

SEGURO DE SAÚDE NOS ESTADOS UNIDOS



VITAE
GROUP

INSURANCE & FINANCIAL SERVICES



A **VITAE GROUP** é uma das agências de seguros mais procuradas por estrangeiros para providenciar planos de saúde nos Estados Unidos, onde são chamados de Seguro de Saúde.

Estamos preparados para atender às necessidades de todos que nos procuram, a fim de proteger seu maior patrimônio: sua saúde.

Representamos praticamente todas as companhias de seguro no mercado, oferecendo atendimento completo.

As diferenças entre os planos de saúde no Brasil e os Seguros de Saúde nos EUA são inúmeras, e você deve conhecê-las bem para saber exatamente o que está contratando, e como usar seus benefícios em caso de necessidade:

<h2>PLANO DE SAÚDE NO BRASIL</h2>	<h2>SEGURO DE SAÚDE NOS EUA</h2>
<p>GERALMENTE, BASTA APRESENTAR A CARTEIRINHA DO PLANO NOS PROVEDORES CREDENCIADOS PARA SER ATENDIDO.</p>	<p>FUNCIONA EM MODELO DE FRANQUIA. MESMO ADQUIRINDO UM SEGURO DE SAÚDE, VOCÊ TERÁ QUE ARCAR COM ALGUM CUSTO MÉDICO.</p>
<p>TODAS AS DESPESAS MÉDICAS ESTÃO COBERTAS DENTRO DA REDE DE PROVEDORES.</p>	<p>DEPENDENDO DO PLANO DE SAÚDE CONTRATADO, OS BENEFÍCIOS SÃO BEM DEFINIDOS E DISTINTOS, PODENDO HAVER LIMITAÇÕES DE SERVIÇOS DIVERSOS, COMO CHECK-UPS/PREVENTIVOS, POR EXEMPLO. RECOMENDA-SE OBSERVAR ATENTAMENTE A TABELA DE BENEFÍCIOS OFERECIDA.</p>
<p>NORMALMENTE NÃO COBRE MEDICAMENTOS PRESCRITOS POR MÉDICOS.</p>	<p>A MAIORIA DOS SEGUROS DE SAÚDE COBRE MEDICAMENTOS PRESCRITOS (ALGUNS PODEM TER COBERTURA LIMITADA).</p>
<p>EM GERAL, AS DESPESAS HOSPITALARES SÃO TOTALMENTE COBERTAS.</p>	<p>POR CONTA DAS FRANQUIAS E COPARTICIPAÇÕES, VOCÊ TERÁ QUE PAGAR A PARTE QUE LHE CABE NO ATENDIMENTO.</p>
<p>É COMUM HAVER CARÊNCIA PARA DIVERSOS PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E TRATAMENTOS. UMA VEZ QUE ESSA CARÊNCIA FOR CUMPRIDA, O CLIENTE TERÁ ATENDIMENTO PARA TODAS AS DOENÇAS.</p>	<p>ALGUNS PLANOS DE SEGURO DE SAÚDE DÃO COBERTURA A DOENÇAS PRÉ-EXISTENTES DESDE O PRIMEIRO DIA. OUTROS, DÃO CARÊNCIA ESPECIFICA PARA A CONDIÇÃO. EXISTEM TAMBÉM PLANOS QUE NÃO COBREM NENHUMA DOENÇA PRÉ-EXISTENTE.</p>
<p>O USUÁRIO DO PLANO DE SAÚDE PODE IR LIVREMENTE EM QUALQUER PROVEDOR DE SUA REDE. EM ALGUNS PLANOS, SE VOCÊ FOR ATENDIDO EM UM PROVEDOR QUE NÃO FAÇA PARTE DE SUA REDE, SERÁ REEMBOLSADO EM UM VALOR PRÉ-DEFINIDO.</p>	<p>ASSIM COMO NO BRASIL, EM DIVERSAS SEGURADORAS HÁ UMA REDE CREDENCIADA A SER SEGUIDA POREM, EM OUTRAS SEGURADORAS VOCÊ TEM A LIBERDADE DE UTILIZAR PROVEDORES QUE FAZEM OU NÃO PARTE DA REDE. SEMPRE VERIFICAR SE O SEU SEGURO TAMBÉM TEM COBERTURA PARA PROVEDORES OUT-OF-NETWORK.</p>

COMO SÃO PAGAS AS DESPESAS MÉDICAS EM UM SEGURO DE SAÚDE?



Ao contrário dos planos de saúde brasileiros, um Seguro de Saúde não arca diretamente com todas as suas despesas médicas de um atendimento. Dependendo do seguro contratado, esses custos poderão ser divididos entre você e a seguradora.

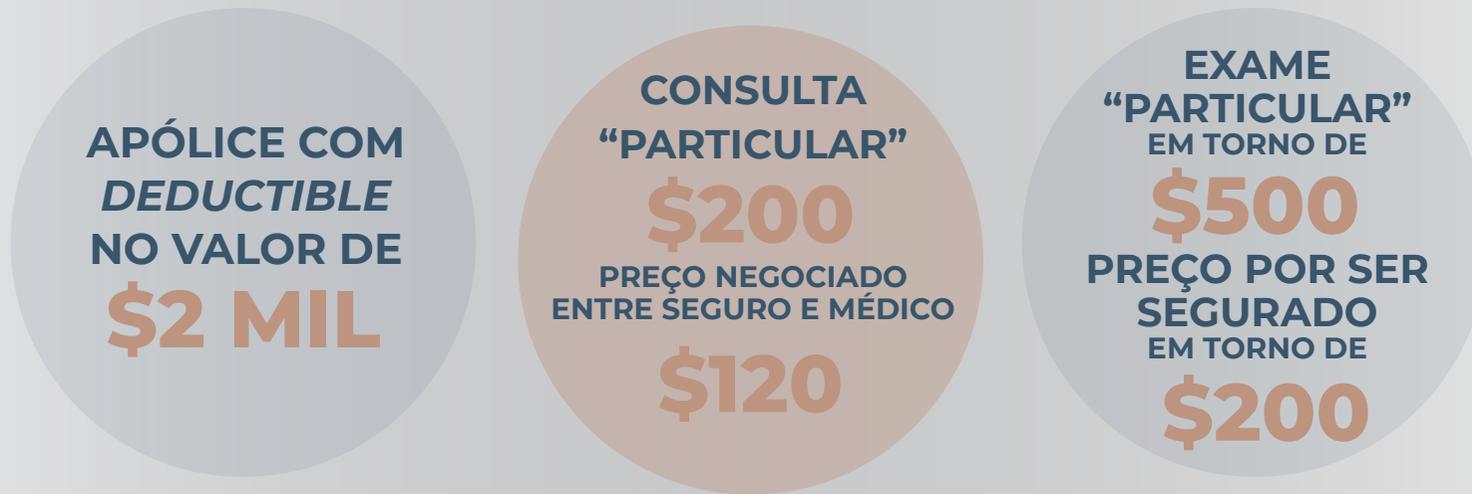
Existem diversos itens que uma apólice de seguros pode possuir que facilitam essa divisão de custos para o cliente, como **Deductible** (franquia), **Coinsurance** (coparticipação), **Copays** (copagamentos) e **Out-of-Pocket Maximum** (que nada mais é do que a somatória de todas estas participações).

DEDUCTIBLE (FRANQUIA)

É O VALOR PAGO POR PERÍODO DE CONTRATO ANTES DO SEGURO OFERECER UMA COBERTURA PARCIAL OU TOTAL.

EXEMPLO 01:





Subtraindo os valores que gastou até agora



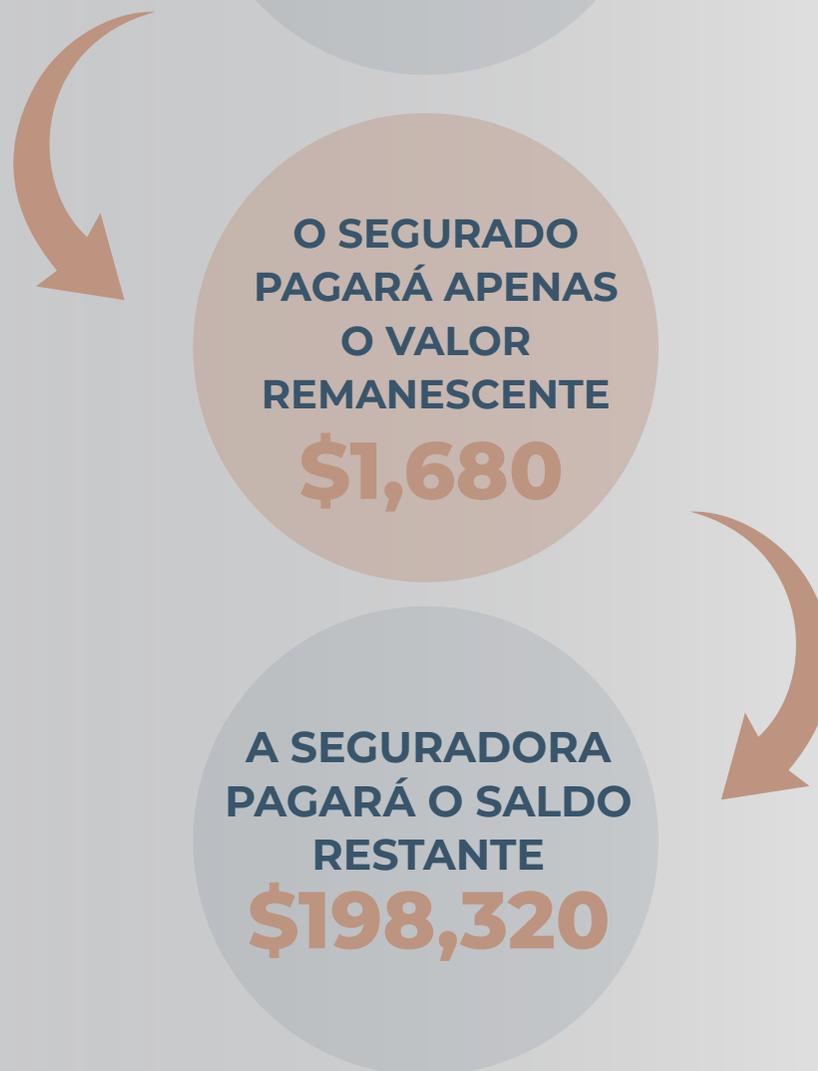
Com a somatória de ambos o segurado deduzira da sua franquia então, \$320 por tanto, a franquia do segurado agora passa a ser \$1,680. Este valor vai diminuindo à medida que você vai utilizando seu seguro dentro de um período de contrato.

DEDUCTIBLE

**CUSTO DA
HOSPITALIZAÇÃO**
\$200 MIL

**O SEGURADO
PAGARÁ APENAS
O VALOR
REMANESCENTE**
\$1,680

**A SEGURADORA
PAGARÁ O SALDO
RESTANTE**
\$198,320



Supondo que um mês após a consulta e o exame descritos no exemplo 2, o mesmo segurado sofre um acidente.

COPAYS (COPAGAMENTOS)

OS COPAYS SÃO VALORES FIXOS PARA ATENDIMENTOS DENTRO DA REDE CREDENCIADA OFERECIDA POR ALGUNS SEGUROS. OS VALORES DOS COPAYS NÃO SÃO CONTAM PARA *DEDUCTIBLE* PORÉM, EM ALGUMAS SEGURADORAS ELE SERÁ DEDUZIDO DO SEU *OUT-OF-POCKET*.

CLÍNICO
GERAL

\$30



ESPECIALISTA

\$50



URGENT CARE
CENTERS

\$75



Sempre que for atendido por um desses provedores que fazem parte da rede credenciada, você vai pagar os valores fixos estabelecidos na apólice pelo atendimento em si. Qualquer exame laboratorial, de imagem, medicamento estarão sujeitos ao *deductible* ou do seu *coinsurance*.

COINSURANCE (COPARTICIPAÇÃO)

COM A COPARTICIPAÇÃO, VOCÊ PAGA UMA PORCENTAGEM DAS DESPESAS MÉDICAS (A SER COMBINADA NA NEGOCIAÇÃO DA APÓLICE) E A SEGURADORA PAGARÁ O RESTANTE. SEMPRE EXISTE UM TETO FINANCEIRO PARA OS SEGUROS COM COPARTICIPAÇÃO, QUE É ACIONADO APÓS O VALOR DA FRANQUIA SER ATINGIDO.

EXEMPLO 01: Vamos supor que você possui um seguro com:

\$2 MIL
DEDUCTIBLE

20%
DE PARTICIPAÇÃO

AO SER
HOSPITALIZADO
E AS DESPESAS
TOTALIZAREM

\$10 MIL

VOCÊ,
PRIMEIRO,
PAGARÁ O VALOR
DO DEDUCTIBLE
INTEGRALMENTE.

\$2 MIL

Dos **\$8 mil** que faltam ser pagos ao hospital, você ainda participa com **20%** (no caso, **\$1600**) e a seguradora pagará os **80%** restantes.

OUT-OF-POCKET MAXIMUM

COM ESTE BENEFÍCIO, VOCÊ TERÁ UM LIMITE DE GASTOS COM SAÚDE ALÉM DA SUA MENSALIDADE. QUANDO SUAS CONTAS MÉDICAS ATINGEM ESSE TETO DURANTE O PERÍODO DO CONTRATO, A SEGURADORA ARCA COM 100% DOS CUSTOS RESTANTES*.

OS CUSTOS DO *DEDUCTIBLE*, *COINSURANCE* E ALGUMAS VEZES OS *COPAYS* SÃO INCLUSOS NO VOLUME DE GASTOS PARA ATINGIR ESSE TETO.

*SERVIÇOS COBERTOS PELO SEGURO.

EXEMPLO: Vamos supor que você possui um seguro com:

$$\begin{array}{ccc} \text{\$2 MIL} & + & \text{20\% DE COINSURANCE} \\ \text{DEDUCTIBLE} & & \text{LIMITADO A \$8,000} \\ & = & \text{\$10,000} \\ & & \text{de out-of-pocket maximum.} \end{array}$$

AO SER HOSPITALIZADO E AS DESPESAS TOTALIZAREM **\\$102 MIL**



VOCÊ, PRIMEIRO, PAGARÁ O VALOR DO DEDUCTIBLE INTEGRALMENTE **\\$2 MIL**



Como sua apólice possui uma coparticipação de 20% você com teto de **\\$8 mil**, esse será o valor que você pagará do restante da conta do hospital. A seguradora então, arcará com o valor remanescente.

Portanto, desta conta de **\\$102,000**, o segurado pagará **\\$10,000** e a seguradora **\\$92,000**.

HMO e PPO/EPO



Dependendo do seguro de saúde a ser contratado, você pode escolher uma das seguintes modalidades:

HMO (HEALTH MAINTENANCE ORGANIZATION)

O Seguro de Saúde exige que você consulte primeiro um clínico geral pré-estabelecido que prescreverá o tratamento adequado ou, se houver necessidade, lhe encaminhará a um especialista

PPO (PREFERRED PROVIDER ORGANIZATION) / EPO (EXCLUSIVE PROVIDER ORGANIZATION)

Você tem a liberdade de se consultar diretamente com um especialista se assim desejar, sem precisar passar por um clínico geral antes

ÁREA DE COBERTURA DO SEGURO DE SAÚDE



Dependendo do Seguro de Saúde que contrata, você pode ser atendido apenas em uma determinada região (como a cidade ou o estado onde mora) ou em qualquer lugar do mundo (por exemplo, se estiver morando em outro país e quiser ter tratamento no Brasil, ou em outra localidade).

De acordo com seu atual cenário, você pode escolher entre esses dois modelos de cobertura:

SEGURO LOCAL

Ideal para quem vive e trabalha nos EUA. Seu Seguro de Saúde cobriria todos os hospitais, clínicas e laboratórios de sua localidade. Para isso, é necessário que você confirme residência no país e, dependendo da opção selecionada, comprove sua situação imigratória.

SEGURO INTERNACIONAL

Perfeito para quem mora fora do Brasil (por exemplo nos Estados Unidos, ou qualquer outro lugar), mas prefere realizar acompanhamentos médicos no Brasil. A grande maioria dos serviços é coberta pelo Seguro de Saúde, salvo eventuais limitações. Você terá liberdade para ser atendido onde desejar, sem restrição de país ou médico. Também uma opção interessante para aqueles que viajam muito.

EXISTE REDE PÚBLICA DE SAÚDE NOS EUA?



Ao contrário do Brasil, não há uma rede pública de saúde nos EUA. Para serem atendidos medicamente, pessoas de baixa renda, idosos, veteranos de guerra e deficientes contam com planos do governo como Obamacare, Medicaid e Medicare.

OBAMACARE

A lei chamada de Patient Protection and Affordable Care Act - PPACA (Lei de Proteção e Cuidado ao Paciente em tradução livre) ganhou o apelido popular de Obamacare por ter sido sancionada pelo então presidente dos EUA, Barack Obama, em 23 de março de 2010. A lei garante facilidades a pessoas de baixa renda para pagarem por um Seguro de Saúde e garantirem seu direito a atendimento médico e hospitalar.



MEDICAID*

O Medicaid é o programa de cobertura de saúde oferecido a americanos de baixa renda, crianças, mulheres grávidas e pessoas com deficiência. Administrado pelos estados e financiado em conjunto pelos estados e o Governo Federal, o programa só é oferecido a cidadãos americanos ou com visto permanente de residência que atendam aos requisitos solicitados



*A Vitae Group não oferece auxílio ou atendimento para Medicaid



MEDICARE*

Destinado a pessoas com mais de 65 anos que atendam a um certo critério de rendimentos. O Medicare também é oferecido a deficientes e pessoas com doenças renais graves. O programa só é oferecido a cidadãos americanos ou com visto permanente de residência que atendam aos requisitos solicitados

*A Vitae Group não oferece auxílio ou atendimento para Medicare

CONTACTS

Julia Queiroz Primo

Managing Partner

✉ jqueiroz@vitae-group.com
☎ +1 305 773-3446

Gustavo Mori

Managing Partner

✉ mori@vitae-group.com
☎ +1 305 898-4478

Vitae Group

Back Office

✉ health@vitae-group.com
✉ pnc@vitae-group.com

📍 Address: 799 Brickell Plaza, Suite 604
Miami, FL - 33131

📷 [@vitae_group](https://www.instagram.com/vitae_group)
🌐 vitae-group.com



INSURANCE & FINANCIAL SERVICES