



EVITE DESPESAS MÉDICAS SURPRESA

COMO A LEI SEM SURPRESAS
(*NO SURPRISES ACT*) PODE TE PROTEGER

Essa publicação foi desenvolvida pelo Ministério do Trabalho dos EUA, Administração de Segurança dos Benefícios do Trabalhador (EBSA).

Para visualizar essa e outras publicações da EBSA, visite o site da agência: **dol.gov/ebsa**.

Para solicitar publicações ou falar com um consultor de benefícios, entre em contato com a EBSA de forma eletrônica: **askebsa.dol.gov**.

Ou ligue grátis para **1-866-444-3272**

Este material estará disponível em formato alternativo para pessoas com deficiência, mediante solicitação:

Telefone por voz: **(202) 693-8664**.

Se você é surdo, com dificuldade de ouvir, ou tem problemas de fala, por favor disque **7-1-1** para acessar os serviços de retransmissão de chamada.

Esse folheto constitui um guia de conformidade para pequenas organizações para fins da Lei Reguladora de Aplicação de Equidade de Pequenos Negócios (*Small Business Regulatory Enforcement Fairness Act*) de 1996.



Você já:

- Esteve em uma sala de emergência para tratamento para depois receber uma conta surpresa?
- Fez uma cirurgia importante em uma instituição da rede que seu plano cobria, para depois receber uma conta inesperada do anestesista que não estava na sua rede?
- Se machucou em um acidente e recebeu uma conta surpresa pela remoção aérea para o hospital?

Se sim, você não está sozinho. Muitas pessoas nos EUA recebem contas médicas inesperadas, principalmente após uma situação de emergência. Por isso, a Lei Sem Surpresas (No Surprises Act) foi sancionada: para oferecer proteção contra as despesas inesperadas e para reduzir os custos de assistência médica.

O que é a cobrança surpresa?

A cobrança surpresa acontece quando você tem cobertura de saúde e, sem saber ou inevitavelmente, recebe assistência de um prestador fora da rede ou em um local fora da rede e é cobrado diretamente por aquela assistência quando seu plano não cobre todo o custo.

Prestador da rede: um prestador de serviços ou estabelecimento de saúde que tenha um contrato com seu plano de saúde em grupo ou emissor de seguro de saúde para prestar serviços aos membros de um plano a determinados custos.

Prestador fora da rede: prestador ou estabelecimento de saúde que não tem contrato com seu plano de saúde em grupo ou emissor de seguro de saúde para prestar serviços. Também pode ser chamado de “prestador não preferencial” ou “prestador não participante”.

No passado, além da divisão de custos fora da rede pela qual você era responsável (como cosseguro ou co-pagamentos), o fornecedor ou unidades de saúde de fora da rede podiam cobrar diretamente de você a diferença entre a cobrança deles e o valor que seu plano de saúde pagaria pela cobrança (o “valor permitido”). Isso é chamado de “cobrança de saldo”.

Por exemplo, se um prestador de fora da rede te cobrou \$1.000 por um serviço e o valor permitido pelo seu plano de saúde foi \$250, você pode ter sido cobrado pelos \$750 restantes, além de qualquer divisão de custos que você deva sobre o valor permitido.

A Lei Sem Surpresas (No Surprises Act) oferece novas proteções. Quais são elas?

Em geral, você está protegido contra cobranças surpresa para:

- a maioria dos serviços emergenciais (incluindo serviços para emergências mentais),
- serviços não emergenciais de prestadores de fora da rede em determinados locais de assistência da rede (hospitais, pacientes de ambulatórios, ou centros cirúrgicos ambulatoriais) e
- serviços de fornecedores de remoção aérea fora da rede.

Os serviços de emergência incluem:

- tratamento para uma condição médica emergencial recebida na seção de emergência de um hospital como paciente de ambulatório ou em um local de emergência independente
- serviços de pré e pós estabilização independente do local ou hospital onde o tratamento é oferecido

Você também ficará protegido dos conflitos sobre pagamento por esses serviços entre os planos/seguradores e fornecedores/unidades de saúde, para que você não fique no meio deles.

Essas proteções se aplicam a mim?

Sim, se você possui um plano de saúde através do seu emprego ou se você adquiriu um plano por conta própria.

A Lei Sem Surpresas (*No Surprises Act*) não se aplica a determinadas coberturas de saúde, incluindo:

- planos de seguro de curto prazo, com duração limitada,
- planos de benefícios não incluídos (como plano dental independente e cobertura para olhos),
- planos de aposentados apenas, ou
- planos de saúde em grupo baseados em conta.

A lei tem cobertura em todas as situações?

A Lei Sem Surpresas (No Surprises Act) cobre a maioria dos serviços emergenciais, prestadores de serviço de fora da rede em determinados locais de assistência da rede e serviços de remoção aérea fora da rede.

Ela não cobre toda conta inesperada ou muito alta.

Por exemplo, você ainda poderá ser cobrado por serviços e tratamentos que não tenham cobertura do seu plano. As proteções da Lei Sem Surpresas (*No Surprises Act*) não se aplicam a serviços não emergenciais fornecidos por um prestador de fora da rede em um local de fora da rede.

Você também pode desistir das proteções contra cobranças surpresa em algumas situações não emergenciais se receber uma notificação e consentir em desistir dessas proteções. Veja a página 4 para mais informações.

O que a Lei Sem Surpresas (No Surprises Act) faz?

Se você possui um plano com cobertura (veja “Essas proteções se aplicam a mim”, acima), a lei:

- proíbe contas surpresa na maioria das emergências, mesmo quando o tratamento é feito fora da rede do seu plano e sem autorização prévia. Seu plano de saúde não pode negar cobertura porque você não recebeu aprovação antes de ser levado para a sala de emergência.
- limita a divisão dos custos para a maioria dos serviços de emergência fora da rede do seu plano e para a maioria dos serviços de emergência feitos em um local de assistência da rede por um prestador de fora da rede.
- requer o consentimento do paciente para renunciar às proteções contra cobrança surpresa em determinadas circunstâncias.
- geralmente proíbe os prestadores de fora da rede de cobrar saldo de pacientes por serviços auxiliares (como anestesia, patologia, radiologia ou neonatologia) que fornecem durante uma visita a um local de assistência dentro da rede. Esses tipos de prestadores não podem te pedir consentimento para renunciar às suas proteções contra cobrança surpresa.
- requer que os prestadores e locais te deem uma notificação explicando as proteções contra cobrança e com quem você pode entrar em contato se achar que essas proteções foram infringidas.

E se meu plano tem uma rede fechada e não inclui cobertura fora da rede?

Mesmo que seu plano tenha uma rede fechada e dessa forma não oferece cobertura para itens e serviços fora da rede, as proteções da Lei Sem Surpresas (*No Surprises Act*) se aplicam se os serviços forem cobertos dentro da rede pelo seu plano.

Os meus pagamentos contarão para a franquia e os custos máximos não cobertos do plano?

Um plano não pode solicitar mais de divisão de custos para serviços de emergência fora da rede, serviços não emergenciais recebidos em um local de assistência da rede e serviços de remoção aérea do que ele cobra para serviços médicos equivalentes dentro da rede.

Quaisquer pagamentos de divisão de custos que você fizer devem contar como franquia dentro da rede ou custos máximos não cobertos pelo plano como se um prestador da rede houvesse cobrado deles.

Exemplos

- Ao caminhar com seu cachorro, você escorrega no gelo, bate sua cabeça e quebra seu braço, sendo necessário ir para a emergência mais próxima. O médico solicita imagens, radiologia e determina que a gravidade da lesão precisa de cirurgia no mesmo dia.

Mesmo que você tenha recebido esse atendimento de um prestador ou em local de fora da rede, você só será responsável por pagar sua franquia da rede, co-pagamentos e cosseguro.

- Para descartar câncer, você marca uma biópsia cirúrgica para retirar tecido da sua mama. Tanto o hospital quanto o médico que vai realizar sua cirurgia fazem parte da rede. Entretanto, você não sabe se os prestadores que vão administrar anestesia e examinar o tecido também fazem parte da rede.

Despesas auxiliares fora da rede estarão na taxa da rede se o local de assistência médica está na rede. Isso inclui serviços de prestadores como anestesiastas e patologistas.

- Durante uma sessão de exercícios intensa, você sente fortes dores no peito que te levam à sala de emergência mais próxima. Após um rápido exame, o médico determina que você deve ser levado de remoção aérea para outro hospital especializado em cardiologia.

Se seu plano cobre serviços de remoção aérea, a Lei Sem Surpresas (No Surprises Act) te protege mesmo se a empresa de remoção aérea for de fora da rede. Sua responsabilidade será a franquia, co-pagamento ou cosseguro que você pagaria se a remoção aérea fizesse parte da rede. Entretanto, se seu plano não cobre serviços de remoção aérea ou se uma ambulância terrestre te levar, então você pode ser responsável pelo valor não coberto.

O que é a isenção de notificação e consentimento e como se aplica?

De acordo com a Lei Sem Surpresas (*No Surprises Act*), um prestador ou um local podem solicitar aos pacientes para abrirem mão, de forma voluntária, de suas proteções contra cobrança de saldo e limitações de divisão de custos em determinadas circunstâncias.

Um prestador ou local pode te dar uma notificação e um formulário de consentimento e te pedir para renunciar às proteções contra cobrança surpresa quando:

- você agenda alguns serviços não emergenciais (além de serviços auxiliares) em um local de assistência dentro da rede, ou
- você precisa de cuidados pós estabilização após uma emergência e seu prestador de saúde ou local são de fora da rede.

Exemplo

- Você teve uma lesão no ombro enquanto jogava futebol. Um raio x mostra que seu ombro está quebrado e deslocado. Um colega recomenda um cirurgião ortopédico. Sua cirurgia é marcada com 2 semanas de antecedência em um hospital da rede.

No mesmo dia que você marca sua cirurgia, você recebe uma notificação informando que seu cirurgião não faz parte da rede do seu plano de saúde. Para prosseguir com a cirurgia, você deve consentir em renunciar às suas proteções contra cobrança de saldo. Devido à sua preferência por este médico, você assina o formulário de consentimento.

Você é responsável por qualquer cobrança de saldo que receber. Você assinou o formulário de consentimento sabendo que seu cirurgião estava fora da rede com mais de 72 horas antes da data de sua cirurgia.

Entretanto, se o cirurgião não te deu o formulário dentro das 72 horas mínimas antes dos serviços, ele não pode te cobrar o saldo pelos serviços prestados durante sua cirurgia.

Quando a notificação e consentimento não são permitidos?

Em situações **de emergência**, a notificação e consentimento não são permitidos na prestação de:

- qualquer serviço emergencial antes da sua condição estar estabilizada
- itens ou serviços devido à necessidade médica urgente não prevista
- serviços de pós estabilização se determinados requisitos não forem cumpridos

Em situações **não emergenciais**, a notificação e consentimento não são permitidos para serviços auxiliares, que são definidos como itens e serviços que estão:

- relacionados à medicina de emergência, anestesia, patologia, radiologia e neonatologia, sejam prestados por um médico ou prestador que não seja médico
- fornecido por cirurgiões assistentes, médicos hospitalares e intensivistas
- serviços de diagnóstico, incluindo radiologia e serviços de laboratório
- fornecidos por um prestador de fora da rede se não houver um da rede disponível
- fornecidos durante tratamento devido à necessidades médicas imprevistas e urgentes

Quais informações estão incluídas na notificação e no formulário de consentimento?

Os documentos de notificação e consentimento, que são padronizados pelo Governo Federal, descrevem as proteções da Lei Sem Surpresas (*No Surprises Act*) contra cobranças médicas inesperadas e perguntam se você está disposto a abrir mão dessas proteções e pagar mais por cuidados fora da rede. Ao assinar o formulário de consentimento, você está renunciando à essas proteções. O formulário também vai te dar uma estimativa dos custos fora da rede.

Se a notificação e o consentimento forem para serviços de pós estabilização, também devem incluir uma lista de prestadores da rede que podem oferecer cuidados pós estabilização.

Os documentos de notificação e consentimento devem ser entregues fisicamente separados de outros documentos. Eles não podem estar juntos ou incorporados a quaisquer outros documentos. Os prestadores e locais devem te oferecer ou a seu representante autorizado a chance de receber a notificação e o consentimento em quaisquer dos 15 idiomas comuns no Estado ou região onde a instalação esteja.

Tenho que assinar a notificação e o formulário de consentimento?

Não. Assinar esse formulário é sua opção. Você deve assinar o formulário apenas se concordar em renunciar às proteções contra cobranças surpresa para os itens e serviços especificamente mencionados na notificação. Provavelmente você irá pagar mais se escolher receber assistência fora de sua rede. Antes de assinar, leia o formulário com atenção, e analise suas opções!

Se você não assinar, então o prestador pode decidir não fornecer a assistência não emergencial ou pós estabilização incluídas na notificação. Pode ser necessário encontrar e reagendar com um fornecedor ou local da rede. Seu plano de saúde pode te ajudar a encontrar um.

Se você não assinar a notificação e o formulário de consentimento e o prestador ou local ainda assim fornecerem assistência, então as proteções da Lei Sem Surpresas (*No Surprises Act*) continuam a valer.

E quanto à Lei Estadual? Ela pode me proteger das cobranças médicas surpresa?

Existem alguns Estados com proteções adicionais contra cobrança de saldo além daquelas exigidas pela Lei Sem Surpresas (*No Surprises Act*). Olhe no site do Departamento de Seguros do seu Estado para mais informações sobre a Lei Sem Surpresas (*No Surprises Act*) e as leis que podem-se aplicar à sua cobertura.

As cobranças médicas e Explicação dos Benefícios são a mesma coisa?

Não. Antes de receber a cobrança médica do escritório do seu prestador, você deve receber uma Explicação dos Benefícios (EOB) do seu plano de saúde.

A EOB te informa quais serviços você recebeu, quando recebeu, quanto seu plano irá pagar e quanto você deve. Essas informações são importantes para te ajudar a determinar se recebeu uma cobrança surpresa. Verifique se há erros na sua EOB e revise-a de tempos em tempos.

Se você ainda está aguardando uma EOB de uma visita recente e recebeu uma cobrança de um prestador, entre em contato com seu plano de saúde para determinar se o prestador enviou uma declaração para eles.

O que devo fazer se receber uma cobrança surpresa?

Entre em contato com a central de atendimento Sem Surpresas pelo número **1-800-985-3059** caso:

- você receba uma cobrança que exceda o que a EOB mostra que você deve em divisão de custos
- você tenha dúvidas sobre as regras da Lei Sem Surpresas (*No Surprises Act*)
- você acredita que a Lei Sem Surpresas não está sendo cumprida

Você pode ligar para a central de atendimento das 8h às 20h horário da costa leste, de segunda a sexta e das 10h às 18h horário da costa leste aos sábados e domingos.

Se quiser apresentar uma reclamação online, visite o site www.cms.gov/nosurprises/consumers.

A Central de Atendimento Sem Surpresas não pode solicitar que o fornecedor ou local ajustem suas cobranças, fazer julgamentos médicos ou legais ou determinar o valor da declaração.

Quais etapas você deve seguir caso seu plano negue a cobertura?

Leia a EOB cuidadosamente. Você pode apresentar um recurso contra seu plano se sua EOB mostrar que não cobriu um item ou serviço consistente com a Lei Sem Surpresas (*No Surprises Act*).

- Ligue para seu plano e peça uma cópia do procedimento para recursos internos do seu plano e quais informações e documentos incluir na sua solicitação de recurso interno.
- Depois, envie seu recurso interno por escrito. Seu plano deve responder imediatamente.

Veja a publicação do Departamento do Trabalho, *Registrando uma solicitação para Seus Benefícios de Saúde* no link dol.gov/agencies/ebsa/about-ebsa/our-activities/resource-center/publications/filing-a-claim-for-your-health-benefits-pt.

Recursos

Você pode saber mais sobre a Lei Sem Surpresas e a observância dos requerimentos pelo seu plano de saúde.

Administração de Segurança dos Benefícios de Empregados (EBSA) do Departamento do Trabalho dos EUA

- Ligue grátis para um consultor de benefícios no número **1-866-444-3272**.
- Visite dol.gov/agencies/ebsa/laws-and-regulations/laws/no-surprises-act.

Central de Atendimento Sem Surpresas

- Ligue **1-800-985-3059**.
- Visite www.cms.gov/nosurprises/consumers.

Site da secretaria de seguros do seu Estados e informações de contato

Você pode encontrar as informações do seu Estados no site da National Association of Insurance Commissioners no site content.naic.org/state-insurance-departments.



ADMINISTRAÇÃO DE SEGURANÇA DOS BENEFÍCIOS DE EMPREGADOS
DEPARTAMENTO DO TRABALHO DOS EUA

Outubro 2024