

Os seus direitos e proteções contra contas médicas inesperadas

O que é a “cobrança da diferença” (por vezes designada por “cobrança surpresa”)?

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

- “Fora da rede” descreve os prestadores de serviços e estabelecimentos 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 “cobrança da diferença”. Este montante é provavelmente superior aos custos da rede para o mesmo serviço e pode não contar para o seu limite de desembolso anual.
- A “cobrança surpresa” é uma cobrança inesperada. Isto pode acontecer quando não consegue controlar quem está envolvido nos seus cuidados, como quando tem uma emergência ou quando marca uma consulta num estabelecimento da rede, mas é tratado inesperadamente por um prestador não pertencente à rede.

Está protegido contra a cobrança da diferença nestas situações:

Serviços de emergência. Se tiver uma condição médica de emergência e receber serviços de emergência de um prestador ou estabelecimento fora da rede, o máximo que o prestador ou estabelecimento lhe pode cobrar é o montante de partilha de custos dentro da rede do seu plano (como participação e seguro). Não podem ser cobrados estes serviços de emergência. Isto 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 que estes serviços não lhe sejam cobrados pós-estabilização.

Certos serviços do seu prestador de cuidados primários

Quando recebe serviços de um prestador de cuidados primários dentro da rede; alguns prestadores podem estar fora da rede. Nestes casos, o máximo que esses prestadores lhe podem cobrar é o montante da participação nos custos da rede do seu plano. Isto aplica-se à medicina de emergência, anestesia, patologia, radiologia, laboratório e serviços neonatais, entre outros. Estes prestadores não podem cobrar o serviço e não lhe podem pedir que renuncie às suas proteções para não lhe ser cobrada a diferença.

Se obtiver outros serviços nestes estabelecimentos dentro da rede, os prestadores que não pertencem à rede não podem cobrar a diferença, a não ser que dê o seu consentimento por escrito e renuncie às suas proteções.

Não é obrigado em qualquer circunstância a renunciar às suas proteções contra a cobrança da diferença. Também não é obrigado a receber cuidados fora da rede. Pode escolher um prestador ou um estabelecimento da rede do seu plano.

Quando a cobrança da diferença não for permitida, dispõe também as seguintes proteções:

Só é responsável pelo pagamento da sua parte do custo (como as participações, seguros e franquias que pagaria se o prestador ou estabelecimento pertencer à rede). O seu plano de saúde irá pagar diretamente aos prestadores e estabelecimentos que não pertencem à rede.

O seu plano de saúde geralmente deve:

- Cobrir serviços de emergência sem exigir que obtenha aprovação prévia para os serviços (autorização prévia).
- Cobrir serviços de emergência prestados por prestadores não pertencentes à rede.
- Basear o valor que deve ao prestador ou estabelecimento (participação nos custos) no valor que este pagaria a um prestador ou estabelecimento pertencente à rede e indicar esse valor na sua explicação dos benefícios.
- Contabilizar qualquer montante que pague por serviços de emergência ou serviços fora da rede para a sua franquia e limite de desembolso.

Se não tiver um seguro:

- Tem o direito de receber uma estimativa que descreva o custo potencial dos serviços com base no programa de desconto de taxa móvel da Thundermist, se for elegível para o programa.

Se um doente não for elegível ou optar por não se candidatar ao programa de desconto de taxa móvel da Thundermist, o doente continua a receber uma estimativa do potencial custo. A estimativa inclui uma descrição geral do serviço principal e o custo previsto. O orçamento não inclui os custos dos serviços que não estão previstos aquando da marcação da consulta. O doente recebe o orçamento por correio, correio eletrónico ou através do portal do doente. O doente recebe o orçamento no prazo de três a 10 dias úteis, consoante a data de marcação da consulta para os serviços.

Se considerar que lhe cobrado um valor incorretamente, pode contactar o departamento de cobrança da Thundermist:

- billing1@thundermisthealth.onmicrosoft.com
- 401-767-4100

Visite cms.gov/nosurprises para obter mais informações sobre os seus direitos ao abrigo da legislação federal. Visite ohic.ri.gov para obter mais informações sobre os seus direitos ao abrigo da legislação de Rhode Island.