

# Plano de saúde Guia de compras



Use este guia para ajudar na escolha de um plano de saúde através do Massachusetts Health Connector.



## Etapa 1: Saiba para quais planos você se qualifica

Primeiro, é preciso saber quais planos estão disponíveis para você. Se você fez a solicitação on-line, poderá ver as opções de plano após preencher sua solicitação e clicar no botão **Encontrar um plano**. Se você fez a solicitação por meio de formulário impresso ou por telefone, poderá pesquisar os planos disponíveis em sua região acessando **MAhix.org/individual** e clicando em **Visualizar planos** na parte inferior da página inicial. Você também pode ligar para o Serviço de Atendimento ao Cliente.



## Etapa 2: Comparar custos

O custo total da sua cobertura incluirá os pagamentos mensais do prêmio e seus custos diretos. Em geral, quanto mais baixo for o seu prêmio mensal, mais alto será o seu custo direto quando precisar de serviços cobertos. A lista dos benefícios incluídos em todos os planos do Health Connector pode ser encontrada na página 4.

Nossos planos são organizados por categorias metálicas (níveis) para facilitar a comparação entre os prêmios dos planos e os custos diretos. Saiba mais sobre as categorias metálicas (níveis) na página 5.

Use nossa planilha na página 3 para ver o valor de seus custos diretos com base nos serviços de saúde que você acha que precisará ao longo do ano do plano.



## Etapa 3: Verifique os provedores de saúde e os medicamentos com receita médica cobertos pelos planos

Depois de restringir suas opções de plano, verifique se os provedores de saúde que você deseja consultar (como médicos, hospitais ou centros de saúde) e os medicamentos com receita médica que você precisa estão cobertos pelo plano antes de fazer sua inscrição. Para saber quais planos incluem seus provedores de saúde e medicamentos, use nossa ferramenta on-line em **PlanFinder.MAhealthconnector.org**.



## Etapa 4: Selecione seu novo plano e faça sua inscrição

Após se informar sobre os custos do plano e verificar se os provedores de saúde que você deseja estão na rede do plano, você precisará concluir sua inscrição. Inscreva-se on-line em **MAhealthconnector.org**, ou ligue para o Serviço de Atendimento ao Cliente para fazer sua inscrição por telefone no número 1-877 MA ENROLL (1-877-623-6765). Pessoas com deficiência auditiva ou de fala devem ligar para: 711.

Após escolher um plano, você precisará pagar o valor do primeiro prêmio para concluir a inscrição. O pagamento deve ser feito sempre até o dia **23** do mês anterior ao início de sua cobertura.

## Dúvidas?

Acesse **MAhealthconnector.org** ou ligue para **1-877-MA-ENROLL** (1-877-623-6765) pessoas com deficiência auditiva ou de fala devem ligar para: 711.

## Perguntas para ajudar você a começar

Responda às perguntas abaixo antes de começar a procurar um seguro saúde. Suas respostas ajudarão você a decidir quais planos de saúde são os mais adequados para você e sua família. Suas respostas também ajudarão você a saber quanto terá de pagar em custos diretos durante o ano.

1. Pense na frequência com que você e qualquer pessoa do seu plano geralmente usam **serviços de saúde**. Serviços de saúde incluem consultas médicas ou cirurgias. Escreva quantas vezes por ano você prevê:

Consultar um médico de cuidados primários (PCP) \_\_\_\_\_

Consultar um especialista \_\_\_\_\_

Fazer exames, como exames de sangue ou ressonâncias magnéticas, como parte do tratamento de uma doença crônica \_\_\_\_\_

Planejar uma cirurgia, parto, ou outro procedimento \_\_\_\_\_

**Se você utiliza serviços de saúde com frequência, talvez seja melhor escolher um plano com um prêmio mensal mais alto, mas com custos diretos mais baixos.**

2. Há **medicamentos com receita médica** que você e qualquer pessoa do seu plano tomam regularmente? Em caso afirmativo, escreva para cada medicamento:

O nome exato do medicamento 1 \_\_\_\_\_

O número de comprimidos ou doses que você comprou na farmácia a cada mês \_\_\_\_\_

O nome exato do medicamento 2 \_\_\_\_\_

O número de comprimidos ou doses que você comprou na farmácia a cada mês \_\_\_\_\_

O nome exato do medicamento 3 \_\_\_\_\_

O número de comprimidos ou doses que você comprou na farmácia a cada mês \_\_\_\_\_

O nome exato do medicamento 4 \_\_\_\_\_

O número de comprimidos ou doses que você comprou na farmácia a cada mês \_\_\_\_\_

**Certifique-se de que qualquer plano de seu interesse cubra todos os seus medicamentos e informe-se sobre os respectivos custos. Encontre essas informações por meio de nossa ferramenta on-line em: [PlanFinder.MAhealthconnector.org](http://PlanFinder.MAhealthconnector.org)**

3. Há algum **médico ou especialista** que você ou qualquer pessoa do seu plano queira consultar? Em caso afirmativo, escreva os nomes aqui.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. Há algum **hospital ou centro de saúde** que você ou qualquer pessoa do seu plano deseja recorrer quando precisar de cuidados? Em caso afirmativo, qual é o nome do hospital ou centro de saúde?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Antes de se inscrever em um plano, verifique se os provedores de saúde (como médicos e hospitais) que você deseja estão na rede do plano. Encontre essas informações por meio de nossa ferramenta on-line em: [PlanFinder.MAhealthconnector.org](http://PlanFinder.MAhealthconnector.org)**



## Compare suas opções

Use esta tabela para comparar até três planos.

Use o restante deste guia para responder às dúvidas que tiver enquanto estiver preenchendo a tabela.

Para preencher a tabela, você precisará consultar o Resumo da Cobertura e dos Benefícios (SBC) de cada plano. Esses resumos podem ser encontrados nos sites dos planos, bem como em **MAhealthconnector.org** na página **Informações do plano** na seção **Aprender** do site.

Você também precisará saber se seus provedores de saúde estão incluídos nos planos. Para saber mais, use nossa ferramenta on-line em **PlanFinder.MAhealthconnector.org**. Você também pode consultar o site da seguradora (companhia de seguros) ou ligar diretamente para a seguradora.

- ▶ Para ajudar a calcular os custos diretos do ano com planos diferentes, você pode multiplicar os copagamentos listados abaixo para cada plano pelo número de consultas ou receitas que você listou na página 2.

	Plano A	Plano B	Plano C
Nome do plano			
Prêmio mensal			
Os provedores de saúde e hospitais que você deseja estão na rede do plano?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Valor da franquia			
Valor máximo dos custos diretos (MOOP)			
A cobertura odontológica está incluída?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Há cosseguro para quaisquer serviços de que você possa precisar?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
■ Se você respondeu “Sim” acima, qual é o valor do cosseguro?			
Qual é o valor do copagamento para consultas com um médico de cuidados primários (PCP)?			
Qual é o valor do copagamento para consultas com um especialista?			
Os medicamentos com receita médica que você toma estão cobertos por este plano?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
■ Em caso afirmativo, qual é o valor do copagamento para os medicamentos que você precisa?			

# Respostas para ajudar você a escolher um plano

Essas perguntas frequentes podem ajudar você a entender os diferentes planos e custos, além de auxiliar na decisão de qual é o plano ideal para você.

## 1. Quais são os benefícios cobertos pelos planos de saúde?

Todos os planos de saúde que você pode escolher através do Health Connector oferecem os seguintes **benefícios**:

- **Atendimento ambulatorial** – Tratamento sem internação hospitalar
- **Internação hospitalar** – Tratamento recebido no hospital
- **Tratamento em pronto-socorro**
- **Cuidados pré-natais/pós-natais** – Cuidados antes e depois do nascimento do bebê
- **Serviços de saúde mental e dependência química** – Inclui tratamento de saúde comportamental, terapia e apoio psicológico
- **Medicamento com receita**
- **Serviços e produtos para ajudar na sua recuperação em caso de lesão, deficiência ou doença crônica** – Inclui fisioterapia e terapia ocupacional, fonoaudiologia, reabilitação psiquiátrica e muito mais
- **Exames laboratoriais**, como exames de sangue ou Papanicolau
- **Cuidados preventivos** – Serviços para ajudar a preservar sua saúde, como consultas, exames, vacinas e exames oftalmológicos de rotina
- **Atendimento pediátrico** – Oferece atendimento a crianças, inclusive acompanhamento oftalmológico

## 2. Qual é a diferença entre os planos de saúde?

A diferença entre os planos inclui:

- Qual empresa de seguro saúde oferece o plano
- Redes de provedores (os médicos, hospitais e outros profissionais do plano)
- Custos, incluindo prêmio mensal e custos diretos, como copagamentos e franquia

Na seção **Perguntas para ajudar você a começar**, você escreveu os nomes dos médicos e hospitais que deseja ter no plano que escolher. Antes de se inscrever em um plano, use nossas ferramentas on-line em PlanFinder.MAhealthconnector.org para ter certeza de que os provedores de saúde que você deseja e os medicamentos com receita médica de que precisa estão na rede do plano.

Você também pode ligar diretamente para a seguradora para obter essas informações.

**Ao pesquisar ou ligar para a seguradora para perguntar sobre um provedor de saúde, não se esqueça de informar o nome completo do plano.** Por exemplo, diga: “Fallon Health Select Care Platinum Connector” e não apenas “Fallon Health.”



## 3. Que tipo de custos os planos de saúde possuem?

Os planos de saúde possuem cinco tipos de custos:

- **Prêmio:** Esse é o valor que você paga todo mês, independentemente de usar ou não os serviços de saúde. Você pagará seu prêmio mensal ao Health Connector. O pagamento do prêmio deve ser feito sempre até o dia 23 do mês.
- **Franquia:** É o custo total que você deve pagar em um ano de plano antes que seu plano pague parcialmente ou integralmente pelos serviços.
- **Copagamento:** É o valor que você paga no momento em que recebe determinados serviços de saúde. Geralmente você começa a pagar copagamentos após atingir sua franquia.
- **Cosseguro:** Se um serviço de saúde tiver cosseguro, você pagará uma porcentagem (uma parte) do custo desse serviço. Geralmente você começa a pagar cosseguro após atingir sua franquia. O valor do cosseguro não é um valor fixo, como o copagamento. O valor dependerá do custo total do serviço.
- **Custo direto máximo (MOOP):** É o valor máximo que você pagará em um ano pelos serviços de saúde. Depois de pagar esse valor, seu plano pagará por todos os serviços cobertos durante o resto do ano.

## 4. Qual é a diferença entre os planos de saúde Platinum, Gold, Silver e Bronze?

Os planos do Health Connector são divididos em categorias (níveis) com o nome de metais. As categorias metálicas são Platinum, Gold, Silver e Bronze. As categorias facilitam a comparação dos planos.

## Respostas para ajudar você a escolher um plano *(continuação)*

Veja como isso funciona:

- **Os planos Platinum e Gold** têm os prêmios mais altos (custo mensal), mas apresentam custos mais baixos (franquias e copagamentos) quando você precisa de serviços de saúde.
- **Os planos Silver** têm prêmios geralmente mais baixos do que os planos Gold, mas apresentam custos mais altos quando você precisa de serviços de saúde.
- **Os planos Bronze** têm os prêmios mais baixos, mas apresentam os custos mais altos quando você precisa de serviços de saúde.

### 4. O que é Cobertura catastrófica?

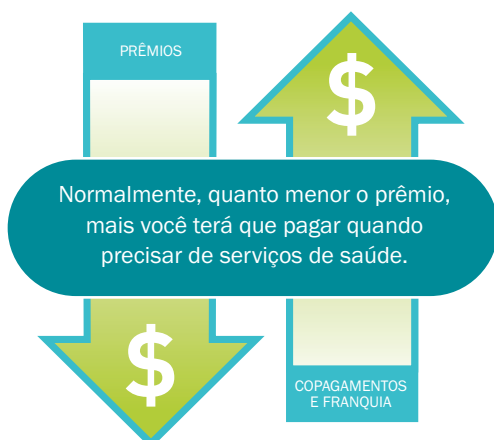
Os planos catastróficos estão disponíveis apenas para determinadas pessoas. Para se qualificar, você deve ter menos de 30 anos de idade ou ter uma isenção por dificuldades financeiras elegível pelo governo federal. Os planos catastróficos oferecem cobertura apenas em situações graves de saúde. As franquias são bastante altas. Você deverá pagar por quase todo o seu tratamento de saúde até atingir a franquia. Se você se inscrever em um plano catastrófico, não poderá obter ajuda para pagar por sua cobertura, mesmo que, de outra forma, se qualificasse.

### 5. Qual categoria metálica (Platinum, Gold, Silver ou Bronze) devo escolher?

Para escolher um nível, pense na frequência com que você recorre aos serviços de saúde. Você pode pagar menos a cada mês e desembolsar mais quando receber atendimento. Ou você pode pagar mais a cada mês e desembolsar menos quando receber atendimento.

Um plano **Platinum** ou **Gold** pode ser melhor para você se:

- Você tem uma doença crônica (como diabetes) ou acha que usará bastante os serviços de saúde (como ir ao médico, obter uma receita médica ou fazer uma cirurgia).



- É preferível pagar um prêmio mais alto todo mês para desembolsar menos em copagamentos e cosseguros quando precisar de serviços de saúde.

Um plano **Silver** pode ser melhor para você se:

- Você usa alguns serviços de saúde e não quer pagar custos diretos muito elevados ao receber atendimento.

Um plano **Bronze** pode ser melhor para você se:

- Você não usa muitos serviços de saúde, exceto para cuidados preventivos.
- É preferível pagar menos pelo seu prêmio todo mês e desembolsar mais quando precisar de serviços de saúde.
- Você pode arcar com uma franquia alta e custos diretos mais altos se precisar de atendimento.

### 6. O que é uma Conta poupança de saúde (HSA)?

Uma Conta de poupança de saúde (Health Savings Account, HSA) é uma forma de reservar dinheiro antes dos impostos para usar em determinadas despesas médicas. Alguns planos disponíveis no Health Connector são “compatíveis com HSA”, o que significa que você poderá criar uma HSA se estiver inscrito em um desses planos. Normalmente, é possível criar uma HSA em uma instituição financeira, como por exemplo, um banco. Para saber mais sobre HSAs, acesse [IRS.gov](http://IRS.gov) e digite “HSA” na ferramenta de busca.

### 7. Como faço para comparar minhas opções?

Após escolher um nível metálico (Platinum, Gold, Silver ou Bronze), será mais fácil comparar suas opções de plano. Se estiver adquirindo um plano no site **MAhealthconnector.org**, poderá selecionar até três planos para realizar uma comparação on-line.

### 8. O que significa rede limitada ou reduzida?

Uma rede limitada ou reduzida consiste em um plano com menos provedores de saúde e prêmios mais baixos do que outros planos oferecidos pela mesma seguradora (companhia de seguros). Ao pesquisar planos on-line, você visualizará “Observação sobre a rede” se estiver procurando um desses planos. Pode ser uma boa opção para você se ela incluir os provedores de saúde que deseja. Antes de se inscrever, use a ferramenta Encontrar um provedor para ver se seus provedores de saúde estão incluídos no plano.

# Glossário de termos

Listamos abaixo os termos que você verá e ouvirá ao escolher seu plano de saúde. Talvez você não conheça esses termos. Aprender os ajudará você a entender melhor seu seguro saúde.

## Cosseguro

Se um serviço de saúde tiver cosseguro, você pagará uma porcentagem (uma parte) do custo desse serviço. Geralmente você começa a pagar cosseguro após atingir sua franquia. O valor do cosseguro não é um valor fixo, como o copagamento. O valor a ser pago dependerá do custo total do serviço.

## Copagamento

Um valor fixo que você paga no momento em que recebe determinados serviços de saúde. Nem todos os serviços exigem copagamento.

## Franquia

É o valor total que você deve pagar em um ano de plano antes que seu plano pague parcialmente ou integralmente pelos serviços. Alguns serviços podem não ter franquia. Eles podem ser gratuitos ou ter apenas um copagamento, mesmo que você ainda não tenha atingido a franquia.

## HMO

HMO significa Health Maintenance Organization (Organização de Manutenção da Saúde). Se você escolher um plano HMO, deverá usar os provedores da rede para que seus serviços sejam cobertos. Se você procurar um provedor fora da rede, o plano não cobrirá o custo do seu tratamento, exceto em caso de emergência.

Se você se inscrever em um HMO, também precisará selecionar um médico de cuidados primários (PCP). Talvez seja necessário obter um encaminhamento do seu PCP se você precisar de cuidados de um especialista. A maioria dos planos oferecidos pelo Health Connector são HMOs.

## Custo direto máximo (MOOP)

É o valor máximo que você pagará em um ano pelos serviços de saúde. Depois de pagar esse valor, seu plano pagará por todos os serviços cobertos durante o resto do ano. Você ainda precisa pagar seu prêmio todo mês.

## Prêmio

O valor que você paga mensalmente pelo seu seguro saúde. Você deve pagar o prêmio todo mês, independentemente se usar ou não os serviços de saúde. O Health Connector enviará uma fatura mensal com o valor do seu prêmio. O prêmio sempre deverá ser pago até o 23º dia do mês.

## Médico de cuidados primários (PCP)

O médico que presta atendimento e serviços de saúde, como encaminhamento a especialistas. Se você se inscrever em um plano HMO ou EPO, precisará selecionar um PCP.

## Redes de provedores

Uma rede de provedores é um grupo de médicos, hospitais e outros provedores de saúde que trabalham em parceria com o plano de saúde para prestar serviços a você. Cada plano possui uma rede. Há diferentes tipos de rede.

- **Dentro da rede** significa que o provedor faz parte da rede do plano de saúde. Se você receber atendimento de um provedor da rede, o custo será menor.
- **Fora da rede** significa que o provedor não faz parte da rede do plano de saúde. Se você receber atendimento de um provedor que não faz parte da rede, seu plano pode não pagar por esses serviços e você pode ter que arcar com uma parte ou a totalidade dos custos.

## Planos padronizados

Oferecemos planos padronizados em cada categoria metálica (nível). Os planos padronizados têm um conjunto de 21 benefícios principais com os mesmos custos diretos, para facilitar a comparação.

Os planos não padronizados podem ter custos diretos variáveis para todos os benefícios e são oferecidos em cada categoria metálica. Se você visualizar a palavra "Standard" no nome de um plano, isso significa que os benefícios são padronizados e que o plano pode ser mais fácil de comparar com outros planos padronizados na mesma categoria metálica.