

Perguntas frequentes sobre o plano de saúde

Não tenho plano de saúde. Como adquiero um plano de saúde em Massachusetts? Como sei se sou elegível?

Se você não conseguir obter o plano de saúde por meio do trabalho ou da escola, o MassHealth e o MA Health Connector são os dois principais recursos para se ter um plano de saúde em Massachusetts. Você pode verificar sua elegibilidade nos sites abaixo. A maioria das pessoas se qualifica para a cobertura. Verifique, mesmo se você achar que não se qualifica.

MassHealth: www.mass.gov/topics/masshealth

MA Health Connector: www.mahix.org/individual/

Para obter mais ajuda, entre em contato com o **Financial Assistance no Mass General Brigham:** www.massgeneralbrigham.org/patient-information/financial-assistance

Eles podem pedir um comprovante de renda, número do seguro social (social security), endereço, data de nascimento, estado civil, número de dependentes e possivelmente outras informações pessoais. Essas informações são mantidas em confidencialidade. Alguns exemplos de comprovantes de renda são: contracheques, declarações de imposto de renda, extrato de aposentadorias ou pensões, extratos bancários ou extratos de rendimentos do seguro social (social security income statements).

Como saber se meu plano cobre meus medicamentos, exames laboratoriais, vacinas, consultas médicas ou outros serviços?

Olhe na frente e no verso do seu cartão do plano. Pode haver informações úteis listadas, como custos de coparticipação para consultas e prescrições médicas ou números de telefone para ligar em caso de dúvidas. Quando entrar em contato com o seu plano de saúde, tenha o cartão do plano em mãos. Use o número de telefone dos Serviços para associados (Member Services) para tirar dúvidas sobre sua cobertura. Eles podem solicitar seu número de identificação de membro, número do seguro social (social security), data de nascimento ou outras informações pessoais para verificar sua identidade.

Ao perguntar sobre sua cobertura, seja o mais específico possível: Saiba os nomes dos seus medicamentos, das vacinas que você deve receber e/ou dos exames que gostaria de fazer. Pergunte sobre cada um de que você precisa. Alguns planos de saúde cobrem apenas serviços em hospitais ou clínicas específicas, portanto verifique novamente para garantir que esses serviços sejam cobertos no Massachusetts General Hospital.

Meu plano de saúde diz que preciso de uma autorização prévia (Prior Authorization ou PA). O que é isso?

Às vezes, as empresas de plano de saúde solicitam informações adicionais sobre um medicamento ou serviço antes de decidirem pagar por ele. Isso é chamado de autorização prévia (Prior Authorization ou PA). Na PA, o profissional de saúde descreverá por que você precisa de um determinado medicamento ou serviço. Se o seu plano de saúde solicitar uma PA para um medicamento prescrito pelo Sexual Health Clinic, avise seu médico ou enfermeira.

Me sinto saudável. Por que eu preciso de um provedor de cuidados primários (PCP)? Meu médico da Sexual Health Clinic pode ser meu PCP?

Um PCP é um clínico (um MD, DO, NP, ou PA) que fornece cuidados de saúde de rotina, por exemplo, exames físicos, medicamentos de manutenção e vacinas. O PCP geralmente é seu primeiro ponto de contato quando você não está se sentindo bem. Esse profissional também pode ajudar a descobrir se você precisa de cuidados mais especializados. Seu plano de saúde pode exigir que você tenha um PCP (como em um plano Health Maintenance Organization, HMO) e obtenha encaminhamentos de seu PCP antes de procurar atendimento de um especialista. Outros planos (como um plano Preferred Provider Organization, PPO) não exigem um PCP ou um encaminhamento de PCP, mas eles têm redes específicas de profissionais de saúde com quem preferem que você se consulte. Independentemente do tipo de plano, é altamente recomendável consultar um PCP regularmente para se manter saudável.

Os serviços da Sexual Health Clinic incluem testes, aconselhamento e tratamento de infecções sexualmente transmissíveis (IST); profilaxia pré-exposição para HIV (PrEP); profilaxia pós-exposição para HIV (PEP); e vacinas relacionadas à saúde sexual. Embora não possamos ser seu provedor de cuidados primários, podemos ajudar você a encontrar um PCP que possa. O número do serviço de indicação de cuidados primários do MGH é **800-711-4644**.

Meus pais são os responsáveis pelo meu plano, mas não quero que eles saibam sobre minha consulta. O que devo fazer?

Existe uma lei em Massachusetts chamada PATCH Act (Protect Access to Confidential Healthcare) que permite escolher para onde o seu plano de saúde envia a Explanation of Benefits (EOB). Esse EOB não são as faturas, mas sim descrições dos serviços que você recebeu e dos serviços que o seu plano pagou. O EOB geralmente é enviado para o seu endereço depois que você recebe os serviços de saúde. Você tem o direito de ligar para o seu plano e "invocar" a Lei PATCH, solicitando que um EOB seja enviado diretamente a você e a mais ninguém.

Veja um roteiro detalhado que você pode usar ao ligar para sua operadora do plano para invocar o PATCH Act:

www.chlpi.org/wp-content/uploads/2013/12/FINAL-CHLPI-PATCH-Act-consumer-script.pdf

Encontre mais informações sobre o PATCH Act aqui:

schoolhealthteams.aap.org/uploads/ckeditor/files/PATCH%20Act%20Fact%20Sheet.pdf

Se tiver dúvidas sobre para onde um EOB será enviado, entre em contato com seu plano de saúde.

Quero começar a PrEP, mas não quero que minha família saiba e estou preocupado em usar o plano para receber minha medicação de PrEP e fazer os exames laboratoriais. Quais são minhas opções?

Você pode invocar o PATCH Act conforme descrito acima.

Você também pode se qualificar para a assistência adicional de Massachusetts chamada PrEPDAP. A PrEPDAP pode ajudar a pagar pela medicação da PrEP se você não puder ou tiver dúvidas sobre a confidencialidade. Pergunte ao seu médico ou à enfermeira da clínica sobre a PrEPDAP. A elegibilidade para a PrEPDAP muda frequentemente e você pode ter que enviar comprovantes de pagamento e/ou de residência em Massachusetts.

Fale com o seu profissional de saúde se tiver dúvidas.

Glossário de plano de saúde: Principais termos

Franquia: O valor que você deve pelos serviços de saúde cobertos antes que seu seguro ou plano de saúde comece a pagar.

Coparticipação: Um valor que você paga como sua parte do custo de um serviço médico, por exemplo, uma consulta.

Cosseguro: Sua parcela do custo de um serviço de saúde coberto, geralmente calculada como uma porcentagem (por exemplo, 20%) do valor permitido para o serviço.

Prêmio: O valor que você paga pelo seu seguro ou plano de saúde mensalmente.

Rede: Os médicos, hospitais e fornecedores com os quais o plano de saúde tem contrato para fornecer serviços de cuidados de saúde a seus membros.

Máximo de desembolso: O máximo que você paga durante um período de apólice (geralmente um ano) antes de seu seguro ou plano de saúde começar a pagar 100% pelos benefícios de saúde essenciais cobertos. Esse limite inclui franquias, cosseguros, coparticipação ou encargos semelhantes e qualquer outro gasto exigido de uma pessoa para uma despesa médica qualificada. Esse limite não precisa incluir prêmios ou gastos com benefícios de saúde não essenciais.

Explanation of Benefits (EOB): Um resumo das cobranças de cuidados de saúde que seu plano envia depois que você se consulta com um profissional de saúde ou recebe um serviço. Não é uma fatura. É um registro dos cuidados de saúde que você ou indivíduos cobertos por sua apólice receberam e quanto seu profissional de saúde está cobrando do seu plano de saúde. Se você tiver que pagar mais pelo seu atendimento, seu prestador do serviço de saúde enviará uma fatura separada.