃO		ALTERNATIVE PLUS - CO-PARTICIPAÇÃO	
	SÃO CRISTÓVÃO	SÃO CRISTÓVÃO	SÃO CRISTÓVÃO	SÃO CRISTÓVÃO
FAIXA	ENFERMARIA	ENFERMARIA	APARTAMENTO	APARTAMENTO
ETÁRIA	INDIVIDUAL	FAMILIAR	INDIVIDUAL	FAMILIAR
00 a 18	64,96	58,46	71,68	64,51
19 a 23	75,04	67,54	82,88	74,59
24 a 28	86,24	77,62	95,20	85,68
29 a 33	100,80	90,72	110,88	99,79
34 a 38	119,84	107,86	132,16	118,94
39 a 43	138,88	124,99	153,44	138,10
44 a 48	170,24	153,22	187,04	168,34
49 a 53	206,08	185,47	227,36	204,62
54 a 58	264,32	237,89	290,08	261,07
59 ou +	388,64	349,78	427,84	385,06

♦ CO - PARTICIPAÇÃO = R\$ 5,00 Por Consulta e 20 % do valor dos exames, limitado ao máximo de R\$ 100,00
♦ Os valores referentes a co-participação serão debitados sempre nas faturas subseqüentes a utilização.
♦ Abrangência Plano Básico : H. SÃO CRISTOVÃO + Hospitais Zona Leste (Procedimentos não disponíveis serão encaminhados)
♦ Abrangência Plano Premier : Atendimento em São Paulo, Grande São Paulo e Litoral
RESGATE TERRESTRE
♦ O VENCIMENTO E A VIGÊNCIA SERÃO OS MESMOS DA ASSINATURA
R\$ 8,00
♦ ACIMA DE 58 ANOS VENDA DIRETA COM AVALIAÇÃO MÉDICA
POR PESSOA

DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS		CARÊNCIA NORMAL	CARÊNCIA REDUZIDA
0	ACIDENTES PESSOAIS, URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS	24 h.	24 h.
1	CONSULTAS EM CONSULTÓRIOS OU AMBULATÓRIOS	30 d.	15 d.
2	COLPOSCOPIA, COLPOCITOLOGIA ONCOTICA, RAIOS X SIMPLES, TESTES ALÉRGICOS, EXAMES LABORATORIAIS BÁSICOS PARA DIAGNÓSTICOS, ULTRASSON OBSTÉTRICO, PSA TOTAL	30 d.	15 d.
3	TONOMETRIA, CAMPIMETRIA MANUAL, IMPEDÂNCIOMETRIA, REMOÇÃO DE CERUMEN, MAPEAMENTO DE RETINA, ELETROCARDIOGRAMA, AUDIOMETRIA (exceto a vocal), Eletroencefalograma, RETINOGRRAFIA (exceto a fluorescente).	60 d.	30 d.
4	PSA LIVRE, MAMOGRAFIA, RETINOGRRAFIA FLUORESCENTE, AUDIOMETRIA VOCAL, ENDOSCOPIA.	90 d.	30 d.
5	INTERNAÇÕES E CIRURGIAS, ACUPUNTURA, TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA, DENSITOMETRIA ÓSSEA, BIÓPSIAS ULTRA-SONOGRFAS, QUIMIOTERAPIA, RADIOTERAPIA, RESSONÂNCIA MAGNÉTICA, EXAMES ESPECIAIS E DEMAIS PROCEDIMENTOS, EXCETO OS RELACIONADOS A PARTO E DOENÇAS PRÉ EXISTENTES.	180 d.	90 d.
6	PARTO A TERMO E SUAS CONSEQUENCIAS , INTERNAÇÃO HOSPITALAR OBSTÉTRICA	300 d.	300 d.
7	DOENÇAS E LESÕES PRÉ EXISTENTES (COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA) - CPT	720 d.	720 d.

DIRETRIZES PARA REDUÇÃO DE CARÊNCIAS
ATENDIMENTO
ATENDIMENTO
♦ IDADE INFERIOR A 60 ANOS
AO CLIENTE
AO CORRETOR
♦ CARTEIRINHA DO PLANO ANTERIOR COM DATA DE INÍCIO
3 2 5 9 . 3 7 9 9
2 0 2 9 . 7 3 2 3
♦ 03 ÚLTIMOS BOLETOS PAGOS (ATÉ 60 DIAS DE INADIMPLÊNCIA)
2 0 2 9 . 7 3 2 0
♦ CÓPIA DO CONTRATO (Caso não tenha data de início na carteirinha)
2 0 2 9 . 7 3 2 5
♦ SE FOR PLANO EMPRESA (Carta contendo todas as informações)
♦ NÃO HÁ AVALIAÇÃO MÉDICA PARA CRIANÇAS E NEM PARA ADULTOS (EXCETO ACIMA DE 65 ANOS)
♦ MENOR DE 01 ANO = APRESENTAR ALTA DA MATERNIDADE E TESTE DO PÉZINHO
♦ OBRIGATÓRIO EM TODOS OS CASOS = CÓPIA DE C.P.F. , R.G., COMPROVANTE DE ENDEREÇO