

Os seus direitos e coberturas contra despesas médicas surpresa

Quando recebe cuidados de urgência ou é tratado por um prestador fora da rede num hospital ou centro cirúrgico ambulatorial da rede convencionada, está coberto/a contra o copagamento. Nesses casos, não lhe deverá ser cobrado mais do que consta no seu plano de reembolsos, participações e/ou franquias. Para informações adicionais, consulte as Perguntas Frequentes mais abaixo.

O que é o «copagamento» (por vezes chamado «despesas surpresa»)?

Quando vai a uma consulta com um médico ou outro prestador de cuidados de saúde, pode ficar a dever determinadas despesas diretas, tais como um reembolso, comparticipação e/ou franquia. Poderá ter despesas adicionais ou ter de pagar a conta na totalidade se o prestador que o/a atendeu ou a unidade de saúde onde decorreu a consulta não estiverem incluídos no seu plano da rede convencionada.

«Fora da rede» significa prestadores e unidades que não assinaram contrato com o seu plano de saúde para a prestação de serviços. Os prestadores fora da rede podem conseguir cobrar-lhe a diferença entre o que o seu plano paga e a quantia total cobrada por um serviço. A isto chama-se «copagamento». Este montante será provavelmente superior às despesas dentro da rede convencionada para o mesmo serviço e pode não contar para a franquia ou para o limite anual de despesas do seu plano.

«Despesa surpresa» é um copagamento inesperado. Tal pode acontecer quando não consegue controlar quem está envolvido na prestação de cuidados – como quando tem uma urgência ou quando agenda uma consulta numa unidade da rede convencionada, mas é inesperadamente tratado/a por um prestador fora da rede. Dependendo do procedimento, algumas despesas médicas surpresa podem custar milhares de dólares.

Você está coberto/a contra o copagamento em caso de:

Serviços de urgência

Se tiver uma situação de urgência médica e for atendido/a nos serviços de urgência por um prestador fora da rede ou numa unidade fora da rede, o máximo que podem cobrar é o montante de partilha de despesas (como reembolsos e participações) dentro da rede do seu plano. **Não podem** cobrar-lhe copagamentos por esses serviços de urgência. Tal inclui serviços que poderá receber depois de estar em condição estável,

exceto se der o seu consentimento por escrito e renunciar às suas coberturas para não lhe ser cobrado o copagamento por estes serviços pós-estabilização.

A lei do Texas protege pacientes com seguros de saúde regulamentados pelo estado (cerca de 16 por cento dos texanos) de despesas médicas surpresa em urgências ou quando não podem escolher os médicos. Nesses casos, a lei proíbe os médicos e prestadores de enviarem despesas médicas surpresa aos pacientes.

Determinados serviços em hospitais ou centros cirúrgicos ambulatoriais dentro da rede convencionada

Quando recebe serviços de um hospital ou centro cirúrgico ambulatorio dentro da rede convencionada, alguns prestadores podem não pertencer à rede. Nestes casos, o máximo que esses prestadores podem cobrar é o montante de partilha de despesas dentro da rede do seu plano. Tal aplica-se à medicina de urgência, anestesia, patologia, radiologia, laboratório, neonatologia, cirurgião assistente, médico interno ou cuidados intensivos. Estes prestadores **não podem** cobrar-lhe copagamentos e **não** podem exigir-lhe que renuncie às suas coberturas para **não** lhe cobrarem copagamentos.

Se receber outro tipo de serviços nestas unidades dentro da rede convencionada, os prestadores fora da rede **não podem** cobrar-lhe copagamentos, exceto se tiver dado o seu consentimento por escrito e renunciado às suas coberturas.

A lei do Texas também proíbe o copagamento por qualquer cuidado de saúde, serviço médico ou recurso providenciado numa unidade dentro da rede convencionada por um médico ou outro prestador fora da rede e por serviços prestados por profissionais de imagiologia diagnóstica ou serviços laboratoriais associados a um serviço de cuidados de saúde efetuado por um médico ou prestador.

Nunca lhe será exigido que renuncie às suas coberturas de copagamento. Também não lhe será exigido que receba cuidados de saúde fora da rede convencionada. Pode escolher um prestador ou uma unidade dentro da rede do seu plano.

Quando não é permitido o copagamento, também tem as coberturas seguintes:

- É responsável apenas pelo pagamento da sua parcela de despesas (como os reembolsos, participações ou franquias que pagaria se o prestador ou unidade estivesse dentro da rede convencionada). O seu plano pagará eventuais despesas adicionais diretamente aos prestadores ou unidades fora da rede convencionada.
- Geralmente, o seu plano de saúde deverá:

- Cobrir serviços de urgência sem exigir autorização prévia para os serviços (também conhecida como «pré-autorização»).
- Cobrir serviços de urgência por prestadores fora da rede convencionada.
- Basear o que deve ao prestador ou unidade (partilha de despesas) no que iria pagar a um prestador ou unidade dentro da rede e mostrar esse montante na sua descrição de benefícios.
- Contabilizar todos os montantes que paga por serviços de urgência ou serviços fora da rede para a sua franquia e limite de despesas dentro da rede convencionada.

Se acha que lhe foram faturados valores incorretamente, contacte os centros de atendimento da Medicare e Medicaid pelo número 1-800-985-3059 ou o Departamento de Seguros do Texas pelo número (800) 252-3439.

Visite <https://www.cms.gov/nosurprises/consumers> para mais informações sobre os seus direitos ao abrigo da lei federal.

Visite <https://www.tdi.texas.gov/medical-billing/surprise-balance-billing.html> para mais informações sobre os seus direitos ao abrigo da lei do Texas.

Tem direito a receber uma «Estimativa de Boa-Fé» a explicar quanto lhe vão custar os cuidados de saúde

Nos termos da lei, os prestadores de cuidados de saúde têm de dar aos ***pacientes que não têm certos tipos de cobertura de cuidados de saúde ou que não estão a utilizar certos tipos de cobertura de cuidados de saúde***, uma estimativa da sua conta de recursos e serviços de saúde antes desses recursos ou serviços serem providenciados.

- Tem o direito de receber uma Estimativa de Boa-Fé para a despesa total prevista de todos os recursos ou serviços de saúde mediante pedido ou quando agendar esses recursos ou serviços. Isso inclui despesas relacionadas, como exames médicos, medicamentos prescritos, equipamento e taxas hospitalares.
- Se agendar um recurso ou serviço de saúde com pelo menos 3 dias úteis de antecedência, certifique-se de que o seu prestador ou unidade de saúde lhe disponibiliza uma Estimativa de Boa-Fé, por escrito, no prazo de 1 dia útil após o agendamento. Se agendar um recurso ou serviço de saúde com pelo menos 10 dias úteis de antecedência, certifique-se de que o seu prestador ou unidade de cuidados de saúde lhe disponibiliza uma Estimativa de Boa-Fé, por escrito, no prazo de 3 dias úteis após o agendamento. Também poderá solicitar uma Estimativa de Boa-Fé a qualquer prestador ou unidade de cuidados de saúde antes de agendar um recurso ou serviço. Se o fizer, certifique-se de que o prestador ou unidade de cuidados de saúde lhe disponibiliza uma Estimativa de Boa-Fé, por escrito, no prazo de 3 dias úteis após o seu pedido.

- Se algum prestador ou unidade lhe entregar uma fatura que corresponda a pelo menos mais \$400 do que a sua Estimativa de Boa-Fé desse prestador ou unidade, pode contestar a fatura.

Para perguntas ou informações adicionais sobre o seu direito a uma Estimativa de Boa-Fé, visite www.cms.gov/nosurprises/consumers, envie um e-mail para FederalPPDRQuestions@cms.hhs.gov ou ligue para o 1-800-985-3059.