

MANUAL DO CORRETOR

HAPVIDA
MACEIÓ



ANS - nº 42.025-5



ANS nº 368253



ANS nº 359017



PLANO DE SAÚDE HAPVIDA

CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE COLETIVO POR ADESÃO

Administradora de benefícios/contratante
Alter Administradora de Benefícios Ltda.

Todas as coberturas da lei nº 9.656/98

TABELA

PRODUTO	NOSSO PLANO A CA MUN CC QC 207	NOSSO PLANO AHO CA MUN ENF CC QC 166	NOSSO PLANO AHO CA MUN APT CC QC 188	NOSSO PLANO A CA MUN CC QC 207	NOSSO PLANO AHO CA MUN ENF CC QC 166	NOSSO PLANO AHO CA MUN APT CC QC 188
SEGMENTAÇÃO	Ambulatorial	Amb + Hosp + Obst	Amb + Hosp + Obst	Ambulatorial	Amb + Hosp + Obst	Amb + Hosp + Obst
COPARTICIPAÇÃO	Total	Total	Total	Parcial	Parcial	Parcial
ACOMODAÇÃO	Indisponível	Enfermaria	Apartamento	Indisponível	Enfermaria	Apartamento
CÓDIGO ANS	485.741/20-1	485.699/20-6	485.711/20-9	485.741/20-1	485.699/20-6	485.711/20-9
0 A 18 ANOS	R\$ 110,85	R\$ 184,55	R\$ 275,10	R\$ 187,26	R\$ 251,57	R\$ 375,65
19 A 23 ANOS	R\$ 145,57	R\$ 242,53	R\$ 362,05	R\$ 246,66	R\$ 330,99	R\$ 494,79
24 A 28 ANOS	R\$ 165,77	R\$ 278,41	R\$ 415,85	R\$ 281,21	R\$ 380,12	R\$ 568,50
29 A 33 ANOS	R\$ 184,76	R\$ 311,41	R\$ 465,35	R\$ 313,72	R\$ 425,34	R\$ 636,31
34 A 38 ANOS	R\$ 194,37	R\$ 326,81	R\$ 488,45	R\$ 330,17	R\$ 446,44	R\$ 667,96
39 A 43 ANOS	R\$ 218,06	R\$ 368,85	R\$ 551,51	R\$ 370,69	R\$ 504,04	R\$ 754,35
44 A 48 ANOS	R\$ 266,36	R\$ 449,26	R\$ 672,11	R\$ 453,34	R\$ 614,19	R\$ 919,57
49 A 53 ANOS	R\$ 368,92	R\$ 618,69	R\$ 926,23	R\$ 628,83	R\$ 846,30	R\$ 1.267,73
54 A 58 ANOS	R\$ 496,87	R\$ 834,06	R\$ 1.249,23	R\$ 847,74	R\$ 1.141,32	R\$ 1.710,25
59 ANOS OU +	R\$ 644,92	R\$ 1.083,26	R\$ 1.622,99	R\$ 1.101,05	R\$ 1.482,70	R\$ 2.222,32

PROTEÇÃO ODONTOLÓGICA CA - 485.365/20-2

PRODUTO	NOSSO PLANO A CA MUN CC QC 207	NOSSO PLANO AHO CA MUN ENF CC QC 166	NOSSO PLANO AHO CA MUN APT CC QC 188	NOSSO PLANO A CA MUN CC QC 207	NOSSO PLANO AHO CA MUN ENF CC QC 166	NOSSO PLANO AHO CA MUN APT CC QC 188
SEGMENTAÇÃO	Ambulatorial	Amb + Hosp + Obst	Amb + Hosp + Obst	Ambulatorial	Amb + Hosp + Obst	Amb + Hosp + Obst
COPARTICIPAÇÃO	Total	Total	Total	Parcial	Parcial	Parcial
ACOMODAÇÃO	Indisponível	Enfermaria	Apartamento	Indisponível	Enfermaria	Apartamento
CÓDIGO ANS	485.741/20-1	485.699/20-6	485.711/20-9	485.741/20-1	485.699/20-6	485.711/20-9
0 A 18 ANOS	R\$ 111,73	R\$ 185,43	R\$ 275,98	R\$ 188,14	R\$ 252,45	R\$ 376,53
19 A 23 ANOS	R\$ 147,82	R\$ 244,77	R\$ 364,29	R\$ 248,92	R\$ 333,23	R\$ 497,02
24 A 28 ANOS	R\$ 168,81	R\$ 281,49	R\$ 418,94	R\$ 284,27	R\$ 383,21	R\$ 571,58
29 A 33 ANOS	R\$ 188,56	R\$ 315,26	R\$ 469,22	R\$ 317,52	R\$ 429,20	R\$ 640,16
34 A 38 ANOS	R\$ 198,55	R\$ 331,02	R\$ 492,68	R\$ 334,35	R\$ 450,67	R\$ 672,17
39 A 43 ANOS	R\$ 223,18	R\$ 374,05	R\$ 556,72	R\$ 375,80	R\$ 509,26	R\$ 759,55
44 A 48 ANOS	R\$ 273,39	R\$ 456,34	R\$ 679,20	R\$ 460,36	R\$ 621,29	R\$ 926,66
49 A 53 ANOS	R\$ 380,01	R\$ 629,75	R\$ 937,30	R\$ 639,90	R\$ 857,38	R\$ 1.278,79
54 A 58 ANOS	R\$ 513,01	R\$ 850,17	R\$ 1.265,35	R\$ 863,87	R\$ 1.157,46	R\$ 1.726,37
59 ANOS OU +	R\$ 666,92	R\$ 1.105,22	R\$ 1.644,96	R\$ 1.123,03	R\$ 1.504,69	R\$ 2.244,27

TABELA SEM ODONTO

TABELA DE COPARTICIPAÇÃO

PROCEDIMENTOS	COPARTICIPAÇÃO TOTAL	COPARTICIPAÇÃO PARCIAL
Consultas Eletivas	Valor fixo R\$ 26,14	Isento
Consultas de Urgência	Valor fixo R\$ 36,60	Isento
Exames Simples	30% Limitado a R\$ 26,14	Isento
Exames Complexos	30% Limitado a R\$ 156,83	Isento
Terapias	50% Limitado a R\$ 63,98	50% Limitado a R\$ 63,98
Internações	Isento	Isento

Obs: cobrança de coparticipação por procedimento realizado.

QUEM PODE ADERIR

AFPU - ASSOCIAÇÃO DE APOIO E ASSISTÊNCIA AO FUNCIONALISMO PÚBLICO

Todos os servidores públicos: (Federal, Estadual e Municipal), Funcionários da Indústria e Funcionários do Comércio.

- Termo de posse (para funcionários públicos), holerites, CTPS e contrato de trabalho.

Taxa: R\$ 5,00 por mês.

FNEL - FEDERAÇÃO NACIONAL DOS ESTUDANTES LIVRES

Estudantes do ensino infantil, fundamental, médio, graduação e pós-graduação do ensino superior do Brasil. Serão aceitos beneficiários a partir de 5 anos de idade, desde que seja comprovada a elegibilidade.

- Comprovante de matrícula ou comprovante da mensalidade quitado ou declaração de escolaridade, em papel timbrado com carimbo do CNPJ, e assinado pela instituição (últimos 60 dias) + ficha associativa à FNEL devidamente assinada.

Taxa: R\$ 10,00 por mês.

FETRABRAS/FETRACESP - FEDERAÇÃO NACIONAL DOS TRABALHADORES COOPERADOS

Profissionais liberais e profissionais autônomos.

Taxa: R\$ 10,00 por mês.

ANSP - ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS SERVIDORES PÚBLICOS

Todos os servidores públicos: (Federal, Estadual e Municipal).

- Cópia do contracheque atual + declaração de filiação devidamente assinada e datada ou cópia do cartão de associado.

Taxa: R\$ 10,00 por mês.

UNIPRO - ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL DOS PROFISSIONAIS LIBERAIS

Administrador, Advogado, Arquiteto, Assistente Social, Biólogo, Biomédico, Dentista, Contabilista, Economista, Educador Físico, Engenheiro, Enfermeiro, Farmacêutico, Fisioterapeuta, Médico, Nutricionista, Psicólogo e Veterinário.

- Cópia do diploma (frente e verso) ou cópia do Registro de Inscrição no Conselho de Classe de sua respectiva categoria profissional + declaração de filiação à UNIPRO, devidamente assinada e datada, ou cópia do cartão de associado.

Taxa: R\$ 5,00 por mês.

ÁREA DE ABRANGÊNCIA

AL – Maceió.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- A venda será considerada administrativa para beneficiários acima de 64 anos, 11 meses e 29 dias.
- A venda também será considerada administrativa para ex-beneficiários do contrato Hapvida com retorno anterior há 90 (noventa) dias do cancelamento.
- Reajuste anual: **FEVEREIRO 2025**.

VIGÊNCIA

VIGÊNCIA	VENCIMENTO
Dia 01	Todo dia 01
Dia 10	Todo dia 10
Dia 20	Todo dia 20

CARÊNCIAS CONTRATUAIS

CONTADAS A PARTIR DO INÍCIO DA VIGÊNCIA DO BENEFÍCIO

PLANO SAÚDE

PROCEDIMENTOS	CARÊNCIA MÉDICA
Atendimentos decorrentes de acidentes pessoais, ocorridos comprovadamente a partir da vigência do Contrato, sendo que as demais condições de atendimento para urgência/emergência estão detalhadas na cláusula 5.1, em conformidade com a CONSU Nº 13/98.	24 horas
Cobertura de consultas médicas e exames laboratoriais simples (exceto Imunológicos, Hormonais e de Alta Complexidade (PAC – Procedimentos de Alta Complexidade, na definição estabelecida no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS), Raio-X simples (Radiografia não contrastada) e Eletrocardiograma (ECG).	Isenção
Cobertura dos seguintes procedimentos, desde que não sejam de Alta Complexidade (PAC – Procedimentos de Alta Complexidade, na definição estabelecida no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS): Exames Cardiológicos simples: Teste Ergométrico, Holter, Ecocardiograma Convencional; Exames Otorrinolaringológicos simples: Audiometrias e Impedanciometria, Pesquisa de Potencial Evocado (BERA); Exames de Raio-X Contrastado; Exames de Ultrassonografia (exceto endoscópicos); Mamografia Convencional e Densitometria Óssea; Exames oftalmológicos simples: Curva Tensional, Tonometria, Campimetria e Mapeamento de retina.	90 dias
Cobertura dos seguintes procedimentos, desde que não estejam relacionados à(s) patologia(s) para a(s) qual(is) o beneficiário cumpre Cobertura Parcial Temporária - CPT: Cirurgias ambulatoriais; Internação Hospitalar, clínica, cirúrgica ou obstétrica; Internações em leitos de alta complexidade; Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, Endoscopias, Colonoscopia, Procedimentos de Medicina Nuclear, Angiografias, Procedimentos que necessitam de Hemodinâmica (como Cateterismo Cardiológico), Radioterapia e Quimioterapia; Todos os procedimentos não mencionados nos itens anteriores.	180 dias
Consultas/Sessões e Terapias Simples, Especiais, Isoladas e Multidisciplinares, inclusive, com métodos específicos - ABA, BOBATH e outras (como psicoterapia, fonoaudiologia, nutricionista, fisioterapia e terapia ocupacional).	180 dias
Cobertura de Parto a Termo.	300 dias

COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA CPT - 24 MESES

Havendo a informação de doença(s) ou lesão(ões) preexistente(s) por parte do proponente titular e/ou de seu(s) dependente(s), poderá ser aplicada pela Operadora a Cobertura Parcial Temporária (CPT), a qual admite, por um período ininterrupto de até 24 (vinte e quatro) meses, contados a partir da data de início de vigência do benefício a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal. A Cobertura Parcial Temporária (CPT) não se confunde com carência contratual.

PLANO ODONTOLÓGICO

PROCEDIMENTOS	CARÊNCIA ODONTO
Urgência e emergência	24 horas
Diagnóstico, prevenção em saúde bucal e dentística (restaurações)	60 dias
Demais casos	180 dias

DOCUMENTAÇÃO OBRIGATÓRIA

PARA REDUÇÃO DE CARÊNCIAS

1. Declaração emitida em papel timbrado e com assinatura (física ou eletrônica, ou validação eletrônica) da Operadora ou Administradora do plano de origem, contendo, no mínimo, as seguintes informações referentes ao plano de origem do beneficiário: Nome completo do beneficiário; Data de Nascimento; CPF do beneficiário; Nº de Registro da Operadora/Administradora; Nº de Registro do Produto (ou código SCPA); Segmentação do Produto e Acomodação; Data de adesão do beneficiário; Prazo de permanência ou data de cancelamento; Informação sobre adimplência (comprovação de adimplência e data do último pagamento);
2. Termo de Concordância de Redução de Carências preenchido e assinado, datado com a data da vigência do contrato para o qual serão aproveitadas as carências, no caso dos produtos Coletivos (Empresarial ou por Adesão);
3. Aditivo Contratual Promocional de Aproveitamento de Tempo de Carência de Planos de Outras Operadoras para Hapvida preenchido e assinado, datado com a data da vigência do contrato para o qual serão aproveitadas as carências, no caso dos produtos Individual/Familiar;
4. Na ausência de quaisquer uma dessas três informações (produto, segmentação, acomodação): apresentar carteirinha do plano anterior ou Comprova da ANS;
5. Na ausência de informações sobre adimplência:
 - **Para clientes oriundos de planos coletivos empresariais:** acatar apresentação dos dois últimos contracheques, constando claramente o desconto referente à contribuição com o plano de saúde, como comprovação de adimplência, (sendo indiferente o valor apresentado para efeito de aceitação).
 - **Para clientes oriundos de planos coletivos por adesão ou individual/familiar:** acatar apresentação dos dois últimos comprovantes de pagamento acompanhados dos respectivos boletos.