

## AMIL SAÚDE PARA EMPRESAS

Tabelas 02 a 29 vidas

### **Amil Saúde 400, 500, 700 para 02 a 29 vidas**

**AMIL SAÚDE PARA EMPRESAS  
QUEM PODE SER DEPENDENTE = DEPENDENTES LEGAIS  
ATÉ O TERCEIRO GRAU DE PARENTESCO LIMITADOS ATÉ 58  
ANOS  
PAI, MÃE, IRMÃO, TIO, SOBRINHO, FILHOS, ESPOSO, NETO.**

# Plano de Saúde Amil Empresarial ou PME

O Amil Empresarial é um plano de saúde com o padrão de qualidade de uma das principais operadoras do mercado. Garanta contratação sem burocracia e com atendimento ágil e preciso para empresas modernas, que valorizam seus colaboradores.

**Amil 400, 500, 700** - Linha de produtos de abrangência nacional, rede credenciada e livre escolha que garante uma excelente relação custo-benefício.

Julho 2016	Amil 400	Amil 400	Amil 500	Amil 700
Faixa Etária	Enfermaria	Apartamento	Apartamento	Apartamento
00 a 18 anos	213,43	242,65	267,79	331,20
19 a 23 anos	266,79	303,31	334,74	414,00
24 a 28 anos	333,49	379,14	418,43	517,50
29 a 33 anos	366,84	417,05	460,27	569,25
34 a 38 anos	385,18	437,90	483,28	597,71
39 a 43 anos	423,70	481,69	531,61	657,48
44 a 48 anos	529,63	602,11	664,51	821,85
49 a 53 anos	582,59	662,32	730,95	904,04
54 a 58 anos	728,24	827,90	913,70	1.130,05
59 a 59 anos	1.274,42	1.448,83	1.598,98	1.977,59

Amil dental R\$ 23,00 por pesso

## Tabela de preços com coparticipação

### 02 a 29 vidas

Julho 2016	Amil 400	Amil 400	Amil 500	Amil 700
Faixa Etária	Enfermaria	Apartamento	Apartamento	Apartamento
00 a 18 anos	181,41	206,25	227,63	281,53
19 a 23 anos	226,76	257,81	284,54	351,91
24 a 28 anos	283,45	322,26	355,68	439,89
29 a 33 anos	311,80	354,49	391,25	483,88
34 a 38 anos	327,39	372,21	410,81	508,07
39 a 43 anos	360,13	409,43	451,89	558,88
44 a 48 anos	450,16	511,79	564,86	698,60
49 a 53 anos	495,18	562,97	621,35	768,46
54 a 58 anos	618,98	703,71	776,69	960,58
59 a 59 anos	1.083,22	1.231,49	1.359,21	1.681,02

**Amil dental R\$ 23,00 por pessoa**

**Plano AMIL**, segmentação assistencial Ambulatorial +Hospitalar com Obstetrícia, rede credenciada do orientador médico REDE NACIONAL com abrangência geográfica nacional definida na proposta contratual, acomodação quarto coletivo ou quarto privativo, com ou sem coparticipação, com ou sem previsão de reembolso para consultas, atendimento em pronto-socorro, exames, procedimentos ambulatoriais, honorários médicos de internação e custos hospitalares de internação.

### **COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS**

A cobertura se dará nos limites do plano escolhido, observando-se, entre outros, a segmentação, a área de abrangência estabelecida no contrato e as disposições previstas no Rol de Procedimentos e suas Diretrizes, editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e vigente à época do evento, sendo certo, ainda, que essa cobertura, desde que realizada nos limites do contrato, é assegurada independentemente do local de origem do evento.

Serão garantidas as coberturas assistenciais dos eventos e procedimentos que necessitem de anestesia, com ou sem a participação de profissional médico anestesiológico, caso haja indicação clínica.

#### **A – Procedimentos ambulatoriais**

– Está compreendida, neste contrato, a cobertura para o atendimento de consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, bem como planejamento familiar, assim definido na Lei nº 11.935/2009 e legislação vigente.

– A cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais:

a) Hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD.

b) Quimioterapia oncológica ambulatorial, como definida no Rol de Procedimentos e suas Diretrizes, editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

- c) Radioterapia, incluindo todos os procedimentos descritos no Rol de Procedimentos e suas Diretrizes, editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e vigente para ambas as: ambulatorial e hospitalar.
- d) Hemoterapia ambulatorial.
- e) Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica no Rol de Procedimentos e suas Diretrizes, editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e vigente à época do evento.
- f) Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais.

### **B – Serviços complementares de diagnóstico e tratamento**

– Os BENEFICIÁRIOS deste contrato terão direito, nos limites dos planos escolhidos e observando-se, entre outros, a segmentação, a área de abrangência estabelecida no contrato e as hipóteses previstas no Rol de Procedimentos e suas Diretrizes, editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e vigente à época do evento, à cobertura para os custos serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente ou cirurgião-dentista devidamente habilitado, desde não se caracterize como internação, observando-se:

– Cobertura para os custos de consultas e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, psicólogo e terapeuta ocupacional, de acordo com o número estabelecido no Rol de Procedimentos e suas Diretrizes, editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) vigente à época do evento.

– Cobertura de psicoterapia, de acordo com o número de sessões estabelecidas no Rol de Procedimentos e suas Diretrizes, editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e vigente, que poderá ser realizada tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado.

– Cobertura de procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e suas Diretrizes, editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e vigente à época do evento, em número ilimitado de sessões por ano, que poderão ser realizadas tanto por fisiatra como por fisioterapeuta.

– Os BENEFICIÁRIOS deste contrato terão direito, ainda, à cobertura para os custos dos procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais que não necessitem de internação e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, unidade de terapia intensiva e unidades similares.

## **CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E HOSPITALAR PESSOA JURÍCA**

### **C – Internações hospitalares**

– A AMIL garante ao BENEFICIÁRIO, desde que solicitado pelo médico assistente, observadas as demais condições deste contrato, aqui incluída a previsão no Rol de Procedimentos e suas Diretrizes, editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), a cobertura para os seguintes serviços hospitalares:

- Para a cobertura nas internações de caráter de urgência e/ou emergência, o **BENEFICIÁRIO** ou seu responsável fará comunicar à **Central de Atendimento AMIL**, no prazo máximo de 2 (dois) dias úteis, as razões da internação, encaminhando também a declaração do médico assistente para apreciação, de acordo com o que estabelece o presente contrato.
- As internações eletivas ou programadas somente terão cobertura quando autorizadas previamente pela **AMIL** até 5 (cinco) dias úteis **ANTES** da data da internação.
- A cobertura de internações hospitalares, conforme padrão de acomodação contratado, sem limites de prazos, valores e quantidades, desde que devidamente justificadas através de relatório médico e com a boa prática médica, em hospitais e clínicas básicas e especializadas, para procedimentos clínicos ou cirúrgicos reconhecidos Conselho Federal de Medicina, incluindo os procedimentos obstétricos e de alta complexidade, na segmentação que inclui previsão obstétrica, relacionados no **Rol de Procedimentos e suas Diretrizes**, editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (**ANS**), que se encontra definido e listado em Resolução Normativa e suas atualizações, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (**ANS**).
- A cobertura de internações hospitalares em centro de terapia intensiva ou similar, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente, desde que devidamente justificadas através de relatório médico e consoante com a boa prática médica.
- Cobertura de cirurgias odontológicas bucomaxilofaciais e procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório que necessitem de ambiente hospitalar por imperativo clínico.
- Cobertura da estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização ambulatorial, que, por imperativo clínico, necessitem de internação hospitalar, incluindo exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação utilizados durante a internação.
- Caracteriza-se o imperativo clínico por atos que se impõem em função das necessidades do **BENEFICIÁRIO**, com vistas à diminuição dos riscos decorrentes de uma intervenção.
- O cirurgião-dentista e o médico assistente deverão justificar a necessidade do suporte hospitalar para a realização do procedimento odontológico, com o objetivo de garantir maior segurança ao paciente, assegurando as condições adequadas para a execução dos procedimentos, assumindo as responsabilidades pelos atos praticados.
- Estão excluídos desta cobertura os honorários do cirurgião-dentista e os materiais odontológicos utilizados na execução destes procedimentos odontológicos

– A cobertura para os seguintes procedimentos, considerado especiais, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar:

- a) Hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD.
- b) Quimioterapia oncológica ambulatorial, como definida no Rol de Procedimentos e suas Diretrizes, editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).
- c) Radioterapia, incluindo todos os procedimentos descritos no Rol de Procedimentos e suas Diretrizes, editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e vigente para ambas as segmentações: ambulatorial e hospitalar.
- d) Hemoterapia.
- e) Nutrição parenteral ou enteral.
- f) Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos no Rol de Procedimentos e suas Diretrizes, editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e vigente à época do evento.
- g) Embolizações listadas no Rol de Procedimentos e suas Diretrizes, editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e vigente à época do evento.
- h) Radiologia intervencionista.
- i) Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos.
- j) Procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e suas Diretrizes, editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e vigente à época do evento.
- k) Acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos aos transplantes cobertos, exceto fornecimento de medicação de manutenção.

– A cobertura de toda e qualquer taxa relacionada ao procedimento médico ocorrerá de acordo com o plano contratado, incluindo materiais utilizados (nacionalizados e reconhecidos pelo órgão governamental competente – Anvisa).

– A cobertura de despesas relativas a um acompanhante, no caso de pacientes menores de 18 (dezoito) anos ou com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, gestantes (durante o trabalho de parto e pós-parto imediato) e os portadores de necessidades especiais, estes últimos mediante indicação do médico assistente.

– Entende-se por despesas de acompanhante a mesma acomodação do paciente e alimentação, quando fornecida pelo hospital e incluída na conta hospitalar.]

– A cobertura das despesas com acompanhante durante o pós-parto imediato se dará por 48h, podendo estender-se por até 10 dias, quando indicado pelo médico assistente.

– A cobertura de exames complementares indispensáveis para diagnóstico e controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, constantes na Resolução Normativa e suas atualizações (Rol de Procedimentos e suas Diretrizes, editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)), fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação.

- Cobertura dos custos de honorários médicos através de utilização de rede credenciada, de acordo com os termos e as condições do contrato.
- Cobertura dos serviços gerais de enfermagem, exceto em caráter particular.
- Cobertura para leitos especiais, monitores e toda a aparelhagem e materiais indispensáveis ao tratamento.
- Custeio com alimentação específica ou normal, fornecida pelo hospital, até a alta hospitalar limitada aos recursos do estabelecimento.
- Cobertura de cirurgia plástica reconstrutiva de mama em que utiliza todos os meios e técnicas necessárias para o tratamento de mutilação decorrente de utilização técnica de tratamento do câncer, abrangendo, inclusive, a mama colateral.
- A cirurgia plástica reparadora terá cobertura contratual quando efetuada, exclusivamente, para restauração total ou parcial de funções em órgãos e membros, seja na lesão decorrente de enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita.
- O **BENEFICIÁRIO** terá o direito à cobertura de próteses, órteses e seus acessórios, nacionalizados e reconhecidos pelo órgão governamental competente (Anvisa), exclusivamente ligados ao ato cirúrgico, utilizados e necessários à realização do ato cirúrgico objeto da cobertura, observando-se os requisitos previstos na cláusula que trata dos mecanismos de regulação
- A cobertura dos custos dos transplantes, previstos no Rol de Procedimentos e suas Diretrizes, editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), bem como as despesas com seus procedimentos vinculados, somente será autorizada na rede credenciada específica descrita no orientador médico AMIL para a realização de transplantes de órgãos. Não haverá nenhuma cobertura para transplante não previsto no Rol de Procedimentos e suas Diretrizes, editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), ou realizado fora da rede credenciada específica.
  
- Entendem-se como despesas a serem cobertas com procedimentos vinculados todas aquelas necessárias à realização do transplante, incluindo:
  - a) As despesas assistenciais com doadores vivos, pré-operatórias e durante a internação para o transplante.
  - b) O custeio dos medicamentos utilizados durante a internação.
  - c) A cobertura com o acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção.
  - d) As despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS.
- Não estão cobertas as despesas relativas à identificação e seleção de doadores.