



amil

Tabela de Vendas
MARANHÃO

AllCare®
benefícios

TABELA F

Tabela Exclusiva para as seguintes Entidades de Classe

ABRAPAC - Piloto da Aviação

ABRAS - Funcionário Público Federal

ASSEF - Servidor Público Federal

AOCBM - Oficiais do Corpo de Bombeiros

FNO - Profissional de Odontologia

FNN - Nutricionista

FEIFAR - Farmacêutico

SIND. TAXISTA - Taxista

SINFUSP - Servidor Público Municipal de São Luis

SINPOL MA - Policial Civil Estadual

SINTRA - Tradutor

OBS: As Tabelas abaixo com valores das mensalidades dos plano, por faixa etária, estão rigorosamente em conformidade com as regras de limites definidos na RN 63/2003, da ANS.

Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia

PRODUTO COM COPARTICIPAÇÃO

amil	Linha Amil					
	350	400	500	700		
REGISTRO ANS	481725187	481726185	472929143	472931145	472933141	472830141
ACOMODAÇÃO	Enfermaria	Apartamento	Enfermaria	Apartamento	Apartamento	Apartamento
0 a 18 anos	R\$ 230,04	R\$ 261,54	R\$ 274,24	R\$ 311,80	R\$ 340,13	R\$ 428,21
19 a 23 anos	R\$ 287,55	R\$ 326,94	R\$ 342,80	R\$ 389,75	R\$ 425,16	R\$ 535,27
24 a 28 anos	R\$ 359,44	R\$ 408,67	R\$ 428,51	R\$ 487,19	R\$ 531,46	R\$ 669,09
29 a 33 anos	R\$ 395,39	R\$ 449,54	R\$ 471,35	R\$ 535,92	R\$ 584,60	R\$ 736,00
34 a 38 anos	R\$ 415,16	R\$ 472,02	R\$ 494,93	R\$ 562,71	R\$ 613,84	R\$ 772,80
39 a 43 anos	R\$ 456,68	R\$ 519,21	R\$ 544,42	R\$ 618,98	R\$ 675,22	R\$ 850,07
44 a 48 anos	R\$ 570,85	R\$ 649,02	R\$ 680,53	R\$ 773,72	R\$ 844,04	R\$ 1.062,59
49 a 53 anos	R\$ 627,94	R\$ 713,92	R\$ 748,59	R\$ 851,09	R\$ 928,42	R\$ 1.168,86
54 a 58 anos	R\$ 784,93	R\$ 892,41	R\$ 935,74	R\$ 1.063,87	R\$ 1.160,53	R\$ 1.461,07
59 anos ou mais	R\$ 1.373,64	R\$ 1.561,72	R\$ 1.637,54	R\$ 1.861,76	R\$ 2.030,93	R\$ 2.556,88

PRODUTO SEM COPARTICIPAÇÃO

<div>amil</div>	Linha Amil						PLANO REFERÊNCIA
	350		400		500	700	
REGISTRO ANS	481728181	481729180	472930147	472932143	472828149	472831149	466034110
ACOMODAÇÃO	Enfermaria	Apartamento	Enfermaria	Apartamento	Apartamento	Apartamento	
0 a 18 anos	R\$ 270,64	R\$ 307,69	R\$ 322,64	R\$ 366,81	R\$ 400,15	R\$ 503,76	R\$ 677,53
19 a 23 anos	R\$ 338,29	R\$ 384,62	R\$ 403,29	R\$ 458,52	R\$ 500,19	R\$ 629,71	R\$ 846,92
24 a 28 anos	R\$ 422,87	R\$ 480,78	R\$ 504,12	R\$ 573,15	R\$ 625,24	R\$ 787,13	R\$ 1.058,65
29 a 33 anos	R\$ 465,16	R\$ 528,85	R\$ 554,53	R\$ 630,46	R\$ 687,76	R\$ 865,86	R\$ 1.164,52
34 a 38 anos	R\$ 488,41	R\$ 555,29	R\$ 582,25	R\$ 661,99	R\$ 722,15	R\$ 909,15	R\$ 1.222,74
39 a 43 anos	R\$ 537,25	R\$ 610,84	R\$ 640,47	R\$ 728,19	R\$ 794,36	R\$ 1.000,06	R\$ 1.345,01
44 a 48 anos	R\$ 671,56	R\$ 763,54	R\$ 800,59	R\$ 910,24	R\$ 992,95	R\$ 1.250,07	R\$ 1.681,27
49 a 53 anos	R\$ 738,72	R\$ 839,89	R\$ 880,65	R\$ 1.001,27	R\$ 1.092,25	R\$ 1.375,09	R\$ 1.849,40
54 a 58 anos	R\$ 923,40	R\$ 1.049,88	R\$ 1.100,81	R\$ 1.251,59	R\$ 1.365,31	R\$ 1.718,87	R\$ 2.311,75
59 anos ou mais	R\$ 1.615,94	R\$ 1.837,28	R\$ 1.926,41	R\$ 2.190,28	R\$ 2.389,29	R\$ 3.008,01	R\$ 4.045,56

Coparticipação

Tabela de valores a serem cobrados como coparticipação sempre que houver utilização do plano – os valores serão cobrados em boletos emitidos pela AllCare junto com as mensalidades.

PROCEDIMENTOS	AMIL 350			AMIL 400			AMIL 500			AMIL 700		
	COPART.	LIMITE P/ ITEM	LIMITE MENSAL	COPART.	LIMITE P/ ITEM	LIMITE MENSAL	COPART.	LIMITE P/ ITEM	LIMITE MENSAL	COPART.	LIMITE P/ ITEM	LIMITE MENSAL
Consulta eletiva e clínica	30%	R\$ 20,00	-	30%	R\$ 20,00	-	30%	R\$ 25,00	-	30%	R\$ 35,00	-
Consulta hospitalar - PS	30%	R\$ 40,00	-	30%	R\$ 40,00	-	30%	R\$ 50,00	-	30%	R\$ 70,00	-
Exames básicos	30%	R\$ 40,00	-	30%	R\$ 40,00	-	30%	R\$ 50,00	-	30%	R\$ 70,00	-
Exames especiais	30%	R\$ 150,00	-	30%	R\$ 150,00	-	30%	R\$ 150,00	-	30%	R\$ 150,00	-
Procedimentos básicos	30%	R\$ 40,00	-	30%	R\$ 40,00	-	30%	R\$ 50,00	-	30%	R\$ 70,00	-
Procedimentos especiais	30%	R\$ 150,00	-	30%	R\$ 150,00	-	30%	R\$ 150,00	-	30%	R\$ 150,00	-
Psicoterapia	30%	R\$ 20,00	-	30%	R\$ 20,00	-	30%	R\$ 25,00	-	30%	R\$ 35,00	-
Fonoaudiologia	30%	R\$ 20,00	-	30%	R\$ 20,00	-	30%	R\$ 25,00	-	30%	R\$ 35,00	-
Fisioterapia	30%	R\$ 20,00	-	30%	R\$ 20,00	-	30%	R\$ 25,00	-	30%	R\$ 35,00	-
Nutrição	30%	R\$ 20,00	-	30%	R\$ 20,00	-	30%	R\$ 25,00	-	30%	R\$ 35,00	-
Quimioterapia	30%	R\$ 150,00	R\$ 50,00	30%	R\$ 150,00	R\$ 50,00	30%	R\$ 150,00	R\$ 50,00	30%	R\$ 150,00	R\$ 50,00
Radioterapia	30%	R\$ 150,00	R\$ 50,00	30%	R\$ 150,00	R\$ 50,00	30%	R\$ 150,00	R\$ 50,00	30%	R\$ 150,00	R\$ 50,00
Díalise	30%	R\$ 150,00	R\$ 50,00	30%	R\$ 150,00	R\$ 50,00	30%	R\$ 150,00	R\$ 50,00	30%	R\$ 150,00	R\$ 50,00
Internação	-	R\$ 200,00	-	-	R\$ 200,00	-	-	R\$ 250,00	-	-	R\$ 350,00	-

Plano Odontológico

DENTAL 200 R DOC

R\$ 28,90

Registro ANS: 474620151

DENTAL WIN PRÓTESE

R\$ 115,90

Registro ANS: 479134177

DENTAL WIN ORTODONTIA

R\$ 147,00

Registro ANS: 479134177

Quem pode Aderir

Titular

Deverão obrigatoriamente ter vínculo associativo com a entidade de classe comprovado através do envio de documentação.

Dependentes

- Esposa(o) ou Companheira(o), comprovada a união estável por meio dos documentos de certidão de casamento ou declaração pública de união estável (realizada em cartório de títulos e documentos), respectivamente;
- Filhos (as) solteiros (as) naturais, adotivos, com guarda provisória ou definitiva, enteados e os tutelados na forma de lei, desde que possuam até 24 anos completos;
- Filhos (as) inválidos, declarados no Imposto de Renda do beneficiário titular.

Documentação Exigida:

Os seguintes documentos deverão ser enviados junto com a proposta de adesão: Cópias do RG, CPF, comprovante de residência, certidão de casamento e/ou nascimento. Além dos documentos de elegibilidade ao projeto, especificados abaixo.

OBS: O plano de saúde pretendido somente poderá ser implantado para o Titular e/ou Dependentes atendido esses requisitos que serão avaliados/confirmados pela AllCare.

Data de Adesão

dia **1** a **15**
dia **16** a **31**

Vigência

dia **01** do 1º mês subsequente
dia **15** do 1º mês subsequente

Vencimento

todo dia **01** de cada mês
todo dia **15** de cada mês

* Em caso de pagamento em débito em conta a Administradora concederá por mera deliberalidade 05 dias a contar da data de vencimento do boleto bancário para o débito em conta corrente.

Rede Credenciada Amil

Hospitais Credenciados	350	400	500	700
Hospital São Domingos		H/PS	H/PS	H/PS
Udi Hospital		H/PS	H/PS	H/PS
HRO - Hospital de Referência Oftalmológica		H	H	H
Hospital HCl	H	H	H	H
Upc - Unidade Pediátrica Cirúrgica	H/PS	H/PS	H/PS	H/PS
Hospital Aldenora Bello (Fund. Antonio Jorge Dino)	H	H	H	H
Hosp. Ruy Palhano - (Incons)	H/PS	H/PS	H/PS	H/PS
Centro Médico Maranhense	H/PS	H/PS	H/PS	H/PS
Hospital Santa Mônica (Imperatriz/Ma)	H/M/PS	H/M/PS	H/M/PS	H/M/PS
Clínica São Marcos	H/M	H/M/PS	H/M/PS	H/M/PS
Natus Lumen	H/M	H/M	H/M	H/M
Clínica São José	H/M	H/M	H/M	H/M
Clínica Luiza Coelho	H/M	M	M	M
Casa de Saúde e Maternidade de Caxias	H/M/PS	H/M/PS	H/M/PS	H/M/PS
Policlínica Ibirapuera	H/PS	H/PS	H/PS	H/PS
Procardio	H/PS	H/PS	H/PS	H/PS
Sos Infantil	CLÍNICA	CLÍNICA	CLÍNICA	CLÍNICA
Laboratórios	350	400	500	700
Laboratório Gaspar	•	•	•	•
Laboratório Cedro	•	•	•	•
Laboratório Centrolab	•	•	•	•
Galgani & Luna	•	•	•	•
Inlab - Investigação Laboratorial	•	•	•	•
Laboratório Corrêa Mendes	•	•	•	•
Laboratório Genesis	•	•	•	•
Laboratorio Modelo (Imperatriz)	•	•	•	•
Clínicas de Imagem	350	400	500	700
CegineCohab	•	•	•	•
Idiagnóstica	•	•	•	•
Cimo	•	•	•	•
Gastrocentro	•	•	•	•
Inst. de Neurologia e Neurocirurgia do Maranhão	•	•	•	•
Instituto de Radiologia de São Luis	•	•	•	•
Oftalmocentro	•	•	•	•
Centro de Oncologia Médica	•	•	•	•
Clincor	•	•	•	•
Cadiormed	•	•	•	•
Diagcentro (Imperatriz Ma)	•	•	•	•
Uni Rad (Imperatriz Ma)	•	•	•	•
Gestar Clínica	•	•	•	•
Uroclínica	•	•	•	•
SQS Trauma	•	•	•	•
CT Trauma	•	•	•	•
Ortotrauma	•	•	•	•
Soma - Ortoclim	•	•	•	•
DOM	•	•	•	•
Icem	•	•	•	•
Imma	•	•	•	•
Angioclínica	•	•	•	•
Instituto de Cirurgia Vascular do Maranhão	•	•	•	•

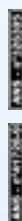
amil

Para maiores informações acesse: www.allcare.com.br/corretor

Este material é de uso interno, destinado exclusivamente aos consultores e sujeito a alterações.

Plano de Saúde Coletivo por Adesão de acordo com as Resoluções Normativas da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS
REDE CREDENCIADA SUJEITA A ALTERAÇÕES PELA OPERADORA, SEM AVISO PRÉVIO.

ESSE MATERIAL CONTÉM INFORMAÇÕES RESUMIDAS PREVALECENDO AS CONDIÇÕES DO CONTRATO DE ADESÃO.



amil | AllCare®
benefícios