

PLANOS INDIVIDUAIS / GRUPAL- AMBULATORIAL, HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA										
FAIXA ETÁRIA	AMIL	AMIL	AMIL	AMIL	AMIL	AMIL	AMIL	AMIL	AMIL	
	BLUE I	BLUE II	BLUE III	BLUE IV	140	150	160 I	160 II	160 III	
	ENFERMARIA	APARTAMENTO	APARTAMENTO	APARTAMENTO	APARTAMENTO	APARTAMENTO	APARTAMENTO	APARTAMENTO	APARTAMENTO	
00 a 18	120,98	146,44	184,64	210,12	257,23	352,32	445,68	636,70	827,70	
19 a 23	157,27	190,37	240,03	273,16	334,40	458,02	579,38	827,71	1.076,01	
24 a 28	173,00	209,41	264,03	300,48	367,84	503,82	637,32	910,48	1.183,61	
29 a 33	188,57	228,26	287,79	327,52	400,95	549,16	694,68	992,42	1.290,13	
34 a 38	207,43	251,09	316,57	360,27	441,05	604,08	764,15	1.091,66	1.419,14	
39 a 43	228,17	276,20	348,23	396,30	485,16	664,49	840,57	1.200,83	1.561,05	
44 a 48	296,39	358,78	452,35	514,79	630,22	863,17	1.091,90	1.559,88	2.027,80	
49 a 53	340,85	412,60	520,20	592,01	724,75	992,65	1.255,69	1.793,86	2.331,97	
54 a 58	426,06	515,75	650,25	740,01	905,94	1.240,81	1.569,61	2.242,33	2.914,96	
59 ou +	725,88	878,64	1.107,84	1.260,72	1.543,38	2.113,92	2.674,08	3.820,20	4.966,20	
REEMBOLSO	46,00	46,00	46,00	46,00	46,00	92,00	138,00	230,00	322,00	
<b>( PLANO FAMILIAR II ) A PARTIR DE : 1 TITULAR + 1 DEP. EX: PAI + FILHO OU MÃE + FILHO</b>										
FAIXA ETÁRIA	AMIL	AMIL	AMIL	AMIL	AMIL	AMIL	AMIL	AMIL	AMIL	
	BLUE I	BLUE II	BLUE III	BLUE IV	140	150	160 I	160 II	160 III	
	ENFERMARIA	APARTAMENTO	APARTAMENTO	APARTAMENTO	APARTAMENTO	APARTAMENTO	APARTAMENTO	APARTAMENTO	APARTAMENTO	
00 a 18	112,51	136,19	171,72	195,41	239,22	327,66	414,48	592,13	769,76	
19 a 23	146,26	177,05	223,24	254,03	310,99	425,96	538,82	769,77	1.000,69	
24 a 28	160,89	194,76	245,56	279,43	342,09	468,56	592,70	846,75	1.100,76	
29 a 33	175,37	212,29	267,66	304,58	372,88	510,73	646,04	922,96	1.199,83	
34 a 38	192,91	233,52	294,43	335,04	410,17	561,80	710,64	1.015,26	1.319,81	
39 a 43	212,20	256,87	323,87	368,54	451,19	617,98	781,70	1.116,79	1.451,79	
44 a 48	275,65	333,67	420,71	478,73	586,10	802,76	1.015,43	1.450,71	1.885,88	
49 a 53	317,00	383,72	483,82	550,54	674,02	923,17	1.167,74	1.668,32	2.168,76	
54 a 58	396,25	479,65	604,78	688,18	842,53	1.153,96	1.459,68	2.085,40	2.710,95	
59 ou +	675,06	817,14	1.030,32	1.172,46	1.435,32	1.965,96	2.486,88	3.552,78	4.618,56	
<b>( PLANO FAMILIAR I ) A PARTIR DE: CASAL OU CASAL + FILHOS</b>										
FAIXA ETÁRIA	AMIL	AMIL	AMIL	AMIL	AMIL	AMIL	AMIL	AMIL	AMIL	
	BLUE I	BLUE II	BLUE III	BLUE IV	140	150	160 I	160 II	160 III	
	ENFERMARIA	APARTAMENTO	APARTAMENTO	APARTAMENTO	APARTAMENTO	APARTAMENTO	APARTAMENTO	APARTAMENTO	APARTAMENTO	
00 a 18	105,25	127,40	160,64	182,80	223,79	306,52	387,74	553,93	720,10	
19 a 23	136,83	165,62	208,83	237,64	290,93	398,48	504,06	720,11	936,13	
24 a 28	150,51	182,18	229,71	261,40	320,02	438,33	554,47	792,12	1.029,74	
29 a 33	164,06	198,58	250,38	284,93	348,82	477,78	604,37	863,41	1.122,42	
34 a 38	180,47	218,44	275,42	313,42	383,70	525,56	664,81	949,75	1.234,66	
39 a 43	198,52	240,28	302,96	344,76	422,07	578,12	731,29	1.044,73	1.358,13	
44 a 48	257,88	312,12	393,55	447,84	548,27	750,98	949,95	1.357,10	1.764,21	
49 a 53	296,56	358,94	452,58	515,02	630,51	863,63	1.092,44	1.560,67	2.028,84	
54 a 58	370,70	448,68	565,73	643,78	788,14	1.079,54	1.365,55	1.950,84	2.536,05	
59 ou +	631,50	764,40	963,84	1.096,80	1.342,74	1.839,12	2.326,44	3.323,58	4.320,60	
DENTAL	OPCIONAL	OPCIONAL	OPCIONAL	OPCIONAL	Incluso D. I	Incluso D. II	Incluso D. II	Incluso D. II	Incluso D. II	
Resgate	OPCIONAL	OPCIONAL	OPCIONAL	OPCIONAL	OPCIONAL	INCLUSO	INCLUSO	INCLUSO	INCLUSO	
Multiviagem	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	INCLUSO	INCLUSO	INCLUSO	INCLUSO	INCLUSO	
Abrangência	NACIONAL	NACIONAL	NACIONAL	NACIONAL	NACIONAL	NACIONAL	NACIONAL	NACIONAL	NACIONAL	
<b>ADITIVOS DE REDUÇÃO DE CARÊNCIAS, (249 = Sem Plano), (250 = Menos 1 ano), (251 = Mais de 1 ano)</b>							Padrão	249	250	251
Carência- Consulta eletiva em consultório, clínica ou centro médico							30	1ºpg	1ºpg	1ºpg
Carência- Exames e procedimentos terapêuticos ambulatoriais básicos							30	1ºpg	1ºpg	1ºpg
Carência- Exames e procedimentos Especiais, realizados em regime ambulatorial, relacionados na cláusula contratual.							180	90	30	30
A	Exames de endoscopia digestiva, respiratória e urológica						180	90	30	30
B	Exames de ultra-sonografia						180	90	60	30
C	Tomografia, Neuroradiologia, angiografia, coronariografias, mielografias, radiologia intervencionista e ressonância magnética						180	180	90	30
D	Exames de hemodinâmica, cardiovasculares em medicina nuclear diagnóstica e imunocintilografia						180	180	150	90
E	Procedimentos terapêuticos endoscópicos digestivos, respiratórios e urológicos						180	90	30	30
F	Hemodinâmica terapêutica e angioplastias ( não relacionadas às doenças pré-existentes )						180	180	150	90
G	Quimioterapia e radioterapia ( não relacionadas às doenças pré-existentes )						180	180	180	180
H	Procedimentos para litotripsias						180	180	150	120
I	Videolaparoscopia e procedimentos videoassistidos com finalidade terapêutico / diagnóstica ambulatorial						180	180	120	90
J	Artroscopia						180	90	90	30
K	Diálise e hemodiálise ( não relacionadas às doenças pré-existentes )						180	180	150	90
L	Hemoterapia						180	90	60	30
M	Tratamento Hiperbárico						180	180	90	30
N	Cirurgias em regime Day Hospital ( não relacionadas às doenças pré-existentes )						180	180	120	60
Carência - Internações em geral ( não relacionadas às doenças pré-existentes )							180	180	150	90
Carência - internação para obstetrícia e neonatologia							300	300	300	300
<b>Vigência da CPT - Cobertura Parcial Temporária para doenças pré-existentes</b>							Padrão	249	250	251
* Sujeitas á CPT as internações cirurgicas, leitos de alta tecnologia ( UTI, CTI, Unid. Neonatal ) ou procedimentos de alta complexidade							24 M	18 M	15 M	12 M
Obesidade mórbida, transplante, cirurg de refração, diálise e hemodiálise, neurocirurgia, cirurgias ortopédicas p/ hérnia de disco, desvios de coluna e de articulações, quimioterapia e radioterapia e uso de próteses, órteses e material de osteossintese							24 M	24 M	24 M	24 M
REDE ESPECIAL ( H.Paulistano, Total Care, Total Cor, Metropolitan, Amil Resgate ) Exames e procedimentos p/ doenças pré-existentes								60 D	30 D	30 D
# AMIL RESGATE = 10,50 POR BENEFICIÁRIO ( Quando não tiver incluso )					ATENDIMENTO AO CLIENTE		TAXA DE INSCRIÇÃO			
# AMIL DENTAL I = 37,40 Individual = 28,60 por beneficiário no plano Familiar					0800.021.2583 0800.021.2662		R\$ 15,00			
# MULTIVIAGEM = Pode ser contratado a parte, R\$ 10,00 por usuário					ATENDIMENTO AO CORRETOR		3363.1234 - 3363.1397			