

Unimed: reajuste e plano nacional

Boa notícia! Todos os titulares e seus dependentes legais no plano de saúde da Unimed Campinas, através da entidade, passarão a ter cobertura nacional a partir de 1º julho de 2011

A negociação para renovação contratual com a Unimed Campinas foi dividida em dois pontos. O primeiro foi o índice de reajuste. Com base nos estudos referente aos gastos com a utilização do convênio, ao longo dos últimos 12 meses, o índice acordado foi de 8%, que será acrescido às mensalidades **a partir de junho deste ano**. O segundo ponto de negociação foi a conversão do atual plano, de abrangência regional, para nacional.

Há cerca de um ano a Adunicamp iniciou negociações com a Unimed Campinas visando a mudança do atual plano para cobertura nacional. Após inúmeras reuniões, propostas e contrapropostas, a entidade e a Unimed concordaram em alterar o contrato para abrangência nacional, sem que o filiado tenha que pagar a mais por isso. Além disso, o novo contrato passará a oferecer a opção de plano por **faixa etária** e a possibilidade de elevar os planos à **categoria master** (tabela de valores no verso).

A partir de agora serão oferecidos dois planos: adesão por **faixa única** e adesão por **faixa etária**. Em ambos os casos a cobertura é nacional com três níveis de categoria:

Rede Básica	<i>Plano regulamentado pela ANS (Agência Nacional de Saúde) com acomodação em quarto coletivo</i>
Rede Especial	<i>Plano regulamentado pela ANS com acomodação em quarto individual</i>
Rede Master	<i>Plano regulamentado pela ANS, disponível somente em quarto individual abrangendo os hospitais de primeira linha, como por exemplo o hospital Sírio Libanês, da cidade de São Paulo, o hospital Barra D'or, da cidade do Rio de Janeiro, e os demais credenciados da rede da Unimed</i>

Todos os titulares e seus dependentes legais que figuram no atual plano terão direito a cobertura nacional. Para não ter que cumprir as eventuais carências, os interessados em migrar para o plano de **faixa etária** ou elevar à **categoria master**, **terão que dirigir-se a secretaria da Adunicamp e entregar o termo de alteração em anexo até o dia 3 de junho de 2011 (sexta-feira)**. Não será necessário manifestação para os que preferirem permanecer no plano atual.

Novos valores dos planos de saúde da Adunicamp com a Unimed, a partir de junho de 2011, que passam a contar com cobertura nacional

► Faixa única

PLANO	REDE BÁSICA - idêntico ao atual plano - com acomodação em quarto coletivo	REDE ESPECIAL - idêntico ao atual plano - com acomodação em quarto individual	REDE MASTER - nova categoria disponível - apenas com acomodação em quarto individual
VALOR	R\$ 203,68 (por pessoa)	R\$ 352,40 (por pessoa)	R\$ 623,13 (por pessoa)

► Faixa etária

FAIXAS ETÁRIAS	REDE BÁSICA (quarto coletivo)	REDE ESPECIAL (quarto individual)	REDE MASTER (quarto individual)
0 A 18 ANOS	R\$ 67,91	R\$ 117,48	R\$ 211,47
19 A 23 ANOS	R\$ 78,77	R\$ 136,28	R\$ 245,27
24 A 28 ANOS	R\$ 91,67	R\$ 158,62	R\$ 285,46
29 A 33 ANOS	R\$ 107,99	R\$ 186,82	R\$ 336,30
34 A 38 ANOS	R\$ 128,36	R\$ 222,05	R\$ 399,71
39 A 43 ANOS	R\$ 146,01	R\$ 252,60	R\$ 454,68
44 A 48 ANOS	R\$ 166,99	R\$ 287,84	R\$ 518,16
49 A 53 ANOS	R\$ 196,27	R\$ 339,55	R\$ 611,20
54 A 58 ANOS	R\$ 237,70	R\$ 411,21	R\$ 740,18
A PARTIR DE 59 ANOS	R\$ 406,79	R\$ 703,76	R\$ 1.266,77

Os interessados em migrar para o plano de adesão por faixa etária deverão preencher o termo número 1. Os que desejarem alterar a categoria do plano deverão preencher o termo número 2. Em ambos os casos a data limite para aderir é **3 de junho de 2011**.

1 - Termo de alteração de plano para faixa etária

Nome completo do titular	
RG	CPF
Telefone	E-mail

Categoria		
Rede Básica ()	Rede Especial ()	Rede Master ()

Estou ciente que optei por migrar meu atual plano para o de **adesão por faixa etária**, dos valores que serão cobrados e que meus dependentes e eu teremos que permanecer no plano escolhido no prazo mínimo de 1 (um) ano, a contar a partir da data de entrega deste formulário.

Campinas, ____ de _____ de 2011

Assinatura

2 - Termo de alteração de categoria de plano

Nome completo do titular	
RG	CPF
Telefone	E-mail

Categoria		
Rede Básica ()	Rede Especial ()	Rede Master ()

Estou ciente dos valores que serão cobrados e que meus dependentes e eu teremos que permanecer na categoria escolhida no prazo mínimo de 1 (um) ano, a contar a partir da data de entrega deste formulário.

Campinas, ____ de _____ de 2011

Assinatura