

B D L Planos de Saúde



UNI MED PAULISTANA FECOMÉRCIO (FEDERAÇÃO DE COMÉRCIO DO ESTADO DE SÃO PAULO)

Faixa Etária	Padrão Enfermaria	Integral Apartamento	Suprema Apartamento
0 a 18	81.22	124.97	152.25
19 a 23	103.96	159.96	194.88
24 a 28	110.46	169.96	207.05
29 a 33	113.70	174.95	213.14
34 a 38	124.25	191.19	232.94
39 a 43	142.12	218.68	266.43
44 a 48	198.96	306.15	373.00
49 a 53	266.36	409.87	499.37
54 a 58	298.85	459.86	560.28
+ de 59	487.22	749.71	913.43

VALIDADE:31/07/2009

PLANO DE SAÚDE UNI MED PAULISTANA FECOMERCIO

Contrato coletivo por adesão de plano de assistência à saúde Unimed Paulistana FECOMERCIO

Contratante: Access Clube de Benefícios

- Planos Uniplan: Cobertura Ambulatorial + Hospitalar Com Obstetrícia
- Atendimento nacional através do Sistema nacional Unimed
- Todas as coberturas da lei nº 9656/98 (que incluem acupuntura, homeopatia e fisioterapia) e mais:
- Acidente de Trabalho
- PRA - Plano de Remissão Assistencial: 2 anos

Central de Atendimento Access Clube de Benefícios: (11) 3016 - 7000

QUEM PODE ADERIR / DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA

TI TULAR

Poderá ser considerado usuário titular todo empregado e empregador (pessoa Física) residente no Estado de São Paulo, de empresa cujo ramo de atividade é representado pela Federação do Comércio do Estado de São Paulo (Fecomercio)

Empregado: apresentar cópia da Carteira de Trabalho, do registro ou da relação do FGTS, atestando ser funcionário com vínculo empregatício junto à empresa.

Empregador: apresentar cópia do Contrato Social da empresa ou última alteração dele, que comprove vínculo societário.

Titular com idade igual ou superior a 70 anos: apresentar cópia do RG e CPF

DEPENDENTE

CONJUGE - Certidão de Casamento,

COMPANHEIRO (A) - RG, Declaração de União Estável registrada em cartório, OU Certidão de Nascimento de filhos em comum.

FILHO SOLTEIRO, DE QUALQUER IDADE - Certidão de Nascimento ou RG.

ENTEADO SOLTEIRO, DE QUALQUER IDADE - Certidão de Nascimento ou RG, Certidão de Casamento ou Declaração de Convivência, Certidão de óbito de um dos genitores ou Declaração Judicial de Ausência

MENOR SOB GUARDA OU TUTELA DO USUÁRIO TITULAR* - Certidão de nascimento ou RG, Tutela ou " Termo de Guarda" expedido por órgão oficial

*cessados os efeitos da guarda ou tutela, sendo o dependente solteiro, será analisada a possibilidade de sua permanência no benefício, podendo ser solicitada documentação complementar.

ATENÇÃO: o contratante poderá requisitar a qualquer momento outros documentos aqui não especificados, a fim de comprovar as informações prestadas

RELAÇÃO DOS CONGÊNERES

AGF BRASIL, DI XAMICO, NOTRE DAME, PLANOS DE AUTOGESTÃO, AMESP, GOLDEN CROSS, OMI NT, AMI L, I NTERMÉDICA, PORTO SAUDE, SI STEMA UNI MED (demais cooperativas), BLUE LI FE, MARI TI MA, SULAMERI CA, BRADESCO, MEDI AL SAÚDE, UNI BANCO SAÚDE

BANCOS PARA DÉBITO AUTOMÁTICO

001 - BANCO DO BRASIL 237 - BRADESCO 409 - UNI BANCO 356 - BANCO REAL 341 - ITAÚ 033 - BANESPA 151 - NOSSA CAIXA NOSSO BANCO

CARÊNCIAS

24 HORAS	Consultas, exames de rotina, atendimentos de urgência, acidentes pessoais ou emergências, desde que possam implicar Risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, devidamente comprovados em declaração do médico responsável. Nos casos de urgência ou emergência não resultantes de acidente pessoal, estando o usuário em carência, para o Procedimento a ser realizado haverá cobertura em ambiente ambulatorial apenas para as primeiras 12(doze) horas do atendimento, não se garantindo, portanto, cobertura para internação.
120 DIAS	Internações clínicas ou cirúrgicas, exames e procedimentos especiais, exceto para os previstos no item seguinte.
300 DIAS	Parto e suas consequências
240 DIAS	PRA - Plano de Remissão Assistencial

REGRAS PARA REDUÇÃO DE CARÊNCIAS

SÓ HÁ REDUÇÃO DE CARÊNCIAS PARA OS USUÁRIOS:

- COM ATÉ 59 ANOS DE IDADE, NO 1º DIA DO INÍCIO DOS BENEFÍCIOS, CONFORME ADITIVO ESPECÍFICO.
- COM INADIMPLÊNCIA NO PLANO ANTERIOR DE, NO MÁXIMO, 60 DIAS (ANTERIOR AO INÍCIO DOS BENEFÍCIOS DO NOVO PLANO).

NÃO HÁ REDUÇÃO DE CARÊNCIA PARA PLANOS COM COBERTURA SOMENTE HOSPITALAR OU AMBULATORIAL. NÃO HÁ REDUÇÃO DE CARÊNCIA DA UNIMED PAULISTANA PARA A UNIMED PAULISTANA.

ATENÇÃO TODAS AS REGRAS DE CARÊNCIA CONSTAM DO ADITIVO ESPECÍFICO PARA ESTE CONTRATO.

PLANO UNIPLAN BÁSICO	
<p align="center">ZONA SUL</p> <p>Casa de Saúde Sta Rita (V. Mariana) Centro Médico São José (Interlagos)* Clinisul (Capão Redondo) GRAACC (V. Clementino) Hosp da Criança (Jabaquara) H Defeitos da Face (Indianópolis) H Dom Alvarenga (Ipiranga) H e Mat São Camilo Ipiranga (Ipiranga) H N Sra de Lourdes (Jabaquara) H Paulista (V. Clementino) H do Rim (V. Mariana) H Santa Cruz (Sta Cruz) H Santa Marina (V. Sta Catarina) H Santa Paula (V. Olímpia) H São Leopoldo (Sto Amaro) H São Paulo (V. Clementino) H São Rafael (Paiso) H Sepaco (V. Mariana) H Vidas (V. Campo Grande)</p>	<p align="center">ZONA NORTE</p> <p>CPA - Unimed Paulistana (água fria) P.S H Casa Verde (Casa Verde) H Nipo - Brasileiro (Pq. Novo Mundo) H Presidente (Tucuruvi) H Voluntários (Santana)*</p> <p align="center">ZONA LESTE</p> <p>Casa de Saúde Sta Marcelina (Itaquera) Cema Hospital Especializado (Mooca) Day Hospital (Ermelino Matarazzo) H Avicena (Belém) H Central Guaianazes (Guaianazes) H Independência (São Miguel Paulista) H e Mat Vital (ermelino Matarazzo) H São José do Brás (Belém) H São Miguel (São Miguel Paulista) H Vila Matilde (V. Matilde) I BCC (Mooca)</p>
<p align="center">REGIÃO CENTRAL</p> <p>Hª C Camargo (Liberdade) H Santa Helena (Liberdade) I GESP (Bela Vista)</p> <p align="center">ZONA OESTE</p> <p>H Albert Sabin (Lapa) H Dante Pazzanese (Ibirapuera) H Iguatemi (Butantã) H Metropolitano (V. Romana) H Saint Paul (Pinheiros) Plena Saúde "Assemé" (parada de Taipas) Pronto - Soorro Portinari (V. Jaguará)</p>	
<p>LABORATÓRIOS: ASSAY/ BIÓCLÍNICO/CDB/CI MERMAM/CENTRO DE CARDIOLOGIA NÃO - INVASIVA/ CENTRO DE DIAGNÓSTICOS HOSP. SANTA HELENA/ LAVOISIER/ LEGO / DIAGNÓSTICOS UNIMED PAULISTANA OSASCO/ DIAGNÓSTICOS UNIMED PAULISTANA ZONA NORTE/MELLO/NASA/RADIOCLÍNICA TADAO MORI/ DIGIMAGEM/SAE/ RHESUS /SALOMÃO & ZOPPI /MAXI MAGEM DIAGNÓSTICO.</p>	
UNIPLAN PLENO	UNIPLAN MASTER
<p>Toda a rede do Plano Padrão e mais: Hosp Prof Edmundo Vasconcelos - "Gastroclínica" (Ipirapuera) H Santa Catarina (Bela Vista) H Santa Isabel (Higienópolis) H Santa Joana (Paiso) H São Camilo Santana (Santana) Pro Matre Paulista (Bela Vista)</p>	<p>Toda a rede dos planos Padrão, Integral e mais: Hosp. Alemão Oswaldo Cruz* Hosp do Coração - Hcor H Nove de Julho H Samaritano H São Camilo Pomkpeia H São Luiz H São Luiz Morumbi H Sirio Libanês* P.S Infantil Sabará LABORATÓRIO: DELBONI AURIEMO</p>

HOSPITAIS E CLÍNICAS CREDENCIADAS EM OUTRAS LOCALIDADES (Atendem a todos os planos)				
BARUERI Cemesp Hospitalis Medical Care CAIEIRAS Emed CARAPICUÍBA Alpha Med	COTIA Amb Nova Cotia DIADEMA Hosp Diadema FRANCISCO MORATO Ceam	FRANCO DA ROCHA Ceam ITAPEVI Hosp e Mat nova Vida JANDIRA Clínica São João	MOGI DAS CRUZES Casa de Saúde Santana H Ipiranga M Cruzes H e Mat Mogi D'or OSASCO H Cruzeiro do Sul H e Mat Sino - Brasileiro H Montreal	SANTA IZABEL Sta Casa Misericórdia SUZANO H Campos Sales TABOÃO DA SERRA H Family

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Este produto pode ser comercializado para todos os advogados e estagiários regularmente inscritos na OAB - SP e domiciliados no Estado de São Paulo.
- O Vencimento do valor mensal do benefício inclusive do 1º mês será todo 1º do mês e deverá ser pago diretamente nos bancos conveniados ao sistema, ou pessoalmente, no escritório do Access Administração e Serviços.
 - Proposta de adesão sujeita a análise técnica
- A taxa de cadastramento e implantação (que NÃO é o 1º pagamento do valor do benefício) é devida somente em caso de aceitação dos proponentes ao contrato coletivo
 - O FECHAMENTO DAS VENDAS SERÁ DIA 14 ATÉ 18H, OU O DIA ÚTIL ANTERIOR.