



COBERTURAS E CARÊNCIAS

samp,

CARÊNCIAS

GRUPO	PROCEDIMENTOS	EXEMPLOS	CARÊNCIAS MÁXIMAS CONTRATO	PRC 1.0 M	PRC 3.0 M	PRC 6.0 M	PRC 12.0 M
1	Consulta Eletiva	Consultas Médicas e não Médicas em Consultórios.	180 dias	ZERO	ZERO	ZERO	ZERO
2	Urgência e Emergência	Consultas de Urgência/Emergência em Hospitais ou Pronto Socorro incluindo os acidentes pessoais.	24 horas	24 horas	24 horas	ZERO	ZERO
3	Exames e Procedimentos Simples	Exames de Análises Clínicas comuns de Sangue (hemograma, Sódio, Potássio, etc); Exames comuns de Urina.	180 dias	ZERO	ZERO	ZERO	ZERO
4	Exames e Procedimentos Especiais	Endoscopia Digestiva Alta; Ressonância Magnética; PET CT; Cintilografia; EcoDoppler; Ecocardiograma; Punções guiadas por agulha para retirada de corpo estranho; Gastrostomia Endoscópica; Ecoendoscopia ou Ultrassonografia Endoscópica.	180 dias	180 dias	120 dias	60 dias	ZERO
5	Terapias (Grupo1)	Fisioterapias e outras terapias em pacientes com necessidades de reabilitações específicas: cardíacas, queimados, pós AVC, neuropatas, amputados.	180 dias	180 dias	180 dias	180 dias	90 dias
6	Terapias (Grupo2)	Quimioterapias; Radioterapias; Hemodiálises; Diálises; Hemoterapias.	180 dias	180 dias	180 dias	180 dias	180 dias
7	Terapias (Grupo3)	Fisioterapias Gerais e inespecíficas como Psicoterapias, Fonoaudiologias, Nutrição e também os Métodos Especiais.	180 dias	180 dias	180 dias	180 dias	180 dias
8	Procedimentos Internação 1	Internações Gerais	180 dias	180 dias	180 dias	120 dias	30 dias
9	Procedimentos Internação 2	Transplantes; Cirurgia Bariátrica; Internações Psiquiátricas; Cirurgias com utilização de Órteses e ou Próteses ligadas ao ato cirúrgico.	180 dias	180 dias	180 dias	180 dias	180 dias
10	Procedimentos Internação 3	Parto a termo	300 dias	300 dias	300 dias	300 dias	300 dias

COPARTICIPAÇÃO

GRUPO	PROCEDIMENTOS	PRODUTOS REGIONAIS	NACIONAL
1	Consulta Eletiva	R\$ 20,00	30% com limitador de R\$ 60,00
2	Consulta em Hospital (PS)	R\$ 25,00	30% com limitador de R\$ 80,00
3	Exames/Procedimentos Simples	30% com limitador de R\$ 40,00	30% com limitador de R\$ 100,00
4	Exames/Procedimentos Especiais	30% com limitador de R\$ 100,00	30% com limitador de R\$ 150,00
5	Terapias (Grupo1)	30% com limitador de R\$ 50,00	30% com limitador de R\$ 120,00
6	Terapias (Grupo2)	Isento	Isento
7	Terapias (Grupo3)	40% com limitador de R\$ 150,00	40% com limitador de R\$ 200,00
8	Internação	Isento	Isento

Os valores de coparticipação serão reajustados anualmente, na mesma ocasião da aplicação do reajuste anual.
O limitador do Grupo é por procedimento.

Política de coparticipação válida para os produtos Individuais/Familiares e PME direto.

EXEMPLOS DE COPARTICIPAÇÃO

CÓDIGO TUSS	GRUPO	PROCEDIMENTO	CUSTO MÉDIO
40301150	3	ÁCIDO ÚRICO	R\$ 2,61
40301281	3	AMILASE	R\$ 3,52
40310060	3	BACTERIOSCOPIA	R\$ 3,55
40305759	3	BHCG	R\$ 14,53
40301400	3	CÁLCIO	R\$ 2,70
40601137	3	CITOPATOLÓGICO (PREVENÇÃO)	R\$ 24,14
40301583	3	COLESTEROL HDL	R\$ 5,49
40301591	3	COLESTEROL LDL	R\$ 7,08
40301605	3	COLESTEROL TOTAL	R\$ 2,57
40302695	3	COLESTEROL VLDL	R\$ 5,46
40201082	4	COLONOSCOPIA	R\$ 311,17
40301630	3	CREATININA	R\$ 2,65
40310124	3	CULTURA GERAL	R\$ 18,55
40808130	4	DENSITOMETRIA ÓSSEA	R\$ 116,06
20103182	5	DESVIOS POSTURAIIS DA COLUNA VERTEBRAL	R\$ 36,31
40901106	4	ECOCARDIOGRAMA C/ DOPPLER	R\$ 158,78
40101010	3	ELETROCARDIOGRAMA	R\$ 21,85
23990010	4	ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA	R\$ 225,62
40301842	3	FERRO SÉRICO	R\$ 3,30
40302040	3	GLICOSE	R\$ 2,51
40304299	3	GRUPO SANGUÍNEO	R\$ 3,26
40304361	3	HEMOGRAMA	R\$ 5,62
40808033	3	MAMOGRAFIA*	R\$ 77,89
40303110	3	PARASITOLÓGICOS DE FEZES	R\$ 3,70
20103476	5	PATOLOGIA NEUROLOGICA COM DEPENDÊNCIA DE ATIVIDADES DA VIDA DIÁRIA	R\$ 36,11
41101014	4	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE CRÂNIO	R\$ 420,18
20103689	5	RETARDO DO DESENVOLVIMENTO PSICOMOTOR	R\$ 85,87
40311210	3	ROTINA DE URINA	R\$ 3,75
40802051	3	RX COLUNA LOMBO-SACRA*	R\$ 26,29
40801063	3	RX SEIOS DA FACE*	R\$ 22,88
40805018	3	RX TORAX PA*	R\$ 20,44
20104219	7	SESSAO DE PSICOTERAPIA INDIVIDUAL	R\$ 36,38
50000616	7	SESSÃO INDIVIDUAL AMBULATORIAL DE FONOAUDIOLOGIA	R\$ 32,72
20102011	4	SISTEMA HOLTER (24 HORAS)	R\$ 103,80
40302423	3	SÓDIO	R\$ 2,99
40101045	4	TESTE ERGOMÉTRICO	R\$ 86,10
41001010	4	TOMOGRAFIA COMPUT. DE CRÂNIO	R\$ 255,28
40302547	3	TRIGLICERÍDIOS	R\$ 3,56
40316521	4	TSH	R\$ 15,47
40901238	3	ULTRASSOM OBSTÉTRICA*	R\$ 54,39
40901300	3	ULTRASSOM PÉLVICA* (VIA TRANSVAGINAL)	R\$ 59,01
40302580	3	UREIA	R\$ 2,78
40304370	3	VHS	R\$ 2,25

VALOR MÉDIO PAGO PELO BENEFICIÁRIO

AMBULATORIAL E DEMAIS PRODUTOS PF E PJ	NACIONAL E EXECUTIVO NACIONAL
R\$ 0,78	R\$ 0,78
R\$ 1,05	R\$ 1,05
R\$ 1,06	R\$ 1,06
R\$ 4,36	R\$ 4,36
R\$ 0,81	R\$ 0,81
R\$ 7,24	R\$ 7,24
R\$ 1,65	R\$ 1,65
R\$ 2,12	R\$ 2,12
R\$ 0,77	R\$ 0,77
R\$ 1,64	R\$ 1,64
R\$ 93,35	R\$ 93,35
R\$ 0,80	R\$ 0,80
R\$ 5,57	R\$ 5,57
R\$ 34,82	R\$ 34,82
R\$ 10,89	R\$ 10,89
R\$ 47,63	R\$ 47,63
R\$ 6,55	R\$ 6,55
R\$ 67,69	R\$ 67,69
R\$ 0,99	R\$ 0,99
R\$ 0,75	R\$ 0,75
R\$ 0,98	R\$ 0,98
R\$ 1,69	R\$ 1,69
R\$ 23,27	R\$ 23,27
R\$ 1,11	R\$ 1,11
R\$ 10,83	R\$ 10,83
R\$ 100,00	R\$ 126,05
R\$ 25,76	R\$ 25,76
R\$ 1,13	R\$ 1,13
R\$ 7,89	R\$ 7,89
R\$ 6,86	R\$ 6,86
R\$ 6,13	R\$ 6,13
R\$ 14,55	R\$ 14,55
R\$ 13,09	R\$ 13,09
R\$ 31,14	R\$ 31,14
R\$ 0,90	R\$ 0,90
R\$ 25,83	R\$ 25,83
R\$ 76,58	R\$ 76,58
R\$ 1,07	R\$ 1,07
R\$ 4,64	R\$ 4,64
R\$ 16,32	R\$ 16,32
R\$ 17,70	R\$ 17,70
R\$ 0,83	R\$ 0,83
R\$ 0,67	R\$ 0,67

OBS: *Não incluso filme + contraste + taxas.

Valores meramente ilustrativos, com o objetivo de exemplificar os preços de coparticipação para clientes.

Baseado no valor pago ao prestador o qual pode sofrer alterações sem aviso prévio.