

B D L Planos de Saúde

UNI MED PAULISTANA SIN FAR (SINDICATO DOS FARMACÊUTICOS NO ESTADO DE SÃO PAULO)

PLANO UNI PLAN	PADRÃO 445.908/03-3	INTEGRAL 445.909/03-1	SUPREMO 445.910/03-5
	ENFERMARI A	APARTAMENTO	APARTAMENTO
00 a 18	76,89	118,29	144,11
19 a 23	98,41	151,41	184,46
24 a 28	104,55	160,87	195,98
29 a 33	107,62	165,59	201,74
34 a 38	117,61	180,97	220,46
39 a 43	134,52	206,99	252,16
44 a 48	188,32	289,78	353,01
49 a 53	252,12	387,95	472,60
54 a 58	282,87	435,27	530,25
+ de 59	461,16	709,62	864,46

VALIDADE: 15/12/2008

PLANO DE SAÚDE UNI MED PAULISTA SIN FAR

Contrato coletivo por adesão de plano de assistência á saúde Unimed SIN FAR

Contratante: APCD - Associação Paulista de Cirurgiões - Dentista

Planos Uniplan:

- Cobertura ambulatorial + hospitalar com obstetrícia

- 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 : 02 anos

- Central de Atendimento Access Administração e Serviços (11) 3016 - 7000

QUEM PODE ADERIR / DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA

TITULAR

Poderão ser considerados usuários titulares todos os farmacêuticos e farmacêuticos bioquímicos associados ao Sindicato dos farmacêuticos do Estado de São Paulo (SIN FAR)

Apresentação do CRF - SP, diploma ou certificado de conclusão de curso.

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

DEPENDENTE

CONJUGE - Certidão de Casamento

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

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

FILHO SOLTEIRO INVÁLIDO, DE QUALQUER IDADE - Certidão de Nascimento ou RG, Certidão de Invalidez emitida pelo INSS.

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 - BLUE LIFE - DIXAMICO - HSBC/BAMERINDUS - MARI TI MA - OMI NT - SAUDE ABC - AIG/UNI BANCO SAÚDE / BRADESCO - FORD - INTERCLINICAS - MEDIAL SAÚDE - PARANÁ CLINICA - SULAMERICA - AMESP - CABESP - GENERALLI - INTERMÉDICA - MEDISERVI CE - PORTO SEGURO - UNIMEDS* - AMIL - CAMED - GOLDEN CROSS - IRB - NOTRE DAME - SAMCIL - VOLKSWAGEN

AUTOGESTÃO: Mediante análises prévia das coberturas. *Demais cooperativa, exceto a Unimed Paulista.

BANCOS PARA DÉBITO AUTOMÁTICO

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

CARÊNCIAS

24 HORAS	Consultas, 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 de trânsito, estando o usuário pessoal, em ambiente ambulatorial apenas para as primeiras 12 (doze) horas de 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 (letra 'c'), Assistência Funerária
300 DIAS	Parto
240 DIAS	PRA - Plano de Remissão Assistencial
30 DIAS	SAFETY AIR - Transporte aeromédico inter - hospitalar.

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 (ANTERIORES À DATA DE VIGÊNCIA DO 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 PADRÃO		
<p>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 n(Paiso) H Sepaco (V. Mariana) H Vidas (V. Campo Grande)</p>	<p>ZONA NORTE</p> <p>CPA - Unimed Paulistana (água fria) P.S H Casa Verde (Casa Verde) H Nipo - Brasileiro (Pg. Novo Mundo) H Presidente (Tucuruvi) H Voluntários (Santana)*</p> <p>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 e Mat São Cristóvão H e Mat Vital (ermelino Matarazzo) H Santa Virginia (antigo São José do Brás)(Belém)* H São Miguel (São Miguel Paulista) Hosp vila Matilde (V. Matilde)* I BCC (Moóca)</p>	<p>REGIÃO CENTRAL</p> <p>Hª C Camargo (Liberdade) H Santa Helena (Liberdade) I GESP (Bela Vista)</p> <p>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 "Asseme" (parada de Taipas) Pronto - Soorro Portinari (V. Jaguará)</p> <p>*Atendimento somente para internação eletiva</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 /MAXIMAGEM DIAGNÓSTICO.</p>		
PLANO UNIPLAN INTEGRAL	PLANO UNIPLAN SUPREMO	
<p>Toda a rede do Plano Padrão e mais: Hosp Prof Edmundo Vasconcelos - "Gastroclinica" (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 Pomckéia H São Luiz H São Luiz Morumbi H Sírio Libanês* P.S Infantil Sabará *Atendimento somente para internação eletiva</p>	

HOSPITAIS E CLÍNICAS CREDENCIADAS EM OUTRAS LOCALIDADES (Atendem a todos os planos)				
<p>BARUERI Cemesp Hospitalis Medical Care CAIEIRAS Emed CARAPICUÍBA Alpha Med</p>	<p>COTIA Amb Nova Cotia DIADEMA Hosp Diadema FRANCISCO MORATO Ceam</p>	<p>FRANCO DA ROCHA Ceam ITAPEVI Hosp e Mat nova Vida JANDIRA Clínica São João</p>	<p>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</p>	<p>SANTA IZABEL Sta Casa Misericórdia SUZANO H Campos Sales TABOÃO DA SERRA H Family</p>

INFORMAÇÃO IMPORTANTES

- Este produto pode ser comercializado na área de abrangência da Unimed Paulistana.
- Área de abrangência da Unimed Paulistana: Arujá, Barueri, Caieiras, Carapicuíba, Cotia, Diadema, Embu, Ferraz de Vasconcelos, Francisco Morato, Franco da Rocha, Guararema, Itapeverica da Serra, Itapevi, Itaquecetuba, Jandira, Mairiporã, Mogi das Cruzes, Osasco, Perus, Poá, Salésopolis, Santa Isabel, Santana de Parnaíba, São Paulo, Suzano e Taboão da Serra.
- O vencimento do valor mensal do benefício (inclusive do 1º mês) será todo dia 1º do mês e deverá ser pago diretamente nos bancos conveniados ao sistema ou, pessoalmente, no escritório do Acesso 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 do(s) proponente(s) ao contrato coletivo
- O FECHAMENTO DAS VENDAS SERÁ TODO DIA 14 ATÉ AS 18HRS, OU O DIA ÚTIL ANTERIOR.