

TABELA INDIVIDUAL - AMBULATORIAL, HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA

FAIXA ETÁRIA	OMINT-F-18	OMINT-F-39	OMINT-F-40	OMINT-F-41	OMINT-F-42	OMINT-F-43
	ACCESS	Saúde INTEGRAL	Saúde INTEGRAL	Saúde INTEGRAL	Saúde INTEGRAL	ESTILO
	APARTAMENTO	APARTAMENTO	APARTAMENTO	APARTAMENTO	APARTAMENTO	APARTAMENTO
A. N. S.:	451.081/04-0	444.783/03-2	444.784/03-1	444.785/03-9	444.786/03-7	444.787/03-5
00 a 18	610,34	790,20	903,79	1.133,94	1.449,69	2.218,74
19 a 23	738,39	955,99	1.093,41	1.371,84	1.753,84	2.684,23
24 a 28	805,95	1.043,46	1.193,46	1.497,37	1.914,32	2.929,85
29 a 33	849,53	1.099,88	1.257,99	1.578,33	2.017,83	3.088,26
34 a 38	913,49	1.182,70	1.352,70	1.697,17	2.169,75	3.320,79
39 a 43	1.046,24	1.354,57	1.549,28	1.943,80	2.485,06	3.803,36
44 a 48	1.510,16	1.955,20	2.236,25	2.805,71	3.586,97	5.489,83
49 a 53	1.957,35	2.534,18	2.898,46	3.636,55	4.649,16	7.115,50
54 a 58	2.825,19	3.657,77	4.183,56	5.248,90	6.710,48	10.270,33
59 ou +	3.662,02	4.741,22	5.422,75	6.803,65	8.698,15	13.312,44
Reemb. Consulta	150,02	200,07	350,09	437,06	537,03	672,10

TABELA INDIVIDUAL - HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA

FAIXA ETÁRIA	OMINT-F-10	OMINT-F-11	OMINT-F-12	OMINT-F-13
	APARTAMENTO	APARTAMENTO	APARTAMENTO	APARTAMENTO
	ANS: 432.801.009	ANS: 431.133.007	ANS: 431.132.009	ANS: 431.131.001
00 a 18	423,33	526,30	660,82	826,04
19 a 23	512,14	636,72	799,46	999,35
24 a 28	559,00	694,98	872,61	1.090,79
29 a 33	589,23	732,55	919,80	1.149,77
34 a 38	633,59	787,71	989,05	1.236,34
39 a 43	725,67	902,18	1.132,78	1.416,00
44 a 48	1.047,44	1.302,22	1.635,07	2.043,88
49 a 53	1.357,61	1.687,84	2.119,25	2.649,12
54 a 58	1.959,54	2.436,18	3.058,87	3.823,67
59 ou +	2.539,96	3.157,79	3.964,92	4.956,25

EXEMPLOS DE REEMBOLSOS NO PLANO HOSPITALAR

PROCEDIMENTOS MÉDICOS	OMINT-F.10	OMINT-F.11	OMINT-F.12	OMINT-F.13
Parto cesária (honorários médicos)	12.068,80	15.125,70	18.500,20	23.184,80
Ponte de safena (honorários)	27.360,00	34.290,00	41.940,00	52.560,00

RESUMO DAS CARÊNCIAS CONTRATUAIS

CARÊNCIA	DESCRIÇÃO DAS COBERTURAS	REDUÇÃO DE CARÊNCIA : ENVIAR PARA ANÁLISE:
24 Horas	ACIDENTES PESSOAIS, URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS e Urgências Odontológicas.	NÃO HÁ TAXA DE INSCRIÇÃO ♦ Cópia dos 03 últimos boletos pagos ou 1ª parcela paga + 02 últimos boletos pagos ♦ Cópia da carteirinha ou cópia da proposta ou Declaração da operadora anterior. ♦ Análise da declaração de saúde. ♦ Não haverá redução para Parto e Pré existente. ATENDIMENTO AO CORRETOR 2 1 3 2 . 4 0 8 9 COM PAOLA 2 1 3 2 . 4 2 2 7 COM SÉRGIO
30 Dias	CONSULTAS E EXAMES BÁSICOS (Exceto relacionados a transtornos psiquiátricos).	
30 Dias	CONSULTAS E EXAMES ODONTOLÓGICOS, ODONTOLOGIA PREVENTIVA, RADIOLOGIA ODONTO.	
90 Dias	DENTÍSTICA RESTAURADORA, ENDODONTIA, PERIODONTIA, CIRURGIA ORAL.	
180 dias	INTERNAÇÕES, CIRURGIAS E EXAMES DE ALTA COMPLEXIDADE., QUIMIOTERAPIA, RADIOTERAPIA.	
180 dias	FISIOTERAPIA, TRANSTORNOS PSQUIÁTRICOS (Consultas, Internação e terapêutica Ambulatorial)	
180 dias	PRÓTESE DENTÁRIA, ORTODONTIA E CIRURGIAS ORTOGNÁTICAS.	
300 dias	PARTO	
720 dias	DOENÇAS E LESÕES PRÉ EXISTENTES (Cirurgias internações e exames de alta complexidade)	

EXEMPLOS DE REEMBOLSO

PROCEDIMENTOS MÉDICOS	OMINT-F.18	OMINT-F.39	OMINT-F.40	OMINT-F.41	OMINT-F.42	OMINT-F.43
DIÁRIAS NORMAIS DE INTERNAÇÃO	290,97	515,98	822,45	1.030,00	1.262,76	1.580,89
DIÁRIAS DE U.T.I.	1.745,76	3.095,82	4.934,69	6.180,00	7.576,60	9.485,30
TOMOGRAFIA computadorizada de crânio	460,00	712,00	1.132,00	1.420,00	1.756,00	2.184,00
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE CRÂNIO	649,81	1.007,20	1.600,15	2.014,42	2.485,52	3.094,72
ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA	101,84	157,85	250,77	315,70	389,52	485,00
MAMOGRAFIA	135,78	210,46	334,36	420,93	519,36	646,66
TESTE ERGOMÉTRICO	213,37	330,73	525,42	661,45	816,14	1.016,18
HEMOGRAMA	40,25	62,30	99,05	124,25	153,65	191,10
FISIOTERAPIA (POR SESSÃO)	38,79	52,04	90,93	113,62	139,86	174,92
PARTO NORMAL (honorários médicos)	6.234,80	8.589,20	13.254,40	16.611,60	20.317,60	25.462,40
PARTO CESÁRIA (honorários médicos)	5.677,10	7.820,90	12.068,80	15.125,70	18.500,20	23.184,80
PONTE DE SAFENA (honorários)	9.720,00	17.730,00	27.360,00	34.290,00	41.940,00	52.560,00
APENDICECTOMIA	2.918,70	5.175,81	8.250,18	10.332,17	12.667,12	15.858,22
FRATURA DE FÊMUR	4.637,17	8.223,26	13.107,74	16.415,60	20.125,34	25.195,32
COLECISTECTOMIA SEM COLANGIOGRAFIA	2.690,48	4.771,10	7.605,06	9.524,26	11.676,64	14.618,22
PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS	OMINT-F.18	OMINT-F.39	OMINT-F.40	OMINT-F.41	OMINT-F.42	OMINT-F.43
CONSULTA INICIAL	Não coberto	133,80	133,80	133,80	333,60	333,60
CONSULTA DE URGÊNCIA	Não coberto	66,20	66,20	66,20	164,64	164,64
ORIENTAÇÃO DE HIGIENE BUCAL	Não coberto	41,61	41,61	41,61	103,49	103,49
GENIVECTOMIA POR QUADRANTE	Não coberto	209,93	209,93	209,93	522,13	522,13
REMOÇÃO DE DENTE INCLUSO	Não coberto	223,17	223,17	223,17	555,05	555,05
RAIO X PANORÂMICO	Não coberto	89,20	89,20	89,20	222,40	222,40
RESTAURAÇÃO EM RESINA - 1 FACE	Não coberto	71,36	71,36	71,36	177,92	177,92
DOCUMENTAÇÃO ORTODÔNTICA	Não coberto	Não coberto	Não coberto	Não coberto	433,68	433,68
TRATAMENTO ENDODÔNTICO EM MOLARES	Não coberto	289,90	289,90	289,90	722,80	722,80
Serviços realizados na clínica odonto OMINT	Não coberto	50 % do vl pago	60 % do vl pago	60 % do vl pago	Coberto	Coberto

♦ Cobertura para todo tipo de transplante	♦ Cobertura de vacinas	♦ Menores prazos de reembolso	♦ Médicos credenciados em hospitais credenciados
♦ Remissão p/ falecimento do titular 1 ano	♦ Assistência em viagem	♦ Núcleo de saúde e prevenção	♦ Atendimento desburocratizado / sem necessidade de guias
♦ Cirurgia de miopia a partir de 5 graus	♦ Laboratório em domicílio	♦ Orientação médica por telefone	♦ Clín. Odontológica OMINT ♦ Escleroterapia ♦ Acupuntura