

MANUAL DE VENDAS

AMIL



ANS - nº 32.630-5

ANS - nº 11.742-4

Amil

Affix
ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS

PLANO DE SAÚDE AMIL

CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE COLETIVO POR ADESAO

Administradora de Benefícios / Contratante: Affix Administradora de Benefícios.
- Plano com segmentação: ambulatorial + hospitalar com obstetrícia + odontologia (opcional).
- Todas as coberturas da Lei nº 9.656/98.

TABELA A

PLANO		AMIL 400		AMIL 500	AMIL 700
		COM COPARTICIPAÇÃO			
ACOMODAÇÃO	ENFERMARIA	APARTAMENTO	APARTAMENTO	APARTAMENTO	APARTAMENTO
CÓDIGO ANS	472.929.143	472.931.145	472.933.141	472.830.141	
FAIXA ETÁRIA	0 a 18 anos	R\$ 335,64	R\$ 381,60	R\$ 416,29	R\$ 524,08
	19 a 23 anos	R\$ 419,56	R\$ 477,00	R\$ 520,36	R\$ 655,11
	24 a 28 anos	R\$ 524,45	R\$ 596,25	R\$ 650,45	R\$ 818,88
	29 a 33 anos	R\$ 576,89	R\$ 655,88	R\$ 715,49	R\$ 900,77
	34 a 38 anos	R\$ 605,73	R\$ 688,68	R\$ 751,26	R\$ 945,82
	39 a 43 anos	R\$ 666,31	R\$ 757,55	R\$ 826,40	R\$ 1.040,40
	44 a 48 anos	R\$ 832,89	R\$ 946,94	R\$ 1.033,01	R\$ 1.300,51
	49 a 53 anos	R\$ 916,18	R\$ 1.041,62	R\$ 1.136,31	R\$ 1.430,55
	54 a 58 anos	R\$ 1.145,23	R\$ 1.302,02	R\$ 1.420,39	R\$ 1.788,19
	+ de 59 anos	R\$ 2.004,14	R\$ 2.278,55	R\$ 2.485,69	R\$ 3.129,33

PLANO		AMIL 400		AMIL 500	AMIL 700	AMIL REFERÊNCIA
		SEM COPARTICIPAÇÃO				
ACOMODAÇÃO	ENFERMARIA	APARTAMENTO	APARTAMENTO	APARTAMENTO	ENFERMARIA	
CÓDIGO ANS	472.930.147	472.932.143	472.828.149	472.831.149	466.034.110	
FAIXA ETÁRIA	0 a 18 anos	R\$ 394,87	R\$ 448,94	R\$ 489,75	R\$ 616,56	R\$ 708,74
	19 a 23 anos	R\$ 493,58	R\$ 561,18	R\$ 612,19	R\$ 770,70	R\$ 885,93
	24 a 28 anos	R\$ 616,98	R\$ 701,48	R\$ 765,24	R\$ 963,38	R\$ 1.107,42
	29 a 33 anos	R\$ 678,68	R\$ 771,62	R\$ 841,76	R\$ 1.059,71	R\$ 1.218,15
	34 a 38 anos	R\$ 712,61	R\$ 810,21	R\$ 883,85	R\$ 1.112,71	R\$ 1.279,06
	39 a 43 anos	R\$ 783,87	R\$ 891,24	R\$ 972,21	R\$ 1.223,98	R\$ 1.406,96
	44 a 48 anos	R\$ 979,83	R\$ 1.114,05	R\$ 1.215,27	R\$ 1.529,98	R\$ 1.758,70
	49 a 53 anos	R\$ 1.077,83	R\$ 1.225,45	R\$ 1.336,80	R\$ 1.682,96	R\$ 1.934,58
	54 a 58 anos	R\$ 1.347,30	R\$ 1.531,82	R\$ 1.671,00	R\$ 2.103,70	R\$ 2.418,23
	+ de 59 anos	R\$ 2.357,77	R\$ 2.680,69	R\$ 2.924,24	R\$ 3.681,49	R\$ 4.231,90

PLANO ODONTOLÓGICO

DENTAL 200 R DOC	DENTAL WIN PRÓTESE	DENTAL WIN ORTODONTIA
CÓDIGO ANS 474.620.151	CÓDIGO ANS 479.134.177	CÓDIGO ANS 479.136.173
R\$ 32,88	R\$ 115,00	R\$ 147,00

VIGÊNCIA

ADESAO	VIGÊNCIA	VENCIMENTO
De 01 a 15	Dia 01 do mês subsequente	Todo dia 01
De 16 a 31	Dia 15 do mês subsequente	Todo dia 15

TABELA DE COPARTICIPAÇÃO

PROCEDIMENTOS	AMIL 400			AMIL 500			AMIL 700		
	COPARTICIPAÇÃO	LIMITE AVULSO	LIMITE MENSAL	COPARTICIPAÇÃO	LIMITE AVULSO	LIMITE MENSAL	COPARTICIPAÇÃO	LIMITE AVULSO	LIMITE MENSAL
Consulta eletiva e clínicas	30%	R\$ 20,00	-	30%	R\$ 25,00	-	30%	R\$ 35,00	-
Consulta hospitalar - PS	30%	R\$ 40,00	-	30%	R\$ 50,00	-	30%	R\$ 70,00	-
Exames básicos	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	-
Procedimentos básicos	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	-
Psicoterapia	30%	R\$ 20,00	-	30%	R\$ 25,00	-	30%	R\$ 35,00	-
Fonoaudiologia	30%	R\$ 20,00	-	30%	R\$ 25,00	-	30%	R\$ 35,00	-
Fisioterapia	30%	R\$ 20,00	-	30%	R\$ 25,00	-	30%	R\$ 35,00	-
Nutrição	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
Radioterapia	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
Internação	R\$ 200,00	N-A	N-A	R\$ 250,00	N-A	N-A	R\$ 350,00	N-A	N-A

REEMBOLSO

TABELA DE MÚLTIPLOS REEMBOLSO			
GRUPO DE BENEFÍCIOS	AMIL 400	AMIL 500	AMIL 700
Consultas	R\$ 105,00	R\$ 140,00	R\$ 210,00

DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA

TITULAR

- Proposta de Adesão da Affix + Ficha Associativa;
- Cópia RG e CPF;
- Cópia do Cartão Nacional de Saúde;
- Cópia da Certidão de Nascimento válida para titular com até 13 anos;
- Cópia do comprovante de residência atual (últimos 90 dias).
- Em caso de titular estudante, obrigatório documentação do responsável legal.

DEPENDENTES

Cônjuge

- Cópia de Certidão de Casamento + Cópia RG e CPF;
- Cópia do Cartão Nacional de Saúde.

Companheiro(a)

- Declaração comprovada da união estável por meio de declaração pública de união estável (realizada em cartório de títulos e documentos).
- Cópia do RG e CPF;
- Cópia do Cartão Nacional de Saúde.

Filho(a) solteiro(a), com até 23 anos e 11 meses e 29 dias.

- Cópia da Certidão de Nascimento + RG e CPF obrigatório para beneficiários com idade a partir de 14 anos;
- Cópia do Cartão Nacional de Saúde.

Filho(a) inválido(a) de qualquer idade e declarado no Imposto de Renda do Titular

- Cópia da Certidão de Nascimento + RG e CPF obrigatório para beneficiários com idade a partir de 14 anos;
- Cópia do Cartão Nacional de Saúde;
- Cópia da autenticada do atestado de Invalidez emitido pelo INSS.
- Cópia da declaração do Imposto de Renda do titular.

Menor sob Guarda ou Tutela do beneficiário titular

- Cópia da Certidão de Nascimento + RG e CPF obrigatório para beneficiários com idade a partir de 14 anos;
- Cópia do Cartão Nacional de Saúde;
- Cópia da Tutela ou do “Termo de Guarda” expedida por órgão oficial;

OBS.: Caso a adoção seja extinta cabe a Operadora o direito de exclusão do dependente.

ENTEADO(A), com até 23 anos e 11 meses e 29 dias.

Titular casado

- Cópia da Certidão de Nascimento + RG e CPF obrigatório para beneficiários com idade

a partir de 14 anos;

- Cópia do Cartão Nacional de Saúde;
- Cópia de Certidão de Casamento.

Titular companheiro(a)

- Cópia da Certidão de Nascimento + RG e CPF obrigatório para beneficiários com idade a partir de 14 anos;
- Cópia do Cartão Nacional de Saúde;
- Declaração comprovada da união estável por meio de declaração pública de união estável (realizada em cartório de títulos e documentos).

ATENÇÃO: TODOS OS PROPONENTES TITULARES E/OU SEU(S) DEPENDENTE(S) DEVERÃO APRESENTAR CÓPIA DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS).

A Administradora de Benefícios/Contratante poderá requisitar a qualquer momento outros documentos aqui não especificados, a fim de comprovar as informações prestadas na Proposta.

ÁREA DE ABRANGÊNCIA

Atendimento Nacional.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Os preços e a rede médica credenciada estão sujeitos a alterações por parte da operadora.
- Proposta sujeita a análise técnica.
- Este material contém informações resumidas prevalecendo as condições do contrato de adesão.
- Material de uso interno destinado exclusivamente aos consultores.
- Contém linguagem técnica e informações resumidas, sujeitas a alterações por força de Lei e de Normas Regulamentadoras da ANS, bem como as regras contratuais estabelecidas com a Operadora.
- Mês do reajuste anual: **MAIO**.
- A solicitação de transferência do plano poderá ser realizada sempre no mês de **MAIO**, de acordo com o cronograma de movimentação, mediante a prévia autorização da operadora. A alteração do plano somente ocorrerá quando solicitada pelo beneficiário titular e acarretará na transferência de todos os seus beneficiários dependentes. A transferência para planos com categoria de rede e acomodação superiores acarretará no cumprimento de 180 (cento e oitenta) dias de carências a cumprir.

TABELA DE REDUÇÃO DE CARÊNCIAS

- ☐ **PRC 413**
- Válido para clientes de quaisquer categorias, sem plano prévio ou oriundos de quaisquer operadoras, sem restrição de tempo mínimo de permanência nas mesmas.
- ☐ **PRC 128**
- Válido para clientes de quaisquer categorias, com permanência acima de 3 (três) meses até 11 (onze) meses e 29 (vinte e nove) dias em planos de quaisquer operadoras.
- ☐ **PRC 129**
- Válido para clientes de quaisquer categorias, com permanência acima de 12 (doze) meses em planos de quaisquer operadoras.
- ☐ **PRC 398**
- Válido para clientes de quaisquer categorias, exceto clientes cadastrados nas entidades classificadas na tabela aberta, com permanência acima de 12 (doze) meses em planos de operadoras congêneres. Listagem de congêneres disponível no site www.amil.com.br na área "Informações complementares aos nossos contratos".

GRUPO DE BENEFÍCIOS	CARÊNCIA CONTRATUAL	PRC 413	PRC 128	PRC 129	PRC 398
Carência – consulta eletiva em consultório, clínica ou centro médico.	30 dias	1 dia	1 dia	1 dia	0
Carência – exames e procedimentos terapêuticos ambulatoriais básicos.	30 dias	1 dia	1 dia	1 dia	0
Carência – exames e procedimentos especiais, realizados em regime ambulatorial, relacionados na cláusula contratual, exceto os especificados abaixo:	180 dias	90 dias	30 dias	30 dias	0
a) Exames de endoscopia digestiva, respiratória e urológica;	180 dias	90 dias	30 dias	30 dias	0
b) Exames de ultrassonografia;	180 dias	90 dias	60 dias	30 dias	0
c) Exames radiológicos de tomografia computadorizada, de neurorradiologia, angiografia, coronariografia, mielografia, radiologia intervencionista e exames de ressonância magnética;	180 dias	180 dias	90 dias	30 dias	0
d) Exames de hemodinâmica, cardiovasculares em medicina nuclear diagnóstica e imunocintilografia;	180 dias	180 dias	150 dias	60 dias	0
e) Procedimentos terapêuticos endoscópicos digestivos, respiratórios e urológicos;	180 dias	90 dias	30 dias	30 dias	0
f) Hemodinâmica terapêutica e angioplastias;	180 dias	180 dias	150 dias	60 dias	0
g) Quimioterapia e radioterapia;	180 dias	180 dias	180 dias	90 dias	0
h) Procedimentos para litotripsia;	180 dias	180 dias	150 dias	60 dias	0
i) Videolaparoscopia e procedimentos videoassistidos com finalidade terapêutico-diagnóstica ambulatorial;	180 dias	180 dias	120 dias	60 dias	0
j) Artroscopia;	180 dias	90 dias	90 dias	60 dias	0
k) Diálise ou hemodiálise;	180 dias	180 dias	150 dias	60 dias	0
l) Hemoterapia;	180 dias	90 dias	60 dias	30 dias	0
m) Cirurgias em regime de Day Hospital;	180 dias	180 dias	120 dias	60 dias	0
Carência – internações em geral (não relacionadas às doenças preexistentes).	180 dias	180 dias	150 dias	60 dias	0
Carência – trabalho de parto a termo	300 dias	300 dias	300 dias	300 dias	300 dias

VIGÊNCIA DA CPT - COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA - PARA DOENÇAS PREEXISTENTES	CPT PADRÃO	CPT PRC	CPT PRC	CPT PRC	CPT PRC
Estarão sujeitos à CPT as internações cirúrgicas, os leitos de alta tecnologia (UTI, CTI, Unidades Neonatal, Coronariana ou Semi-intensiva) ou os procedimentos de alta complexidade para doenças preexistentes, identificados no Rol de Procedimentos da ANS - RN 338.	24 meses	24 meses	18 meses	15 meses	9 meses
Não haverá redução dos prazos para os casos de cirurgia bariátrica em obesidade mórbida, transplante, cirurgia de refração, diálise e hemodiálise, neurocirurgia, cirurgia ortopédica para hérnia de disco, desvios de coluna e de articulações, quimioterapia e radioterapia e uso de próteses, órteses e material de osteossíntese.	24 meses	24 meses	24 meses	24 meses	24 meses

DOCUMENTAÇÃO OBRIGATÓRIA

1. Anexar últimos 3 boletos devidamente quitados (sendo o último há menos de 30 dias) e cópia do cartão de identificação e/ou declaração de tempo de permanência da operadora anterior (atualizada e original);
2. Não serão aceitos comprovantes de planos anteriores na modalidade "Ambulatorial", "Pós-Pagamento" ou "Custo Operacional";
3. A opção de plano com acomodação superior (apartamento) contabilizará carência de 180 (cento e oitenta) dias para utilização do benefício, a partir da vigência do contrato;

FIXE!

APLICATIVO
AFFIX CLIENTE.

Corretor, fazemos de tudo para facilitar a vida dos nossos clientes.

2ª VIA DE BOLETO
Recebimento por e-mail ou cópia do código de barras.

BOLETO DIGITAL
Recebimento mensal do código de barras por e-mail e SMS.

REDE CREDENCIADA
Contato da Central de Atendimento da operadora.

EXTRATO DE COPARTICIPAÇÃO
Por período.

ENDEREÇOS
Comercial e Residencial sempre atualizados.

2ª VIA DE CARTÃO
Nova via do plano médico ou odontológico.

DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO
Por ano.

CONSULTAR DADOS
Informações completas e detalhadas do plano do titular e dependentes.

CARÊNCIAS
Do titular e dependentes.

Disponível nas lojas.

DISPONÍVEL NO
Google Play

Disponível na
App Store