

B D L Planos de Saúde



UNI MED PAULISTANA SIMPI

(Sindicato da Micro e Pequena - Indústria do Estado de São Paulo)

Contrato Coletivo por Adesão 12/08

USUÁRIO TITULAR OU DEPENDENTES (Conjuge, filhos solteiros ou tutelados até 24 anos e companheiro(a))

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

Plano de Saúde Unimed Paulistana SIMPI

Contrato coletivo por adesão de plano de assistência à saúde Unimed Paulistana SIMPI. Contratante: Access Clube de Benefícios

Plano Unipan :

- Cobertura ambulatorial + Hospitalar co obstrícia
- Atendimento nacional, através do sistema Nacional Unimed

Todas as coberturas da lei nº 9.656/98 (que incluem acupuntura, Homeopatia e Fisioterapia) e mais:

- Acidente do trabalho
- PRA- Plano de Remissão Assistencial: 2 anos

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

Website: www.accessclube.com.br

Quem pode Aderir / Documentação

TITULAR

Poderá ser considerado usuário titular todo empregado e empregador (Pessoa Física) de empresa cujo o ramo de atividade é representado pelo sindicato da Micro e Pequena Indústria do Estado de São Paulo (SIMPI) Empregado: apresentar Cópia da Carteira de Trabalho / registro OU cópia da relação de FGTS Atestando ser Funcionário com vínculo empregatício junto da empresa.

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

TITULAR COM IDADE IGUAL OU SUPERIOR A 70 ANOS, APRESENTAR CÓPIA DO RG E CPF.

DEPENDENTE

Conjuge

Certidão de nascimento

*Companheiro

Declaração de União Estável registrada em Cartório + RG. OU

Certidão de Nascimento de Filhos (s) em comum .

*Filho (a) Solteiro (a) até 24 anos

Certidão de Nascimento OU RG

*Filho (a) Inválido (a) Solteiro (a) de qualquer idade.

Certidão de nascimento OU RG;

Certidão de invalidez emitida pelo INSS.

*Enteado (a) Solteiro (a) até 24 anos

certidão de nascimento OU RG,

Certidão de Casamento OU Declaração de união Estável.

Menor Sob guarda ou tutela do usuário titular

Certidão de nascimento OU RG;

Tutela OU "termo de Guarda" expedido por órgão oficial .*

*cessadas ou efeitos da guarda ou tutela, será analisada a possibilidade da permanência do dependente no benefício, desde que

CARÊNCIA CONTRATUAL (contadas a partir do início do benefício)

Carência Contratual

A - 24 (Vinte e quatro) Horas

Consultas, atendimentos de urgência, acidentes pessoais ou emergências, desde que possam implicar risco imediato de vida ou de lesão irreparáveis para o paciente, devidamente comprovados em declaração do médico responsável, Nos casos de urgência ou emergência não resultantes de acidentes pessoais,

estando o usuário em carência para o procedimento a ser realizado, haverá cobertura em ambiente ambulatorial apenas para as primeiras 12 (doze) horas de atendimento, não se garantindo, portanto, cobertura para internação.

B - 120 (cento e vinte) dias

Internações Clínicas ou cirurgia, exames e procedimentos especiais, exceto para os previstos item seguinte (Letra C*)

C - 300 (Trezentos) dias

Parto e suas Consequências

D - 240 (duzentos e quarenta) dias

PRA - Plano de Remissão Assistencial

Regras para Redução de Carência!!

Só há redução de carência para os usuários

Com até 59 anos de idade, no 1º dia do início do benefício conforme aditivo específico

Com inadimplência no plano anterior de, no máximo, 60 dias (anteriores à data vigência do planos)

Não há redução de carência para planos com coberturas somente hospitalar ou ambulatorial;

Atenção: TODAS as regras de carência constam do aditivo específico para este contrato.

Documentação necessários para redução de carências

Proponente oriundo de plano individual

Comprovante de início no plano anterior (cópia do contrato OU cartão de identificação) e cópia dos

Últimos recibos de pagamento OU declaração da operadora congênera, em papel timbrado em carimbo de CNPJ, informando a data de início no plano, condições de pagamento, relação dos dependentes e o tipo de plano.

Proponente oriundo de plano - empresa ou coletivo

Declaração da intuição, em papel timbrado em carimbo de CNPJ, atestando: a operadora contratada, a data de início no plano, o tempo de permanência e a relação dos dependentes

Relação de Operadoras Congêneras

AGF/ Grupo Allianz	AI G/ Unibanco Saúde	Amesp	Amil
Blue life	Bradesco	CABESP	Camed
DixAmico	FORD	Generalli	Golden Cross
HSBC/Bamerindus	Interclínicas	Intermédica	IRB
Marítima	Medial Saúde	MediService	Notre Dame
Omint	Paraná Clínica	Porto Seguro	Samcil
Saúde ABC	SulAmérica	UNI MEDS**	Volkswagen

Planos de Autogestão: mediante análise prévia das coberturas.

****Demais cooperativas, exceto a Unimed São Paulo.**

Atenção: a opção por plano de categoria superior ao antigo plano, de qualquer uma das operadoras acima, implicará o cumprimento de carências para acomodação e utilização de rede credenciada específica do novo plano

Bancos Para Débito Automático

001 - Banco Real	033 - Santander Banespa	237 - Bradesco
356 - Banco Real	409 - Unibanco	341 - Itaú
151 - Nossa Caixa Nosso Banco		

REDE CREDENCIADA

PLANO UNI PLAN PADRÃO

Zona Sul	Centro	
Casa de Saúde Santa Rita H	Hospital A .C . Camargo (oncologia).....H	
GRAACC (oncologia).....H	Hospital I GESP.....H/P.S	
Hospital da Criança (Pediatria).....M/P.S	Hospital Santa HelenaH/M/P.S	
Hospital Dante Pazzanese (cardiologia)..... H	Zona leste	
Hospital Defeitos da Face(otorrinolaringologia).....H		
Hospital do Rim e Hipertensão (urologia e nefrologia).....H		
Hospital Dom Antonio AlavarengaH/P.S		
Hospital e Maternidade São LeopoldoH/M/P.S		
Hospital Nº As de LourdesH/P.S		
Hospital Paulistana (Otorrinolaringologia) H		
Hospital Santa CruzH/P.S		
Hospital Santa Mariana H/M/P.S.....H/M/P.S		
Hospital Santa PaulaH/P.S		
Hospital São Camilo (Ipiranga)H/M/P.S		
Hospital São PauloH/P.S		
Hospital São Rafael.....H		
Hospital SepacoH/M/P.S		
Hospital VidasH/M/P.S		
Serra Mayor.....H/P.S		
Zona Norte	Outras Localidades	
CPA – Unimed Paulistana (Água Fria)..... ..OS	Arujá	
Hospital Albert Sabin (I mirim).....H	Hospital Lions Clube H/M/P.S	
Hospital Casa Verde.....P.S	Barueri	
Hospital Nipo – Brasileiro.....H/M/P.S	Hospital Núcleo Hospitalar.....H/M/P.S	
Hospital Presidente.....H/P.S	Caieiras	
Hospital San Paolo (ex- Voluntários).....H/M	EMED.....H/M	
PrevineP.S	Carapicuíba	
	Hospital Alpha Med.....H/M/P.S	
Zona Oeste	Cotia	
Hospital Albert Sabin (Lapa).....H/P.S	Hospital São FranciscoH/P.S	
Hospital I guatemiH/P.S	Diadema	
Hospital MetropolitanoH/M/P.S	Hospital São Lucas.....H/M/P.S	
Hospital Portinari.....P.S	Franco da Rocha	
Hospital Saint Paul (Ofalmologia).....H	CEAM.....H/M/P.S	
Misericórdia..... H/M/P.S	Guararema	Santa Casa de
	I tapevi	
	Hospital e Maternidade Nova VidaH/M/P.S	
	Mogi das Cruzes	
	Casa De saúde e Maternidade Santana H/M/P.S	
	Hospital e Maternidade Mogi D' Or..... H/M/P.S	
	Hospital Ipiranga..... H/M/P.S	
	Osasco	
	Hospital Cruzeiro do Sul.....H/M/P.S	
	Hospital e Maternidade Sino- Brasileiro H/M/P.S	
	Hospital Montreal.....H/M/P.S	
	Santa Isabel	
	Santa Casa de Misericórdia.....H/M/P.S	
	Suzano	
	Hospital Campos SallesH/M/P.S	
	Taboão da Serra	
	Centro Médico Family.....H/M/P.S	
	Sistema Brasileiro de Saúde Mental (psiquiatria).....H	

Laboratórios: ÁLAMO,

CDB,CEDI MAX,CI MERMAN,CRESP/BI OCLÍ NI CO,DI GI MAGEM,LAVOI SI ER,LEGO,MELLO,NASA,OMNI ,RADI OCLÍ NI CA,RHEUSUS,SAE,SALOMÃO E ZOPPI .

Informação Importantes:

- Este produto ser Comercializado na área de abrangência da Unimed Paulistana
- Área de abrangência da Unimed Paulistana: Arujá, Barueri, Biritiba, Mirim, Caieiras, Cajamar, Carapicuíba, Cotia, Diadema, Embu, Embu-Guaçu, Ferraz de Vasconcelos, Francisco Morato, Franco da Rocha, Guararema, Itapeverica da Serra, Itapevi, Itaquaquecetuba, Jandira, Juquitiba, Mairiporã, Mogi das Cruzes, Osasco, Pirapora do Bom Jesus, Poá, Salesópolis, Santa Isabel, Santana De Parnaíba, São Lourenço da Serra, São Paulo, Suzano e Taboão da Serra.
- O vencimento do Valor Mensal do Benefício (inclusive do 1º mês) será todo 1º dia do mês, no caso do boleto, e todo 5º dia útil do mês, no caso do débito automático, e deverá ser pago diretamente nos bancos conveniados ao sistema ou, pessoalmente, no escritório do Access Clube de Benefícios.
- Proposta de adesão sujeita a análise técnica.
- A taxa do cadastramento e implantação (que NÃO é o 1º pagamento do valor do benefício) é devida somente em caso de aceitação do(s) proponentes (s) ao contrato coletivo.
- O fechamento das vendas será todo dia 14 até às 18h, ou dia útil anterior.