

Os Seus Direitos e Proteções Contra Contas Médicas Inesperadas

Quando recebe cuidados de urgência ou assistência por um prestador fora da rede num hospital ou centro cirúrgico ambulatorial dentro da rede, tem garantida a proteção contra cobranças surpresa ou de saldo remanescente. Nesses casos, você não deve ser cobrado mais do que as coparticipações, co-seguros e/ou franquia do seu plano.

O que são as “cobranças de saldo remanescente” (por vezes designada por “cobranças surpresa”)?

Quando consulta um médico ou outro prestador de cuidados de saúde, pode ter de suportar determinados custos, tais como um co-pagamento, um co-seguro e/ou uma franquia. Poderá ter outros custos ou ter de pagar a totalidade da cobrança se consultar um prestador ou visitar uma unidade de saúde que não pertença à rede do seu plano de saúde.

“Fora da rede” descreve os prestadores e as unidades que não assinaram um contrato com o seu plano de saúde. Os prestadores que não pertencem à rede podem ser autorizados a faturar-lhe a diferença entre o que o seu plano concordou em pagar e o montante total cobrado por um serviço. A isto chama-se “cobranças de saldo remanescente”. Este montante é provavelmente superior aos custos da rede para o mesmo serviço e pode não contar para o seu limite anual de desembolso.

As “cobranças surpresa” são cobranças de saldo inesperadas. Tal pode acontecer quando não pode controlar quem está envolvido nos seus cuidados - como quando tem uma urgência ou quando marca uma visita a uma unidade da rede, mas é inesperadamente tratado por um prestador não pertencente à rede.

Tem proteção contra cobranças de saldo remanescente relativamente a:

Serviços de urgência

Se tiver uma condição médica de urgência e obtiver serviços de urgência de um prestador ou de unidade que não pertença à rede, o máximo que o prestador ou a unidade pode cobrar-lhe é o montante de partilha de custos dentro da rede do seu plano (como co-pagamentos e co-seguro). Não pode ser faturado por estes serviços de emergência. Tal inclui os serviços que pode receber depois de estar em condições estáveis, a não ser que dê o seu consentimento por escrito e renuncie às suas proteções para não ser cobrado de forma equilibrada por estes serviços pós-estabilização.

Determinados serviços num hospital ou centro cirúrgico ambulatorial dentro da rede

Quando recebe serviços de um hospital da rede ou de um centro cirúrgico ambulatorial, alguns prestadores podem estar fora da rede. Nestes casos, o máximo que esses prestadores podem cobrar-lhe é o montante de comparticipação nos custos da rede do seu plano. Tal aplica-se a serviços de medicina de urgência, anestesia, patologia, radiologia, laboratório, neonatologia, cirurgião assistente, hospitalista ou intensivista. Estes prestadores **não** podem efetuar uma cobrança de saldo remanescente e **não** podem pedir-lhe que renuncie às suas proteções para não ser cobrado.

Se obtiver outros serviços nestas unidades dentro da rede, os prestadores que não pertencem à rede **não** podem efetuar uma cobrança de saldo remanescente, a menos que dê o seu consentimento por escrito e renuncie às suas proteções.

A si nunca lhe é requerido que renuncie às suas proteções contra a cobrança de saldo remanescente. Também não é obrigado a receber cuidados fora da rede. Pode escolher um prestador ou uma unidade da rede do seu plano.

Ao marcar uma consulta para serviços médicos não urgentes, ou a seu pedido, o seu prestador de cuidados de saúde deve revelar se participa no seu plano de seguro de saúde (e deve atualizá-lo se esta informação mudar durante o tratamento). Se o seu prestador de cuidados de saúde participar no seu plano de seguro de saúde, o prestador de cuidados de saúde tem de o informar do seu direito a solicitar a divulgação do montante permitido e da(s) taxa(s) da unidade (ou uma estimativa do montante máximo permitido e das taxas), e informá-lo de como obter informações sobre quaisquer custos diretos aplicáveis. Se o seu prestador de cuidados de saúde não participar no seu plano de seguro de saúde, o prestador de cuidados de saúde deve fornecer o montante da taxa, quaisquer taxas de instalações para o seu serviço, informá-lo da sua potencial responsabilidade financeira por quaisquer serviços não abrangidos e informá-lo de que poderá receber cuidados a um custo inferior de um prestador de cuidados de saúde que participe no seu plano de seguro de saúde.

Quando a cobrança de saldo remanescente não é permitida, tem também as seguintes proteções:

- Só é responsável pelo pagamento da sua parte do custo (como os co-pagamentos, co-seguros e franquias que pagaria se o prestador ou a unidade estivesse dentro da rede). O seu plano de saúde pagará diretamente aos prestadores e às unidades que não pertencem à rede.
- O seu plano de saúde geralmente deve:
 - + Cobrir serviços de urgência sem exigir que obtenha aprovação prévia para os serviços (autorização prévia).
 - + Cobrir serviços de urgência prestados por prestadores não pertencentes à rede.
 - + Basear o valor que deve ao prestador ou à unidade (comparticipação nos custos) no valor que este pagaria a um prestador ou unidade pertencente à rede e indicar esse valor na sua explicação das prestações.
 - + Contabilizar qualquer montante que pague por serviços de emergência ou serviços fora da rede para a sua franquia e limite de desembolso.

Se pensa que lhe foi cobrada um valor indevidamente,

Se você acha que foi cobrado erroneamente, entre em contato com o número 1-800-985-3059 para saber mais sobre seus direitos sob a lei federal ou com o Departamento de Saúde de Massachusetts no número 617-624-6000. Visite www.cms.gov/medical-bill-rights para obter mais informações sobre seus direitos sob a lei federal. Visite <https://malegislature.gov/Laws/GeneralLaws/PartI> para obter mais informações sobre seus direitos sob a lei de Massachusetts.

