

Seus direitos e proteções contra contas médicas inesperadas

Quando você recebe atendimento de emergência ou de um provedor fora da rede em um hospital ou em um centro cirúrgico ambulatorial dentro da rede, tem a proteção contra faturamento de saldo. Nesses casos, você não deve pagar mais do que o valor de copagamentos, cosseguros e/ou franquias do seu plano.

O que é “faturamento de saldo” (às vezes chamado de “faturamento surpresa”)?

Quando você consulta um médico ou outro provedor de saúde, pode ter que pagar alguns custos diretos, por exemplo, um copagamento, cosseguro e/ou franquia. Você pode ter outros custos ou precisar pagar a conta inteira se consultar um provedor ou se tiver um atendimento em uma unidade de saúde fora da rede do seu plano de saúde.

“Fora da rede” se refere a provedores e clínicas que não assinaram um contrato com seu plano de saúde para o fornecimento de serviços. Provedores fora da rede têm permissão de cobrar de você a diferença entre o que seu plano paga e o valor total cobrado por um serviço. Isso é chamado “**faturamento de saldo**”. Em geral, esse valor é maior que os custos dentro da rede para o mesmo serviço e não pode ser considerado no seu limite anual.

O “faturamento surpresa” é um faturamento de saldo inesperado. Isso pode acontecer quando você não tem controle sobre o profissional envolvido no seu tratamento, por exemplo, quando você tem um atendimento de emergência ou quando agenda uma consulta em uma clínica que faz parte da rede, mas recebe atendimento inesperado de um provedor fora da rede. Contas médicas surpresas podem custar milhares de dólares, dependendo do procedimento ou serviço.

Você está protegido(a) contra faturamento de saldo em caso de:

Serviços de emergência

Se você tem uma condição médica de emergência e recebe atendimento de urgência de um provedor ou clínica fora da rede, o máximo que o provedor ou a clínica pode cobrar de você é o valor de compartilhamento de custos dentro da rede do seu plano (por exemplo, copagamentos, cosseguros e franquias). Você **não** pode ser cobrado por esses serviços de emergência. Isso inclui serviços que você pode receber depois de estar em condição estável, a menos que você dê seu consentimento por escrito e renuncie às suas proteções contra faturamento de saldo por esses serviços pós-estabilização.

O estado de Connecticut aprovou uma lei própria em 2015 para tratar de faturamento de saldo. A lei se aplica a planos de saúde controlados pelo Departamento de Seguros de Connecticut e tem proteções semelhantes àsquelas da Lei Contra Contas Surpresas. Para obter mais informações, consulte o Conn. Gen. Stat., Parágrafos [38a-477aa](#) e [20-7f](#) ou o site do Departamento de Seguros de Connecticut: <https://portal.ct.gov/CID/General-Consumer-Information/No-Surprises-Act>.

Alguns serviços em um hospital ou centro cirúrgico ambulatorial da rede

Quando você recebe serviços em um hospital ou centro cirúrgico ambulatorial da rede, alguns provedores podem não fazer parte da rede. Nesses casos, o máximo que esses provedores podem cobrar de você é o valor de compartilhamento de custos na rede do seu plano. Isso se aplica a serviços de medicina de emergência, anestesia, patologia, radiologia, laboratório, neonatologia, assistente de cirurgião, hospitalares ou intensivistas. Esses provedores **não podem** cobrar faturamento de saldo e **não podem** pedir que você desista de suas proteções para não ser cobrado pelo faturamento de saldo.

Se você receber outros serviços dessas clínicas da rede, os provedores fora da rede **não poderão** cobrar pelo faturamento de saldo, a menos que você dê permissão por escrito e renuncie às suas proteções.

Você não é obrigado(a) a renunciar às suas proteções contra faturamento de saldo. Também não é obrigado(a) a receber atendimento fora da rede. Você pode escolher um provedor ou clínica da rede do seu plano.

Quando o faturamento de saldo não é permitido, você também tem as seguintes proteções:

- Você tem que arcar apenas com sua parte nos custos (por exemplo, copagamentos, cosseguros e franquias que você pagaria se o provedor ou a clínica fizesse parte da rede). Seu plano de saúde pagará quaisquer custos adicionais a provedores e clínicas fora da rede diretamente.
- Em geral, seu plano de saúde deve:
 - Cobrir atendimentos de emergência sem exigir que você obtenha aprovação para os serviços com antecedência (“autorização prévia”).
 - Cobrir atendimentos de emergência feitos por provedores fora da rede.
 - Calcular o valor que você deve pagar ao provedor ou clínica (compartilhamento de custos) com base em quanto você pagaria a um provedor ou clínica da rede e demonstrar esse valor na explicação de seus benefícios.
 - Considerar qualquer valor que você pagar por atendimentos de emergência ou serviços fora da rede no limite da sua franquia e limite anual.

Se você acredita que foi cobrado(a) indevidamente, entre em contato com o Departamento de Seguros de Connecticut: <https://portal.ct.gov/CID/Consumer-Affairs/File-a-Complaint-or-Ask-a-Question> ou com a Linha de Atendimento ao Consumidor: (800) 203-3447 ou (860) 297-3900. Você também pode entrar em contato com o Departamento de Defesa de Saúde do Estado de Connecticut, pelo telefone 866-466-4446 ou enviando um e-mail para Healthcare.advocate@ct.gov.

Para obter mais informações sobre seus direitos com base na lei federal, acesse www.cms.gov/nosurprises/consumers.