



Neighborhood
Health Plan
OF RHODE ISLAND™



Neighborhood **INTEGRITY** for Duals (HMO D-SNP) **Manual de Membro de 2026**

Janeiro 1, 2026 – dezembro 31, 2026

Sua cobertura de saúde e medicamentos sob o Neighborhood INTEGRITY for Duals (HMO D-SNP)

***Membro Manual* Introdução**

Este *Manual do Membro*, também conhecido como *Comprovante de Cobertura*, informa sobre sua cobertura em nosso plano até 31 de dezembro de 2026. Ele explica os serviços de saúde, a cobertura de saúde comportamental, a cobertura de medicamentos prescritos e os longo prazo serviços e suportes (LTSS). Os serviços e apoios de longo prazo ajudam você ficar em casa em vez de de ir para um enfermagem lar ou hospital. Chave termos e deles as definições aparecem em ordem alfabética no **Capítulo 12** deste *Manual do Membro*.

Esse é um importante jurídico documento. Manter isto em um seguro lugar.

Quando este *Manual do Membro* diz “nós”, “nos”, “nosso” ou “nosso plano”, significa Neighborhood INTEGRITY for Duals.

Este documento está disponível gratuitamente em espanhol e português. Você pode obtê-lo gratuitamente em outros formatos, como letras grandes, braille e/ou áudio, ligando para o Serviço de Atendimento ao Cliente no número no final desta página. A ligação é gratuita.

Você pode solicitar este documento e materiais futuros no seu idioma preferido e/ou formato alternativo por chamando Membro Serviços. Esse é chamado um "de pé solicitar". Membro Serviços vai documente seu de pé solicitar em seu membro registro então que você pode receber materiais agora e em o futuro no seu idioma e/ou formato preferido. Você pode alterar ou excluir sua solicitação de permanência a qualquer momento ligando para o Atendimento ao Cliente.

Aprovação OMB 0938-1444 (Expira em: 30 de junho de 2026)



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Aviso de disponibilidade de serviços de assistência linguística e recursos e serviços auxiliares

ATTENTION: If you speak English, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call 1-800-963-1001 (TTY 711) or speak to your provider.

تتوفر أيضًا المساعدات والخدمات المساعدة المناسبة إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فستكون خدمات المساعدة اللغوية متاحة لك مجانًا. تتبیه: اتصل على 1-800-963-1001 (هاتف الصم وضعاف السمع 711) أو تحدث إلى لتوفير المعلومات بتنسيقات بديلة لأصحاب الإعاقات مجانًا. مقدم الخدمة الخاص بك.

注意：若您使用粵語，我們將為您提供免費的語言協助服務。此外，我們也提供適當的輔助設備與服務，為您提供免費且易於閱讀的資訊。致電 1-800-963-1001 (TTY 711) 或與您的供應商商討。

请注意：如果您说普通话，我们可以为您提供免费的语言援助服务。还会以通俗易懂的形式，免费提供相应的辅助性帮助和服务。请致电 1-800-963-1001 (TTY 711) 或直接联系您的供应商。

À NOTER : Si vous parlez français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des aides et des services auxiliaires appropriés pour fournir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le 1-800-963-1001 (ATS 711) ou parlez à votre fournisseur.

ATANSYON: Si ou pale Kreyòl Ayisyen, sèvis asistans lang gratis disponib pou ou. Èd ak sèvis oksilyè apwopriye pou bay enfòmasyon nan fòm aksèsib yo disponib tou gratis. Rele 1-800-963-1001 (TTY 711) oswa pale ak founisè w la.

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, können Sie kostenlose Sprachassistentendienste nutzen. Geeignete unterstützende Hilfen und Services, die Informationen in barrierefreien Formaten bereitstellen, sind ebenfalls kostenfrei. Rufen Sie 1-800-963-1001 (TTY 711) an oder kontaktieren Sie Ihren Anbieter.

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो आपके लिए निःशुल्क भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। सुलभ प्रारूपों में जानकारी प्रदान करने के लिए उपयुक्त सहायक सहायता और सेवाएँ भी निःशुल्क उपलब्ध हैं। 1-800-963-1001 (TTY 711) पर कॉल करें या अपने प्रदाता से बात करें।

ATTENZIONE: Se parlate italiano, avete a disposizione dei servizi di assistenza linguistica gratuiti. Sempre gratuitamente, sono disponibili anche supporti e servizi ausiliari appropriati per fornirvi informazioni in formati accessibili. Potete chiamare il numero 1-800-963-1001 (TTY 711) o parlare con il vostro fornitore.

注意：日本語を話せる場合には、無料の言語サービスをご利用いただけます。利用できる形式で情報を提供するための適切な補助器具・サービスも無料でご利用いただけます。1-800-963-1001（テキスト電話（TTY）711）にお電話でお問い合わせになるか、提供者にご相談ください。



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações,** visite www.nhpr.org/INTEGRITYDuals.

ការយកចិត្តទុកដាក់៖ ប្រសិនបើអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ សេវាជំនួយភាសាភាគតិចត្រូវមានផ្តល់ជូនដល់អ្នក។ ក៏មានការផ្តល់ការគាំទ្រ និងសេវាកម្មជំនួយសមស្របដោយភាគតិចត្រូវផ្តល់ឱ្យមានជាទម្រង់ដែលអាចចូលប្រើបានផងដែរ។ សូមហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-963-1001 (TTY 711) ឬពិគ្រោះយោបល់ជាមួយអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក។

참조: 한국어를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이해 가능한 형식으로 정보를 제공하기 위한 적절한 보조 도구 및 서비스도 무료 이용하실 수 있습니다. 1-800-963-1001(TTY 711)로 전화하시거나 서비스 제공업체에 문의하세요.

UWAGA: Jeśli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnych usług językowych. Dostępne są również bezpłatne pomoce i usługi, które zapewniają informacje w zrozumiałym formacie. Zadzwoń pod numer 1-800-963-1001 (TTY 711) lub skonsultuj się ze swoim świadczeniodawcą.

ATENÇÃO: Se fala português, tem à sua disposição serviços de assistência linguística gratuitos. Estão também disponíveis, a título gratuito, ajudas e serviços auxiliares adequados para fornecer informações em formatos acessíveis. Ligue para 1-800-963-1001 (TDD 711) ou fale com o seu prestador

ВНИМАНИЕ! Если вы говорите по-русски, то вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Также бесплатно предоставляются соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах. Позвоните по телефону 1-800-963-1001 (телетайп 711) или обратитесь к своему поставщику услуг.

ATENCIÓN: Si habla español, se ofrecen servicios gratuitos de asistencia con el idioma. También se ofrecen ayudas y servicios auxiliares apropiados para brindar información en formatos accesibles sin cargo alguno. Llame al 1-800-963-1001 (TTY 711) o consulte con su proveedor.

PANSININ: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng tulong serbisyo sa lengguwahe. Ang mga naaangkop na dagdag na mga pantulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na porma ay magagamit din nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-963-1001 (TTY 711) o makipag-usap sa iyong tagapagbigay.

CHÚ Ý: Nếu quý vị nói Tiếng Việt, có sẵn các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho quý vị. Các biện pháp hỗ trợ và dịch vụ phụ trợ phù hợp để cung cấp thông tin ở định dạng dễ tiếp cận cũng được cung cấp miễn phí. Hãy gọi số 1-800-963-1001 (TTY 711) hoặc nói chuyện với nhà cung cấp dịch vụ của quý vị.



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações,** visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Manual do Membro do Neighborhood INTEGRITY for Duals

Índice

Capítulo 1: Recebendo iniciado como um membro	6
Capítulo 2: Importante telefone números e recursos	19
Capítulo 3: Usando o planos cobertura para seu saúde cuidado e outros serviços cobertos	42
Capítulo 4: Benefícios Gráfico	62
Capítulo 5: Recebendo seu ambulatorial drogas	121
Capítulo 6: O que você pagar para seu Medicare e medicamentos Medicaid de Rhode Island	143
Capítulo 7: Perguntando nós para pagar nossa parte da conta que você recebeu para serviços ou medicamentos cobertos	159
Capítulo 8: Seu direitos e responsabilidades	165
Capítulo 9: O que para fazer se Você tem um problema ou reclamação (decisões de cobertura, recursos, reclamações)	178
Capítulo 10: Encerrando sua adesão ao nosso plano	225
Capítulo 11: Avisos legais	235
Capítulo 12: Definições de palavras importantes	238



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Isenções de responsabilidade

- ❖ Neighborhood Health Plan of Rhode Island INTEGRITY for Duals (HMO D-SNP) é um plano de saúde com contrato com o Medicare e o Programa Medicaid de Rhode Island. Inscrição no Neighborhood Health Plan of Rhode Island INTEGRITY for Duals depende da renovação do contrato.
- ❖ Os benefícios e/ou copagamentos podem mudar em 1º de janeiro de 2027.
- ❖ Alguns dos benefícios mencionados fazem parte de um programa suplementar especial para doentes crônicos. Você pode se qualificar para a cobertura se tiver uma condição crônica, incluindo, entre outras, hipertensão, diabetes, doença pulmonar crônica, doenças hematológicas graves e doenças genéticas raras e depressão. Aplicam-se critérios de elegibilidade adicionais. Entre em contato conosco para obter mais informações.
- ❖ Nossos medicamentos cobertos, rede de farmácias e/ou rede de prestadores podem mudar a qualquer momento. Você receberá um aviso sobre quaisquer alterações que possam afetá-lo com pelo menos 30 dias de antecedência.



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Capítulo 1: Começar como membro

Introdução

Este capítulo inclui informações sobre o Neighborhood INTEGRITY for Duals, um plano de saúde que coordena todos os seus serviços do Medicare e do Rhode Island Medicaid e a sua adesão ao mesmo. Também informa o que esperar e quais as outras informações que receberá da nossa parte. Os termos-chave e as suas definições aparecem por ordem alfabética no último capítulo do *Manual do Membro*.

Índice

A. Bem-vindo para nosso plano	8
B. Informação sobre Medicare e Rhode Island Medicaid	8
B1. Medicare	8
B2. Medicaid de Rhode Island	8
C. Vantagens dos nossos plano	9
D. Nossos planos serviço área	10
E. O que faz você elegível para ser um plano membro	10
F. O quê para esperar quando você primeiro junte-se a nós plano	11
G. Sua equipe de atendimento e plano de cuidados	11
G1. Equipe de atendimento	11
G2. Plano de cuidados	11
H. Seus custos mensais para o Neighborhood INTEGRITY for Duals	12
H1. Prêmio mensal do Medicare Parte B	12
H2. Valor do pagamento da receita do Medicare	12
I. Isto <i>Membro Manual</i>	13
J. Outro importante Informação você pegar de nós	13
J1. Seu Cartão de Identificação de Membro	13



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

J2. <i>Diretório de Prestadores e Farmácias</i>	14
J3. <i>Lista de medicamentos cobertos</i>	16
J4. <i>A Explicação dos Benefícios</i>	16
K. Mantendo seu associação registro acima até o momento	17
K1. Privacidade de informações pessoais de saúde (PHI)	18



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

A. Bem-vindo ao nosso plano

O Neighborhood INTEGRITY for Duals é um Plano Totalmente Integrado para Pessoas com Necessidades Especiais e Dupla Elegibilidade (Fully Integrated Dual Eligible Special Needs Plan), um tipo de plano Medicare Advantage concebido para membros que são totalmente elegíveis tanto para o Medicare como para o Medicaid. Também é comumente referido como FIDE-SNP. Um Plano Medicare Advantage é um plano aprovado pelo Medicare que oferece uma alternativa ao Original Medicare. Estes planos agrupam o Medicare Parte A (cobertura hospitalar), o Medicare Parte B (serviços de ambulatório) e, muitas vezes, o Medicare Parte D (cobertura de medicamentos sujeitos a receita médica) num único plano abrangente. Também podem oferecer benefícios adicionais não cobertos pelo Original Medicare, como cuidados oftalmológicos ou dentários. O plano também conta com um gestor e uma equipa de cuidados para o ajudar a gerir todos os seus prestadores e serviços. Todos eles trabalham em conjunto para prestar os cuidados de que necessita.

O programa Neighborhood INTEGRITY for Duals foi aprovado pelo Estado de Rhode Island e pelos Centros de Serviços Medicare e Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS).

B. Informação sobre o Medicare e o Rhode Island Medicaid

B1. Medicare

O Medicare é o programa federal de seguro de saúde para:

- pessoas com 65 anos de idade ou mais,
- algumas pessoas com menos de 65 anos com certas deficiências, e
- pessoas com doença renal em fase terminal (insuficiência renal).

B2. Rhode Island Medicaid

Rhode Island Medicaid é o nome do programa Medicaid de Rhode Island. O Rhode Island Medicaid é administrado pelo estado e financiado pelo estado e pelo governo federal. O Rhode Island Medicaid ajuda pessoas com rendimentos e recursos limitados a pagar Serviços e Apoios de Longo Prazo (Long-Term Services and Supports, LTSS) e despesas médicas. Cobre serviços extras e medicamentos não cobertos pelo Medicare.

Cada Estado decide:



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

- o que conta como rendimento e recursos,
- quem é elegível,
- que serviços estão cobertos, e
- o custo dos serviços.

Os Estados podem decidir como gerir os seus programas, desde que respeitem as regras federais.

O Medicare e o estado de Rhode Island aprovaram o nosso plano. Pode obter serviços Medicare e Rhode Island Medicaid através do nosso plano desde que:

- optarmos por oferecer o plano, e
- O Medicare e o estado de Rhode Island nos permitirem continuar a oferecer este plano.

Mesmo que o nosso plano deixe de funcionar no futuro, a sua elegibilidade para os serviços Medicare e Rhode Island Medicaid não será afetada.

C. Vantagens do nosso plano

Agora, receberá todos os serviços cobertos pelo Medicare e pelo Rhode Island Medicaid através do nosso plano, incluindo medicamentos. **Não tem de pagar mais para aderir a este plano de saúde.**

Ajudamos a fazer com que os seus benefícios do Medicare e do Medicaid funcionem melhor em conjunto e melhor para si. Algumas das vantagens incluem:

- Pode trabalhar connosco para a **maioria** das suas necessidades de cuidados de saúde.
- Tem uma equipa de cuidados que ajuda a formar. A sua equipa de cuidados pode incluir o próprio membro, o seu cuidador, médicos, enfermeiros, conselheiros ou outros profissionais de saúde.
- Tem acesso a um gestor de cuidados. Trata-se de uma pessoa que trabalha consigo, com o nosso plano e com a sua equipa de cuidados para ajudar a elaborar um plano de cuidados.
- Pode orientar os seus próprios cuidados com a ajuda da sua equipa de cuidados e do gestor de cuidados.
- A sua equipa de cuidados e o gestor de cuidados trabalham consigo para elaborar um plano de cuidados concebido para satisfazer as **suas** necessidades de saúde. A equipa de cuidados ajuda a coordenar os serviços de que necessita. Por exemplo, isto significa que a



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

sua equipa de cuidados garante que:

- Os seus médicos têm conhecimento de todos os medicamentos que toma, para que possam garantir que está a tomar os medicamentos certos e reduzir quaisquer efeitos secundários que possa ter com os medicamentos.
- Os resultados dos seus exames são partilhados com todos os seus médicos e outros prestadores, conforme apropriado.
- Terá acesso a vários benefícios adicionais, como inscrição gratuita em ginásio, refeições entregues em casa após um internamento hospitalar qualificado, subsídio mensal para produtos de bem-estar e medicamentos sem receita médica (over-the-counter, OTC), benefícios dentários preventivos e restauradores e muito mais.

D. Nosso plano é serviço área

Nosso serviço área inclui todos os condados em Rhode Islands: Bristol, Kent, Newport, Providence e Washington.

Apenas pessoas Quem ao vivo em nosso serviço área pode junte-se ao nosso plano .

Você não pode permanecer em nosso plano se você mover fora de nossa área de atendimento . Consulte para **Capítulo 8** deste *Manual do Membro* para obter mais informações sobre os efeitos da mudança de nossa área de serviço.

E. O que faz você elegível para ser um plano membro

Você é elegível para nosso plano como longo como você:

- ao vivo em nosso serviço área (encarcerado indivíduos não são considerado vivendo em a área de serviço, mesmo que estejam fisicamente localizados nela), e
- ter ambos Medicare Papel UM e Medicare Papel B , e
- são um Unido Estados cidadão ou são legalmente presente em o Unido Estados, e
- estão atualmente elegível para Rhode Island Medicaid.

Se você perder a elegibilidade, mas puder recuperá-la dentro de três (3) meses , você ainda será elegível para o nosso plano.

Ligue para o Atendimento ao Cliente para obter mais informações.



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals .

F. O que para esperar quando você primeiro junte-se a nós plano de saúde

Ao aderir ao nosso plano pela primeira vez, você receberá uma avaliação de risco à saúde (HRA) dentro de 90 dias antes ou depois da data efetiva da sua inscrição.

Precisamos preencher uma HRA para você. Esta HRA é a base para o desenvolvimento do seu plano de cuidados. A HRA inclui perguntas para identificar suas necessidades médicas, de saúde comportamental e funcionais.

Entraremos em contato com você para preencher o HRA. Podemos preenchê-lo por meio de uma visita pessoal, ligação telefônica ou correio.

Enviaremos mais informações sobre este HRA.

Se Neighborhood INTEGRITY for Duals é uma novidade para você . Você pode continuar usando os provedores que usa agora por 180 dias.

Após 180 dias, você precisará recorrer a médicos e outros prestadores de serviços no **Neighborhood INTEGRITY for Duals**. A rede provedor é um provedor Quem funciona com o Plano de saúde . Referir para **Capítulo 3 Seção D** para mais informações.

G. Sua equipe de atendimento e plano de cuidados

G1. Equipe de atendimento

Uma equipe de cuidados pode ajudar você a continuar recebendo os cuidados de que precisa. Ela pode incluir seu médico, um gestor de cuidados ou outro profissional de saúde de sua escolha.

Um gestor de cuidados é uma pessoa treinada para ajudar você a gerenciar os cuidados que você precisa. Você recebe um gestor de cuidados ao se inscrever em nosso plano. Essa pessoa também indica outros recursos comunitários que nosso plano pode não oferecer e trabalhará com sua equipe de cuidados para ajudar a coordenar seus cuidados. Ligue para nós nos números no final da página para obter mais informações sobre seu gestor de cuidados e sua equipe de cuidados.

G2. Plano de cuidados

Sua equipe de saúde trabalha com você para elaborar um plano de cuidados. Um plano de cuidados informa a você e aos seus médicos quais serviços você precisa e como obtê-los. Ele inclui seus serviços médicos, de saúde comportamental e de LTSS ou outros.



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals .

Seu plano de cuidados inclui:

- seus objetivos de saúde e
- um cronograma para obter os serviços que você precisa.

Sua equipe de saúde se reúne com você após sua HRA. Eles perguntam sobre os serviços que você precisa. Eles também informam sobre os serviços que você pode considerar contratar. Seu plano de saúde é criado com base em suas necessidades e objetivos. Sua equipe de saúde trabalha com você para atualizar seu plano de saúde pelo menos uma vez por ano.

H. Seus custos mensais para Neighborhood INTEGRITY for Duals

Nosso plano não tem prêmio.

H1. Prêmio mensal do Medicare Parte B

Alguns membros são obrigados a pagar outros prêmios do Medicare . Conforme explicado na **Seção E** acima, para ser elegível ao nosso plano, você deve manter sua elegibilidade ao Medicaid, bem como possuir o Medicare Parte A e o Medicare Parte B. Para a maioria dos planos de Neighborhood INTEGRITY for Duals membros, o Medicaid paga o prêmio do Medicare Parte A (se você não se qualificar automaticamente) e o prêmio da Parte B.

Se o Medicaid não estiver pagando seus prêmios do Medicare, você deverá continuar pagando seus prêmios para continuar sendo membro do nosso plano. Isso inclui o seu prêmio do Medicare Parte B. Você também pode pagar um prêmio do Medicare Parte A se não for elegível para o Medicare Parte A sem prêmio. **Além disso, entre em contato com o Serviço de Atendimento ao Cliente ou com seu gerente de cuidados e informe-os sobre essa alteração.**

H2. Valor do pagamento da receita do Medicare

Se você participa do Plano de Pagamento de Medicamentos do Medicare, receberá uma fatura do seu plano pelos seus medicamentos (em vez de pagar à farmácia). Sua fatura mensal é baseada no valor devido por quaisquer medicamentos que você receber, mais o saldo do mês anterior, dividido pelo número de meses restantes no ano.

Capítulo 2, Seção H4 informa mais sobre o Plano de Pagamento de Medicamentos do Medicare. Se você discordar do valor cobrado como parte desta opção de pagamento, siga as etapas do **Capítulo 9** para fazer uma reclamação ou apelação.



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals .

I. Esse Membro Manual

Esse *Membro Manual* é papel de nosso contrato com você. Esse significa que nós deve seguir todos regras neste documento. Se você acho que fizemos algo que vai contra essas regras, você talvez capaz de apelo nossa decisão. Para informações sobre apelos, referir-se para **Capítulo 9** deste *Manual do Membro* ou ligue para 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Você pode solicitar o *Manual do Membro* ligando para o Serviço de Atendimento ao Membro, nos números disponíveis no final da página. Você também pode consultar o *Manual do Membro* em nosso site, no final da página .

O contrato é em efeito para o meses você é matriculado em nosso plano entre 1º de janeiro de 2026 e 31 de dezembro de 2026 .

J. Outro importante Informação você pegar de nós

Outras informações importantes que fornecemos a você incluem seu Cartão de Identificação de Membro, informações sobre como acessar um *Diretório de Provedores e Farmácias*, uma Lista de Equipamentos Médicos Duráveis (DME) e informações sobre como acessar uma *Lista de Medicamentos Cobertos*, também conhecida como *Lista de Medicamentos* ou *Formulário*.

J1. Seu Cartão de Identificação de Membro

De acordo com nosso plano, você tem um cartão para seus serviços Medicare e Rhode Island Medicaid, incluindo LTSS, certos serviços de saúde comportamental e prescrições. Apresente este cartão ao receber qualquer serviço ou receita médica. Aqui está um modelo de Cartão de Identificação de Membro:

 <p>Member Name: <Cardholder Name> Member ID: <Cardholder ID#> PCP Group/Name: <PCP/Group Name> PCP Phone: <PCP Phone></p> <p>MEMBER CANNOT BE CHARGED Copays: PCP/Specialist: \$0 ER: \$0</p> <p>H7635 001</p>	 <p>RxBIN: 004336 RxPCN: MEDDADV RxGRP: RXa21KD</p>	<p>If you are experiencing an Emergency Dial 911. If your emergency is for Behavioral Health please call the crisis line at the number provided below.</p> <p>Member Services: 1-844-812-6896 (TTY (711)) Behavioral Health: 1-401-443-5995 Pharmacy Help Desk: 1-866-693-4620 Provider Services: 1-800-963-1001</p> <p>Website: www.nhpri.org/INTEGRITYDuals</p> <p>Send Claims To: Neighborhood Health Plan of Rhode Island 910 Douglas Pike Smithfield, Rhode Island 02917</p> <p>Claim Inquiry: 1-844-812-6896 (TTY (711))</p>
---	---	--

Se o seu Cartão de Identificação de Membro for danificado, perdido ou roubado, ligue imediatamente para o Atendimento ao Membro no número indicado na parte inferior da página.



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals .

Enviaremos um novo cartão.

Enquanto você for membro do nosso plano, não precisará usar seu cartão Medicare vermelho, branco e azul ou seu cartão Medicaid de Rhode Island ("âncora") para obter a maioria dos serviços. Guarde esses cartões em um local seguro, caso precise deles mais tarde. Se você apresentar seu cartão Medicare em vez do seu Cartão de Identificação de Membro, o provedor poderá cobrar o Medicare em vez do nosso plano, e você poderá receber uma fatura. Você poderá ser solicitado a mostrar seu cartão Medicare se precisar de serviços hospitalares, serviços de cuidados paliativos ou participar de estudos de pesquisa clínica aprovados pelo Medicare (também chamados de ensaios clínicos). Consulte o **Capítulo 7** deste *Manual do Membro* para saber o que fazer se receber uma fatura de um provedor. Você deve continuar a usar seu cartão Medicaid de Rhode Island ("âncora") para serviços odontológicos de rotina e transporte médico não emergencial. Consulte o **Capítulo 4** para obter mais informações sobre quando usar seu cartão "âncora" do Medicaid de Rhode Island.

J2. Diretório de Prestadores e Farmácias

O *Diretório de Prestadores e Farmácias* lista os prestadores e farmácias da rede do nosso plano. Enquanto você for membro do nosso plano, deverá utilizar os prestadores da rede para obter cobertura. serviços.

Você pode solicitar um *Diretório de Prestadores de Serviços e Farmácias* (eletrônico ou em formato impresso) ligando para o Serviço de Atendimento ao Cliente, nos números disponíveis na parte inferior da página. As solicitações de Diretórios de Prestadores de Serviços e Farmácias em formato impresso serão enviado pelo correio para você dentro de três negócios dias. Você pode também referir-se para o *Provedor e Farmácia Diretório* no endereço da web na parte inferior da página.

O *Diretório de Provedores e Farmácias* lista profissionais de saúde (como médicos, enfermeiros, e psicólogos), instalações (tal como hospitais ou clínicas), e apoiar provedores (tal como provedores de saúde diurna para adultos e saúde domiciliar) que você pode usar como um Membro INTEGRITY for Duals . Também lista as farmácias que você pode usar para obter medicamentos prescritos.

O *Diretório de Provedores e Farmácias* contém informações de contato de provedores e farmácias, incluindo endereços, telefone números e horas de operação. Você poderia também encontrar outro detalhes tal como especialidades e habilidades para todos os provedores do Neighborhood INTEGRITY for Duals.



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals .

Definição de rede provedores

- Nosso rede provedores incluem:
 - médicos, enfermeiras, e outro saúde cuidado profissionais que você pode usar como um membro do nosso plano;
 - clínicas, hospitais, enfermagem instalações, e outro lugares que fornecer saúde serviços no nosso plano; e
 - LTSS, serviços de saúde comportamental, agências de saúde domiciliar, fornecedores de equipamentos médicos duráveis (DME) e outros que fornecer bens e serviços que você pegar através Medicare ou Rhode Island Medicaid.

Os provedores de rede concordam em aceitar o pagamento do nosso plano pelos serviços cobertos como pagamento integral.

Definição de rede farmácias

- Rede farmácias são farmácias que concordar para preencher receitas para os membros do nosso plano. Use o *Directório de Prestadores e Farmácias* para encontrar a farmácia da rede que você deseja usar.
- Exceto durante um emergência, você deve preencher seu prescrições no um de nosso farmácias da rede se você quiser que nosso plano ajude você a pagar por elas.

Para mais informações, entre em contato com o Serviço de Atendimento ao Cliente pelo número disponível no rodapé da página. Tanto o Serviço de Atendimento ao Cliente quanto o nosso site pode dar você o maioria atualizado Informação sobre mudanças em nossa rede de farmácias e provedores .

Lista de Durável Médico Equipamento (DME)

Esta lista informa as marcas e fabricantes de DME que cobrimos. A lista mais recente de marcas, fabricantes e fornecedores também está disponível em nosso site, no endereço na parte inferior da página. Consulte os **Capítulos 3 e 4** deste *Manual do Membro* para saber mais sobre os equipamentos DME.



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals .

J3. Lista de medicamentos cobertos

Nosso plano possui uma *Lista de Medicamentos Cobertos*. Chamamos isso de *Lista de Medicamentos*, abreviadamente. Ela informa quais medicamentos nosso plano cobre. Os medicamentos dessa lista são selecionados pelo nosso plano com a ajuda de médicos e farmacêuticos. A *Lista de Medicamentos* deve atender aos requisitos do Medicare. Medicamentos com preços negociados no âmbito do Programa de Negociação de Preços de Medicamentos do Medicare serão incluídos na sua *Lista de Medicamentos*, a menos que tenham sido removidos e substituídos conforme descrito no **Capítulo 5, Seção E**. O Medicare aprovou o Programa de Negociação de Preços de Medicamentos do Neighborhood INTEGRITY for Duals *Lista de medicamentos*.

A *Lista de Medicamentos* também informa se há alguma regra ou restrição sobre qualquer medicamento, como um limite na quantidade você pode pegar. Referir para **Capítulo 5** deste *Manual do Membro* para mais Informação.

Cada ano, nós enviar você Informação sobre como para acesso a *droga Lista*, mas alguns mudanças podem ocorrer ao longo do ano. Para obter as informações mais atualizadas sobre os medicamentos cobertos, ligue para o Serviço de Atendimento ao Cliente ou visite nosso site no endereço na parte inferior da página.

J4. A Explicação dos Benefícios

Quando você usa os benefícios de medicamentos do Medicare Parte D, enviamos um resumo para ajudá-lo a entender e manter acompanhar de pagamentos para seu Medicare Parte D drogas. Isto resumo é chamado a *Explicação de Benefícios* (EOB).

O EOB informa o valor total que você, ou outras pessoas em seu nome, gastaram em seus medicamentos do Medicare Parte D e o valor total que pagamos por cada um de seus medicamentos do Medicare Parte D durante o mês. Este EOB não é uma conta. O EOB tem mais Informação sobre o drogas você pegue. **Capítulo 6** deste *Manual do Membro* fornece mais informações sobre o EOB e como ele ajuda você a monitorar sua cobertura de medicamentos.

Você também pode solicitar um EOB. Para obter uma cópia, entre em contato com o Atendimento ao Cliente pelos números na parte inferior da página.

Você tem o opção para receber seu Papel D Explicação de Benefícios eletronicamente. O eletrônico A versão fornece as mesmas informações e no mesmo formato da Explicação de Benefícios impressa que você recebe hoje. Para começar a receber a Explicação de Benefícios eletrônica, acesse www.caremark.com ou ligue para o Atendimento ao Cliente para se cadastrar. Você receberá uma notificação por e-mail quando tiver uma nova Explicação de Benefícios para visualizar. Guarde esses relatórios. Eles contêm informações importantes sobre suas despesas



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

com medicamentos.

K. Mantendo seu associação registro acima a data

Você pode manter seu associação registro acima para data por dizendo nós quando seu Informação mudanças.

Precisamos dessas informações para garantir que suas informações estejam corretas em nossos registros. Os médicos, hospitais, farmacêuticos e outros provedores da rede do nosso plano usam seu registro de membro para saber quais serviços e medicamentos são cobertos e os valores de sua coparticipação. Por isso, é muito importante que você nos ajude a manter suas informações atualizadas.

Conte-nos imediatamente sobre o seguinte:

- alterações no seu nome, endereço ou número de telefone;
- alterações em qualquer outra cobertura de seguro saúde, como a do seu empregador, do empregador do seu cônjuge ou do empregador do seu parceiro doméstico, ou indenização trabalhista;
- quaisquer reivindicações de responsabilidade, como reivindicações de um acidente automobilístico;
- admissão em uma unidade de enfermagem ou hospital;
- atendimento em hospital ou pronto-socorro ;
- mudanças no seu cuidador (ou qualquer pessoa responsável por você); e
- você participa de um estudo de pesquisa clínica. (**Observação** : você não é obrigado a nos informar sobre um estudo de pesquisa clínica do qual pretende participar, mas o incentivamos a fazê-lo.)

Caso haja alguma alteração nas informações, ligue para o Atendimento ao Cliente nos números na parte inferior da página.

Também é importante que você informe o Medicaid de Rhode Island. Se houver alguma alteração nas informações, ligue para o Departamento de Serviços Humanos (DHS) pelo telefone 1-855-697-4347 (TTY 711).



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals .

K1. Privacidade de informações pessoais de saúde (PHI)

As informações em seu registro de membro podem incluir informações pessoais de saúde (PHI). As leis federais e estaduais exigem que mantenhamos suas PHI privadas. Nós protegemos suas PHI. Para mais detalhes sobre como protegemos suas PHI, consulte o **Capítulo 8** deste *Manual do Membro*.



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Capítulo 2: Números de telefone e recursos importantes

Introdução

Este capítulo fornece informações de contacto de recursos importantes que podem ajudá-lo a esclarecer as suas dúvidas sobre o nosso plano e os seus benefícios de saúde. Também pode utilizar este capítulo para obter informações sobre como contactar o seu gestor de cuidados e outras pessoas que possam defender a sua causa. Os termos-chave e as suas definições aparecem por ordem alfabética no último capítulo do *Manual do Membro*.

Índice

A. Serviços para Membros	21
B. Seu gerente de cuidados	25
C. Como entrar em contato com a Linha de Atendimento de Enfermagem	26
C1. Quando entrar em contato com a Linha de Atendimento de Enfermagem	26
D. Como entrar em contato com a Linha de Crise de Saúde Comportamental	27
D1. Quando entrar em contato com a Linha de Crise de Saúde Comportamental	27
E. Programa Estadual de Assistência ao Seguro Saúde	28
F. Qualidade Melhoria Organização (QIO)	29
G. Medicare	30
H. Rhode Island Medicaid	31
H1. Informações gerais sobre os programas Medicaid	31
H2. Informação sobre Medicaid Longo prazo Serviços e Suportes (LTSS)	32
H3. Informações sobre MyOptionsRI	32
I. Como entrar em contato com o RIPIN Healthcare Advocate	33
J. O Aliança para Melhorar Longo prazo Cuidado	33
K. Programas para ajudar as pessoas a pagar pelos medicamentos	34



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

K1. Ajuda extra do Medicare	34
K3. Programa de Assistência a Medicamentos contra a AIDS (ADAP)	36
K4. O Plano de Pagamento de Medicamentos do Medicare	36
EU. Segurança Social	37
M. Conselho de Aposentadoria Ferroviária (RRB)	38
N. Outro recursos	39



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

A. Serviços para Membros

TELEFONE	<p>1-844-812-6896 Esta chamada é gratuita.</p> <p>Das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais).</p> <p>Dispomos de serviços de intérpretes gratuitos para pessoas que não falam inglês.</p>
TTY	<p>711 Esta chamada é gratuita.</p> <p>Das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais).</p>
CORREIO	<p>Neighborhood Health Plan of Rhode Island</p> <p>Attn: Member Services</p> <p>910 Douglas Pique</p> <p>Smithfield, RI 02917</p>
WEBSITE	<p>www.nhpri.org/INTEGRITYDuals</p>

Ligue para os Serviços para Membros para obter ajuda com:

- questões sobre o plano
- questões sobre pedidos de reembolso ou faturação
- decisões de cobertura sobre os seus cuidados de saúde
 - Uma decisão de cobertura sobre os seus cuidados de saúde é uma decisão sobre:
 - os seus benefícios e serviços cobertos, **ou**
 - o montante que pagaremos pelos seus serviços de saúde.
 - Ligue-nos se tiver dúvidas sobre uma decisão de cobertura relativa aos seus cuidados de saúde.
 - Para saber mais sobre decisões de cobertura, consulte o **Capítulo 9** deste *Manual do*



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Membro.



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

- recursos sobre os seus cuidados de saúde
 - Um recurso é uma maneira formal de pedir-nos para rever uma decisão que tomámos sobre a sua cobertura e solicitar-nos que seja alterada, caso considere que cometemos um erro ou discorde da decisão.
 - Para saber mais sobre como apresentar um recurso, consulte o **Capítulo 9** deste *Manual do Membro* ou entre em contacto com os Serviços para Membros.
- reclamações sobre os seus cuidados de saúde
 - Pode apresentar uma reclamação contra nós ou qualquer prestador (incluindo um prestador da rede ou que não pertença à rede). Um prestador da rede é um prestador que trabalha com o nosso plano. Também pode apresentar uma reclamação sobre a qualidade dos cuidados recebidos de nossa parte ou da Organização de Melhoria da Qualidade (Quality Improvement Organization, QIO) (consulte a **Secção F**).
 - Pode ligar-nos e explicar a sua reclamação pelo número 1-844-812-6896 (TTY 711).
 - Se a sua reclamação for sobre uma decisão de cobertura relativa aos seus cuidados de saúde, pode apresentar um recurso (consulte a secção acima).
 - Pode enviar uma reclamação sobre o nosso plano para o Medicare. Pode utilizar um formulário online em www.medicare.gov/my/medicare-complaint. Ou pode ligar para o 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para pedir ajuda.
 - Para saber mais sobre como apresentar uma reclamação sobre os seus cuidados de saúde, consulte o **Capítulo 9** deste *Manual do Membro*.
- decisões de cobertura sobre os seus medicamentos
 - Uma decisão de cobertura sobre os seus medicamentos é uma decisão sobre:
 - os seus benefícios e medicamentos cobertos, **ou**
 - o valor que pagamos pelos seus medicamentos.
 - Isso aplica-se aos seus medicamentos da Parte D, medicamentos do Rhode Island Medicaid e medicamentos sem receita médica do Rhode Island Medicaid.
 - Para mais informações sobre decisões de cobertura relativas aos seus



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

medicamentos, consulte o **Capítulo 9** deste *Manual do Membro*.

- recursos sobre os seus medicamentos
 - Um recurso é uma forma de nos pedir para alterar uma decisão de cobertura.
 - Para saber mais sobre como apresentar um recurso sobre os seus medicamentos, consulte o **Capítulo 9** deste *Manual do Membro*.
- reclamações sobre os seus medicamentos
 - Pode apresentar uma reclamação sobre nós ou qualquer farmácia. Isso inclui uma reclamação sobre os seus medicamentos.
 - Se a sua reclamação for sobre uma decisão de cobertura relativa aos seus medicamentos, pode apresentar um recurso. (Consulte a secção acima).
 - Pode enviar uma reclamação sobre o nosso plano para o Medicare. Pode usar um formulário online em www.medicare.gov/my/medicare-complaint . Ou pode ligar para o 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para pedir ajuda.
 - Para mais informações sobre como apresentar uma reclamação sobre os seus medicamentos, consulte o **Capítulo 9** deste *Manual do Membro*.
- pagamento de cuidados de saúde ou medicamentos que já pagou
 - Para mais informações sobre como solicitar o reembolso ou o pagamento de uma fatura que recebeu, consulte o **Capítulo 7** deste *Manual do Membro*.
 - Se nos pedir para pagar uma fatura e negarmos qualquer parte do seu pedido de reembolso, pode recorrer da nossa decisão. Consulte o **Capítulo 9** deste *Manual do Membro*.



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals .

B. Seu gerente de cuidados

UM cuidado gerente é um clínico (incluindo um Registrado Amamentado (RN), social trabalhador e outros profissionais de saúde) Quem ajuda você a gerenciar todos os seus provedores e serviços. Eles trabalham com sua equipe de atendimento para garantir que você Obtenha o atendimento que você precisa. Se preferir, você poderá contar com um gestor de cuidados para ajudar a coordenar seus cuidados. Para solicitar, alterar ou entrar em contato com um gestor de cuidados, ligue para o Atendimento ao Cliente.

CHAMAR	<p>1-844-812-6896 Esse chamar é grátis.</p> <p>Das 8h às 20h, de segunda a sexta; das 8h às 12h, aos sábados. tardes, Domingos, e feriados você poderia ser perguntado para deixar uma mensagem. Sua ligação será retornada no próximo dia útil.</p> <p>Nós ter livre intérprete serviços para pessoas Quem não falar Inglês.</p>
TTY	<p>711 Esse chamar é grátis.</p> <p>Das 8h às 20h, de segunda a sexta; das 8h às 12h, aos sábados. tardes, Domingos, e feriados você poderia ser perguntado para Deixe uma mensagem. Retornaremos sua ligação no próximo dia útil.</p>
ESCREVER	<p>Neighborhood Health Plan of Rhode Island</p> <p>Attn: Member Services</p> <p>910 Douglas Pique</p> <p>Smithfield, RI 02917</p>
SITE	<p>www.nhpri.org/INTEGRITYDuals</p>

Entre em contato com seu gerente de cuidados para obter ajuda com:

- perguntas sobre seus cuidados de saúde
- perguntas sobre como obter serviços de saúde comportamental (saúde mental e transtorno por uso de substâncias)
- perguntas sobre transporte



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

- Perguntas sobre Serviços e Apoios de Longa Duração (SLT). Membros com necessidades de cuidados de alto ou alto nível, e que, de outra forma, precisariam de cuidados institucionais, podem ser elegíveis para SLT em suas casas. SLT é uma variedade de serviços e apoios que ajudam membros idosos e com deficiência a atender às suas necessidades diárias de assistência e melhorar a qualidade de suas vidas para que possam viver com segurança na comunidade.

C. Como entrar em contato com a Linha de Atendimento de Enfermagem

A Linha de Aconselhamento de Enfermagem está disponível 24 horas por dia, 7 dias por semana. Os enfermeiros podem ajudá-lo a escolher o melhor local para atendimento, como seu médico, pronto-socorro ou pronto-socorro. Eles também podem ajudar a responder perguntas sobre seus problemas de saúde, sobre medicamentos e sobre o que você pode fazer em casa para cuidar da sua saúde.

CHAMAR	<p>1-844-617-0563</p> <p>24 horas por dia, 7 dias por semana</p> <p>Temos serviços de intérprete gratuitos para pessoas que não falam inglês.</p>
TTY	<p>711 Esta chamada é gratuita.</p> <p>24 horas por dia, 7 dias por semana</p>

C1. Quando entrar em contato com a Linha de Atendimento de Enfermagem

- Perguntas sobre seus cuidados de saúde



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

D. Como entrar em contato com a Linha de Crise de Saúde Comportamental

A Linha de Crise de Saúde Comportamental fornece informações e suporte pessoalmente aos membros que precisam localizar e acessar serviços de saúde comportamental ou uso de substâncias.

CHAMAR	<p>1-401-443-5995 Esta ligação é gratuita.</p> <p>24 horas por dia, 7 dias por semana</p> <p>Temos serviços de intérprete gratuitos para pessoas que não falam inglês.</p>
TTY	<p>711 Esta chamada é gratuita.</p> <p>24 horas por dia, 7 dias por semana</p>

D1. Quando entrar em contato com a Linha de Crise de Saúde Comportamental

- Perguntas sobre serviços de saúde comportamental
- Perguntas sobre serviços para transtornos por uso de substâncias



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

E. Programa Estadual de Assistência ao Seguro Saúde

O Programa Estadual de Assistência ao Seguro Saúde (SHIP) é um programa governamental com conselheiros treinados em todos os estados que oferece ajuda, informações e respostas gratuitas às suas perguntas sobre o Medicare. Em Rhode Island, o SHIP é oferecido pelo Escritório de Envelhecimento Saudável (OHA).

O SHIP é um programa estadual independente (não vinculado a nenhuma seguradora ou plano de saúde) que recebe dinheiro do governo federal para oferecer aconselhamento gratuito sobre seguro de saúde local para pessoas com Medicare.

CHAMAR	1-888-884-8721 8h30 às 16h, de segunda a sexta-feira
TTY	1-401-462-0740 Este número é para pessoas com dificuldades de audição ou fala. É necessário ter um equipamento telefônico especial para ligar.
ESCREVER	Office of Healthy Aging Attention: SHIP Program 25 Howard Avenue, Building 57 Cranston, RI 02920
SITE	www.oha.ri.gov

Entre em contato com o programa SHIP para obter ajuda com:

- perguntas sobre o Medicare
- Os conselheiros do SHIP podem responder às suas perguntas sobre a mudança para um novo plano e ajudá-lo a:
 - entenda seus direitos,
 - entenda suas escolhas de plano,
 - responder perguntas sobre a mudança de planos,



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

- fazer reclamações sobre seus cuidados ou tratamento de saúde e
- resolver problemas com suas contas.

F. Qualidade Melhoria Organização (QIO)

Nosso estado tem um organização chamado Acentra Saúde. Esse é um grupo de médicos e outro saúde Profissionais de saúde que ajudam a melhorar a qualidade do atendimento para pessoas com Medicare. A Acentra Health é uma organização independente. Ela não está vinculada ao nosso plano.

CHAMAR	1-888-319-8452
TTY	711
ESCREVER	Acentra Health 5201 West Kennedy Blvd, Suite 900 Tampa, FL 33609
SITE	www.acentraqio.com

Entre em contato com a Acentra Health para obter ajuda com:

- perguntas sobre seus direitos de assistência médica
- fazer uma reclamação sobre o atendimento que você recebeu se você:
 - tem um problema com a qualidade do atendimento, como receber a medicação errada, exames ou procedimentos desnecessários ou um diagnóstico incorreto,
 - acha que sua internação hospitalar está terminando muito cedo, **ou**
 - acha que seus serviços de assistência médica domiciliar, assistência em instalações de enfermagem especializada ou serviços de reabilitação ambulatorial abrangente (CORF) estão terminando muito cedo.



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

G. Medicare

O Medicare é o programa federal de seguro de saúde para pessoas com 65 anos ou mais, algumas pessoas com menos de 65 anos com deficiência e pessoas com doença renal em estágio terminal (insuficiência renal permanente que requer diálise ou transplante renal).

A agência federal responsável pelo Medicare é o Centro de Serviços Medicare e Medicaid, ou CMS. Esta agência tem contratos com organizações Medicare Advantage, incluindo o nosso plano.

CHAMAR	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Chamadas para esse número são livre, 24 horas um dia, 7 dias uma semana.
TTY	1-877-486-2048 Esse chamar é grátis. Esse número é para pessoas Quem tem dificuldade para ouvir ou falando. Você precisa de um equipamento telefônico especial para fazer essa ligação.
BATE-PAPO AO VIVO	Converse ao vivo em www.Medicare.gov/talk-to-someone
ESCREVER	Escreva para o Medicare em PO Box 1270, Lawrence, KS 66044
SITE	www.medicare.gov <ul style="list-style-type: none"> • Obtenha informações sobre os planos de saúde e medicamentos do Medicare em sua área, incluindo seus custos e os serviços que eles oferecem. • Encontre médicos participantes do Medicare ou outros provedores e fornecedores de serviços de saúde. • Descubra o que o Medicare cobre, incluindo serviços preventivos (como exames, injeções ou vacinas e visitas anuais de "bem-estar"). • Obtenha informações e formulários de apelação do Medicare. • Obtenha informações sobre a qualidade do atendimento fornecido por planos, casas de repouso, hospitais, médicos, agências de saúde domiciliar, instalações de diálise, centros de cuidados paliativos,



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals .

	<p>instalações de reabilitação para pacientes internados e hospitais de cuidados de longo prazo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Procure sites e números de telefone úteis. <p>Para enviar uma reclamação ao Medicare, acesse www.medicare.gov/my/medicare-complaint. O Medicare leva suas reclamações a sério e usará essas informações para ajudar a melhorar a qualidade do programa Medicare.</p>
--	---

H. Rhode Island Medicaid

O Medicaid de Rhode Island ajuda com serviços médicos e de longo prazo e suporta custos para pessoas com renda e recursos limitados.

Você está inscrito no Medicare e no Medicaid. Se tiver dúvidas sobre a ajuda que recebe do Medicaid, ligue para o Departamento de Serviços Humanos (DHS).

H1. Informações gerais sobre os programas Medicaid

CHAMAR	<p>1-855-697-4347</p> <p>8:30 sou para 3:30 PM, Segunda-feira — Sexta-feira</p>
TTY	711
ESCREVER	<p>Rhode Island DHS</p> <p>P.O. Box 8709</p> <p>Cranston, RI 02920</p>
SITE	www.dhs.ri.gov



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

H 2. Informação sobre Medicaid Longo prazo Serviços e Suportes (LTSS)

LTSS envolve um variedade de serviços projetado para encontrar um da pessoa saúde ou necessidades de cuidados pessoais. Esses serviços ajudam as pessoas a viverem da forma mais independente e segura possível quando não conseguem mais realizar suas atividades cotidianas sozinhas.

CHAMAR	1-401-574-8474 8:30 sou para 3:00 PM, Segunda-feira - Sexta-feira
TTY	711
ESCREVER	DHS LTSS P.O. Box 8709 Cranston, RI 02920
E-MAIL	dhs.ltss@dhs.ri.gov
SITE	www.dhs.ri.gov
FAX	1-401-574-9915

H3. Informações sobre MyOptionsRI

O MyOptionsRI conecta você aos serviços e suporte que você precisa para viver de forma independente, onde quer que você escolha. O Centro de Recursos para Idosos e Deficientes de Rhode Island (ADRC) oferece aconselhamento sobre opções centradas na pessoa para ajudar os moradores de Rhode Island a entender as opções que têm para serviços e suporte de longo prazo. Há muitos serviços disponíveis em todo o estado. Eles conectam você aos serviços que você deseja e explicam as alternativas. Este serviço é gratuito e confidencial.

CHAMAR	1-401-462-4444 8:30 sou até às 5:00 PM, Segunda-feira - Sexta-feira
TTY	711
SITE	www.myoptions.ri.gov



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

O MyOptionsRI pode fornecer informações úteis e assistência sobre:

- Cuidados domiciliares e comunitários
- Recursos para cuidadores e suas famílias
- Assistência no planejamento de cuidados de memória e cognitivos
- Acesso a programas de assistência pública, como Medicare e Medicaid, SNAP , aquecimento e assistência de serviços públicos
- Informações sobre outros recursos úteis na comunidade

I. Como entrar em contato com o Defensor da Saúde do RIPIN

O Defensor da Saúde do RIPIN atua como seu defensor. Ele pode responder a perguntas caso você tenha algum problema ou reclamação e ajudá-lo a entender o que fazer. O Defensor da Saúde do RIPIN também auxilia pessoas inscritas no Neighborhood INTEGRITY for Duals com problemas de serviço ou cobrança. Ele não tem vínculo com nosso plano nem com nenhuma seguradora ou plano de saúde. Seus serviços são gratuitos.

CHAMAR	1-855-747-3224 8:00 sou para 5:00 PM, Segunda-feira – Sexta-feira
TTY	711
ESCREVER	300 Jefferson Boulevard Suíte 300 Warwick, RI 02888
E-MAIL	HealthcareAdvocate@ripin.org
SITE	www.ripin.org/services/

J. O Aliança para Melhorar Longo prazo Cuidado

A Aliança para Melhores Cuidados de Longo Prazo ajuda as pessoas a obter informações sobre enfermagem casas e resolver problemas entre asilos e moradores ou suas famílias.



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

A Alliance for Better Long-Term Care não está vinculada ao nosso plano nem a nenhuma seguradora ou plano de saúde.

CHAMAR	1-401-785-3340 ou 1-888-351-0808 9:00 sou para 4:30 PM, Segunda-feira – Sexta-feira
TTY	711
ESCREVER	422 Post Road Suite 204 Warwick, RI 02888
SITE	www.alliancebltc.org

K. Programas para ajudar as pessoas a pagar por medicamentos

O site do Medicare (www.medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs) fornece informações sobre como reduzir seus custos com medicamentos. Para pessoas com renda limitada, também existem outros programas de auxílio, conforme descrito abaixo.

K1. Ajuda extra do Medicare

Como você é elegível para o Medicaid, você se qualifica e recebe "Ajuda Extra" do Medicare para pagar os custos do seu plano de medicamentos. Você não precisa fazer nada para receber essa "Ajuda Extra".

CHAMAR	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) As chamadas para este número são gratuitas, 24 horas por dia, 7 dias por semana.
TTY	1-877-486-2048 Esta chamada é gratuita. Este número é para pessoas com dificuldades de audição ou fala. É necessário ter um equipamento telefônico especial para ligar.
SITE	www.medicare.gov



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals .

Se você acha que está pagando um valor incorreto pela sua receita em uma farmácia, nosso plano possui um processo para ajudar a obter comprovantes do valor correto do seu copagamento. Se você já possui comprovantes do valor correto, podemos ajudá-lo a compartilhá-los conosco. Entre em contato com o Atendimento ao Cliente para obter mais informações sobre como obter os melhores comprovantes disponíveis e como compartilhá-los conosco.

Assim que recebermos as evidências que comprovem o valor correto da coparticipação, atualizaremos nosso sistema para que você possa pagar o valor correto da coparticipação na próxima receita. Se você pagar a mais na sua coparticipação, reembolsaremos você por cheque. Se a farmácia não tiver cobrado a sua coparticipação e você tiver uma dívida com ela, podemos efetuar o pagamento diretamente à farmácia. Se um estado pagou em seu nome, podemos efetuar o pagamento diretamente ao estado. Ligue para o Serviço de Atendimento ao Cliente no número na parte inferior da página e selecione a opção Farmácia, se tiver dúvidas.

K2. Programa de Assistência Farmacêutica para Idosos de Rhode Island (RIPAE)

O programa de Assistência Farmacêutica para Idosos de Rhode Island (RIPAE) ajuda algumas pessoas a pagar por medicamentos com base em necessidade financeira, idade, condição médica ou deficiência. O RIPAE paga uma parte do custo dos medicamentos aprovados pelo RIPAE durante a fase de franquias de um plano da Parte D e ajudará caso o plano da Parte D de um indivíduo não cubra um medicamento, desde que seja um medicamento aprovado.

CHAMAR	1-401-462-0560 8h30 às 16h, de segunda a sexta-feira
TTY	711
SITE	www.oha.ri.gov



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

K3. Programa de Assistência a Medicamentos contra a AIDS (ADAP)

O ADAP ajuda pessoas elegíveis que vivem com HIV/AIDS a terem acesso a medicamentos que salvam vidas. Medicamentos do Medicare Parte D que também constam no formulário do ADAP se qualificam para auxílio com compartilhamento de custos de prescrição por meio do programa Ryan White HIV/AIDS.

Observação: para se qualificar para o ADAP em seu estado, as pessoas devem atender a determinados critérios, incluindo comprovante de residência estadual e status de HIV, baixa renda (conforme definido pelo estado) e status de não segurado/sub-segurado. Se você mudar de plano, notifique o funcionário local responsável pelo registro do ADAP para que você possa continuar recebendo assistência. Para obter informações sobre critérios de elegibilidade, medicamentos cobertos ou como se inscrever no programa, ligue para 1-401-462-3295.

K 4. O Plano de Pagamento de Medicamentos do Medicare

O O Plano de Pagamento de Medicamentos do Medicare é uma opção de pagamento que funciona com sua cobertura atual de medicamentos para ajudá-lo a gerenciar seus custos diretos com medicamentos cobertos pelo nosso plano, distribuindo-os ao longo do ano civil (janeiro a dezembro). Qualquer pessoa com um plano de medicamentos do Medicare ou um plano de saúde do Medicare com cobertura de medicamentos (como um plano Medicare Advantage com cobertura de medicamentos) pode usar esta opção de pagamento. **Esta opção de pagamento pode ajudá-lo a gerenciar suas despesas, mas não economiza dinheiro nem reduz seus custos com medicamentos . Se você participa do Plano de Pagamento de Medicamentos do Medicare e permanece no mesmo plano, não precisa fazer nada para continuar com esta opção. A "Ajuda Extra" do Medicare e a ajuda do seu RIPAE e ADAP, para aqueles que se qualificam, são mais vantajosas do que a participação nesta opção de pagamento, independentemente do seu nível de renda, e os planos com cobertura de medicamentos devem oferecer esta opção de pagamento. Para saber mais sobre esta opção de pagamento, ligue para o Atendimento ao Cliente no número de telefone na parte inferior da página ou visite www.Medicare.gov .**



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals .

L. Seguro Social

A Previdência Social determina a elegibilidade ao Medicare e lida com a inscrição no Medicare.

Se você se mudar ou alterar seu endereço postal, é importante entrar em contato com o Seguro Social para informá-los.

CHAMAR	<p>1-800-772-1213</p> <p>As chamadas para este número são gratuitas.</p> <p>Disponível das 8h às 19h, de segunda a sexta-feira.</p> <p>Você pode usar os serviços telefônicos automatizados para obter informações gravadas e conduzir alguns negócios 24 horas por dia.</p>
TTY	<p>1-800-325-0778</p> <p>Este número é para pessoas com dificuldades de audição ou fala. É necessário ter um equipamento telefônico especial para ligar.</p>
SITE	<p>www.ssa.gov</p>



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

M. Conselho de Aposentadoria Ferroviária (RRB)

O RRB é uma agência federal independente que administra programas abrangentes de benefícios para os trabalhadores ferroviários do país e suas famílias. Se você recebe o Medicare por meio do RRB, informe-os caso se mude ou altere seu endereço postal. Para dúvidas sobre seus benefícios do RRB, entre em contato com a agência.

CHAMAR	<p>1-877-772-5772</p> <p>As chamadas para este número são gratuitas.</p> <p>Pressione “0” para falar com um representante do RRB das 9h às 15h30, de segunda a sexta, e das 9h às 12h na quarta-feira.</p> <p>Pressione “1” para acessar a Linha de Ajuda automatizada do RRB e obter informações gravadas 24 horas por dia, incluindo fins de semana e feriados.</p>
TTY	<p>1-312-751-4701</p> <p>Este número é para pessoas com dificuldades de audição ou fala. É necessário ter um equipamento telefônico especial para ligar.</p> <p>Chamadas para esse número não são gratuitas.</p>
SITE	<p>www.rrb.gov</p>



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

N. Outro recursos

O **Escritório de Envelhecimento Saudável de Rhode Island** ajuda a fornecer informações a idosos, famílias e cuidadores de Rhode Island. Alguns programas e serviços incluem, entre outros, gerenciamento de casos, aquecimento assistência, jurídico assistência, Rhode Island Medicaid Longo Prazo Serviços e Apoios (LTSS) e denúncia de abusos contra idosos.

CHAMAR	1-401-462-3000 8h30 às 16h, de segunda a sexta-feira
TTY	1-401-462-0740 Esse número é para pessoas Quem tem dificuldade para ouvir ou Falando. Você precisa ter um equipamento telefônico especial para fazer essa ligação.
ESCREVER	Office of Healthy Aging 25 Howard Ave, Building 57 Cranston, RI 02920
SITE	http://www.oha.ri.gov/

A **Linha de Informações do Departamento de Serviços Humanos (DHS)** fornece informações gerais sobre o Programa de Assistência Nutricional Suplementar (SNAP), Assistência Pública Geral (GPA) e outros programas da agência.

CHAMAR	1-855-697-4347
TTY	711
SITE	https://dhs.ri.gov/about-us/contact-us



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Crossroads Rhode Island oferece informações sobre moradia acessível para famílias e indivíduos, educação e serviços de emprego, em adição para 24 horas um dia, 7 dias um semana emergência serviço.

CHAMAR	1-401-521-2255
TTY	711
ESCREVER	Crossroads Rhode Island 160 Broad Street Providence, RI 02903
SITE	www.crossroadsri.org

Centro de Direito para Pessoas com Deficiência de Rhode Island (RIDLC) é um escritório de advocacia independente sem fins lucrativos designado como Rhode Da ilha Federal Proteção e Advocacia Sistema. Eles ajuda fornecer livre jurídico assistência para pessoas com deficiência.

CHAMAR	1-401-831-3150
TTY	711
ESCREVER	Rhode Island Disability Law Center Inc. 3 Broad Street, Suite 601 Providence, RI 02903
SITE	www.drri.org



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

O **United Way of Rhode Island** fornece livre e confidencial Informação sobre assistência com necessidades de serviços humanos, como moradia, alimentação e cuidados infantis.

CHAMAR	211 ou 1-401-444-0600
TTY	711
ESCREVER	United Way of Rhode Island 50 Valley Street Providência, RI 02909
SITE	www.uwri.org



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Capítulo 3: Utilizar a cobertura do plano para os seus cuidados de saúde e outros serviços cobertos

Introdução

Este capítulo contém termos e regras específicos que precisa conhecer para obter cuidados de saúde e outros serviços cobertos pelo nosso plano. Também fornece informações sobre o seu gestor de cuidados, como obter cuidados de diferentes tipos de prestadores e em determinadas circunstâncias especiais (incluindo prestadores ou farmácias fora da rede), o que fazer se for cobrado diretamente por serviços que cobrimos e as regras para possuir Equipamento Médico Duradouro (Durable Medical Equipment, DME). Os termos-chave e as suas definições aparecem por ordem alfabética no último capítulo do *Manual do Membro*.

Índice

A. Informação sobre serviços e provedores	44
B. Regras para recebendo serviços que nosso plano cobre	44
C. Seu cuidado gerente	46
C1. O que é um gestor de cuidados	46
C2. Como você pode entrar em contato com seu gerente de cuidados	46
C3. Como você pode mudar seu gerente de cuidados	46
D. Cuidado de provedores	47
D1. Cuidados de um prestador de cuidados primários	47
D2. Cuidados de especialistas e outros prestadores da rede	48
D3. Quando um provedor sai do nosso plano	49
D4. Provedores fora da rede	49
E. Longo prazo serviços e apoia (LTSS)	50
F. Saúde comportamental (saúde mental e transtorno por uso de substâncias) serviços	51
G. Como para pegar autogerido cuidado	51
G1. O que é autocuidado	51



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

G2. Quem pode obter cuidados autogeridos	51
H. Transporte serviços	52
I. Coberto serviços em um médico emergência, quando necessário com urgência ou durante um desastre	53
I1. Atendimento em emergência médica	53
I2. Cuidados urgentes	54
I3. Cuidados durante um desastre	55
J. O quê se você estiver faturado diretamente para abordado serviços	55
J1. O que fazer se o nosso plano não cobrir os serviços	56
K. Cobertura de serviços de saúde em um estudo de pesquisa clínica	56
K1. Definição de um estudo de pesquisa clínica	56
K2. Pagamento por serviços quando você está em um estudo de pesquisa clínica	57
K3. Mais sobre estudos de pesquisa clínica	57
L. Como seu saúde cuidado serviços são abordado em uma instituição religiosa de saúde não médica	58
L1. Definição de uma instituição religiosa de assistência médica não médica	58
L2. Cuidados de uma instituição religiosa de saúde não médica	58
M. Durável médico equipamento (DME)	59
M1. DME como membro do nosso plano	59
M2. Propriedade do DME se você mudar para o Medicare Original	59
M3. Benefícios do equipamento de oxigênio como membro do nosso plano	60
M4. Equipamento de oxigênio quando você muda para o Medicare Original ou outro plano Medicare Advantage (MA)	60



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

A. Informações sobre serviços e prestadores

Os **serviços** incluem cuidados de saúde, serviços e apoios de longo prazo (long-term services and supports, LTSS), fornecimentos, serviços de saúde comportamental, medicamentos sujeitos a receita médica e medicamentos sem receita médica, equipamentos e outros serviços. Os **serviços cobertos** são qualquer um destes serviços que o nosso plano paga. Os cuidados de saúde cobertos, saúde comportamental e LTSS estão no **Capítulo 4** deste *Manual do Membro*. Os serviços cobertos para medicamentos sujeitos a receita médica e medicamentos sem receita médica encontram-se no **Capítulo 5** deste *Manual do Membro*.

Os **prestadores** são médicos, enfermeiros e outras pessoas que lhe prestam serviços e cuidados e são licenciados pelo estado. Os prestadores também incluem hospitais, agências de saúde domiciliar, clínicas e outros locais que oferecem serviços de saúde, serviços de saúde comportamental, equipamentos médicos e determinados LTSS.

Os **prestadores da rede** são prestadores que trabalham com o nosso plano. Esses prestadores concordam em aceitar o nosso pagamento como pagamento integral. Contratamos com estes prestadores a prestação dos serviços cobertos. Os prestadores da rede faturam-nos diretamente pelos cuidados que lhe prestam. Quando utiliza um prestador da rede, normalmente não paga nada pelos serviços cobertos.

B. Regras para obter os serviços cobertos pelo nosso plano

O nosso plano cobre todos os serviços cobertos pelo Medicare e pelo Rhode Island Medicaid. Isso inclui saúde comportamental e LTSS. No entanto, certos benefícios do Medicaid continuarão a ser cobertos pelo Rhode Island Medicaid, tais como serviços dentários de rotina e serviços de transporte médico não urgente. Podemos ajudá-lo a aceder a esses serviços.

O nosso plano geralmente pagará pelos serviços de saúde, serviços de saúde comportamental e LTSS que receber quando seguir as nossas regras. Para ficar coberto pelo nosso plano:

- Os cuidados que recebe devem estar incluídos na nossa Tabela de Benefícios Médicos, no **Capítulo 4** deste *Manual do Membro*.
- Os cuidados deve, ser **medicamento necessários**. Por medicamento necessários, entendemos que necessita de serviços para prevenir, diagnosticar ou tratar a sua condição ou para manter o seu estado de saúde atual. Isto inclui cuidados que o impedem de ir para um hospital ou instituição de cuidados de saúde. Significa também que os serviços, fornecimentos ou medicamentos cumprem as normas aceites da prática médica.



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

- Para serviços médicos, deve ter um **prestador de cuidados primários (primary care provider, PCP)** da rede que preste e supervisione os seus cuidados. Como membro do plano, deve escolher um prestador da rede para ser o seu PCP (para mais informações, consulte a **Secção D1** deste capítulo).
 - Não precisa de encaminhamento do seu PCP para atendimento de emergência ou atendimento urgente, nem para consultar um prestador de cuidados de saúde feminina. Pode obter outros tipos de cuidados sem ter de obter um encaminhamento do seu PCP (para mais informações, consulte a **Secção D1** deste capítulo).
- **Deve obter os seus cuidados de saúde junto de prestadores da rede** (para mais informações, consulte a **Secção D** deste capítulo). Normalmente, não cobrimos cuidados prestados por um prestador que não trabalhe com o nosso plano de saúde. Isso significa que terá de pagar ao prestador o valor total pelos serviços recebidos. Aqui estão alguns casos em que esta regra não se aplica:
 - Cobrimos cuidados de emergência ou urgentes prestados por um prestador fora da rede (para mais informações, consulte a **Secção I** deste capítulo).
 - Se precisar de cuidados que o nosso plano cobre e os nossos prestadores da rede não puderem fornecer, poderá obter cuidados de um prestador fora da rede. A autorização deve ser obtida junto do nosso plano antes de procurar atendimento médico. Nesta situação, cobrimos os cuidados como se os tivesse recebido de um prestador da rede. Para obter informações sobre como obter aprovação para utilizar um prestador fora da rede, consulte a **Secção D4** deste capítulo.
 - Cobrimos serviços de diálise renal quando estiver fora da área de cobertura do nosso plano por um curto período ou quando o seu prestador estiver temporariamente indisponível ou inacessível. Se possível, ligue para os Serviços para Membros através do número indicado na parte inferior da página antes de sair da área de atendimento, para que possamos ajudar a providenciar a sua diálise de manutenção enquanto estiver fora.
 - Durante pelo menos os primeiros 180 dias em que estiver inscrito no nosso plano, poderá continuar a utilizar os seus prestadores atuais, sem custos adicionais, caso eles não façam parte da nossa rede. Este período é conhecido como período de continuidade dos cuidados (continuity of care, COC). Durante os primeiros 180 dias em que estiver inscrito no nosso plano, o nosso gestor de cuidados entrará em contacto consigo para o ajudar a encontrar prestadores na nossa rede. Após o final do período de continuidade do tratamento, deixaremos de cobrir os seus cuidados se continuar a utilizar prestadores fora da rede.



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

C. Seu cuidado gerente

C1. O que é um gestor de cuidados

- Um gerente de cuidados é um clínico (enfermeiro registrado (RN) ou assistente social) Quem ajuda você gerenciar todos de seu provedores e serviços. Eles trabalhar com sua equipe de atendimento para garantir que você receba o atendimento necessário.

C2. Como você pode entrar em contato com seu gerente de cuidados

- Seu cuidado do gerente direto número vai ser listado em seu cuidado plano sob o informações da equipe de atendimento.
- Você pode também contato seu cuidado gerente por chamando Membro Serviços e Solicitando para falar com seu gerente de atendimento pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). Sua ligação será retornada no próximo dia útil. Esta ligação é gratuita.

C3. Como você pode mudar seu gerente de cuidados

- Você pode solicitar a troca de seu gerente de cuidados ligando para o Atendimento ao Cliente no número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). Sua ligação será retornada no próximo dia útil. Esta ligação é gratuita.



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

D. Cuidado de provedores

D1. Cuidados de um prestador de cuidados primários

Você deve escolher um primário cuidado provedor (PCP) para fornecer e gerenciar seu cuidado.

Definição de um PCP e o que um PCP faz por você

Seu Primário Cuidado Provedor (PCP) é seu principal provedor e vai ser responsável para fornecendo muitos da sua prevenção e cuidados primários serviços. Seu PCP irá ser um papel de seu cuidado Equipe. Seu PCP irá ajudá-lo a:

- Desenvolver seu cuidado plano;
- Determinar seu cuidado precisa;
- Recomendar ou solicitar muitos de o serviços e Unid você precisar;
- Obter anterior autorizações de seu Cuidado Equipe ou Neighborhood INTEGRITY for Duals conforme necessário; e
- Coordenada seu cuidado.

Seu PCP pode ser um de o seguindo provedores, ou sob certo circunstâncias, até um especialista:

- Família Prática;
- Interno Medicamento;
- Em geral Prática;
- Geriatria;
- Ginecologia;
- Certificado Enfermeira Praticante (CNP);
- Médico Assistente (PA);
- Certificado Enfermeira Parteira

Você não pode selecionar um clínica (RHC ou FQHC) como seu primário cuidado provedor, mas se o provedor você Selecione trabalhos em uma clínica e atenda aos critérios, esse provedor pode ser seu provedor de cuidados primários.



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Seu escolha de PCP

Você pode escolher qualquer primário cuidado provedor em nosso rede. Você pode encontrar um lista de participando provedores em nosso site em www.nhpri.org/INTEGRITYDuals. Entre em contato com o Atendimento ao Cliente pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711) se você precisar ajuda encontrando um participando PCP em seu área. Se você não escolher um PCP, nós designaremos um para você.

Se você tem já escolhido um PCP e esse provedor não está listado sobre seu membro EU IA cartão você pode entrar em contato com o Atendimento ao Membro para solicitar a alteração ligando para 1-844-812-6896 (TTY 711).

Opção para mudar seu PCP

Você pode mudar de médico de atenção primária por qualquer motivo e a qualquer momento. Também é possível que seu médico de atenção primária pode sair nosso planos rede. Se o seu PCP sai da nossa rede, podemos ajudá-lo a encontrar um novo PCP em nossa rede.

Se você seria como para mudar seu PCP, chamar Membro Serviços no 1-844-812-6896 (TTY 711) . Atualizaremos seu PCP agora mesmo e enviar- lhe um e- mail novo membro EU IA cartão .

D2. Cuidados de especialistas e outros prestadores da rede

UM especialista é um médico Quem fornece saúde cuidado para um específico doença ou papel de o corpo. Lá Existem muitos tipos de especialistas, como:

- Oncologistas cuidado para pacientes com Câncer.
- Cardiologistas cuidado para pacientes com coração problemas.
- Ortopedistas cuidado para pacientes com osso, articulação, ou músculo problemas.

Depois de consultar um especialista, eles podem solicitar outros serviços ou medicamentos que podem exigir autorização prévia. UM anterior autorização significa que você deve pegar aprovação de Neighborhood antes obter um serviço ou medicamento específico ou consultar um profissional fora da rede. Normalmente, o seu profissional enviaria ao Neighborhood uma carta ou formulário explicando a necessidade do serviço ou medicamento. Para saber mais, consulte a Tabela de Benefícios no **Capítulo 4** , Seção D.

Seu PCP seleção faz não limite você para específico especialistas ou hospitais. Se você precisar assistência para encontrar um especialista, você pode perguntar ao seu médico de atenção primária ou visitar nosso site www.nhpri.org/INTEGRITYDuals para ver nosso *Diretório de Provedores e Farmácias* . Se precisar de ajuda, você também pode ligar Atendimento aos associados pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711).



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals .

D3. Quando um provedor sai do nosso plano

UM rede provedor você pode usar pode sair nosso plano. Se um de seu provedores folhas nosso plano, você tem esses direitos e proteções que estão resumidos abaixo:

- Até se nosso rede de mudança de provedores durante o ano, nós deve dar você acesso ininterrupto a provedores qualificados.
- Bem notificar você que seu provedor é saindo nosso plano então que você tem tempo para selecione um novo provedor.
 - Se seu primário cuidado ou comportamental saúde provedor folhas nosso plano, nós iremos notificá-lo se você visitou esse provedor nos últimos três anos.
 - Se algum dos seus outros provedores deixar nosso plano, nós o notificaremos se você for designado para o provedor, atualmente recebe cuidados de eles, ou os visitou nos últimos três meses.
- Nós ajuda você selecionar um novo qualificado na rede provedor para continuar gerenciando suas necessidades de cuidados de saúde.
- Se você é atualmente em tratamento médico tratamento ou terapias com seu provedor atual, você tem o certo para Peça para continuar recebendo tratamento ou terapias médicas necessárias. Trabalharemos com você para que possa continuar recebendo cuidados.
- Nós lhe daremos Informação sobre os períodos de inscrição e opções disponíveis você poderia ter para mudando planos.
- Se não conseguirmos encontrar um especialista em rede qualificado e acessível a você, teremos que providenciar um atendimento fora da rede. especialista para fornecer seu cuidado quando um na rede provedor ou O benefício não está disponível ou é inadequado para atender às suas necessidades médicas. O especialista fora da rede deve enviar uma autorização prévia e obter a aprovação do Neighborhood antes de você receber o serviço.
- Se você descobrir que um dos seus provedores está saindo do nosso plano, entre em contato conosco. Podemos ajudar você a escolher um novo provedor para gerenciar seus cuidados.
- Se você acha que não substituímos seu anterior provedor com um qualificado provedor ou que não estamos administrando bem o seu atendimento, você tem o direito de registrar uma reclamação sobre a qualidade do atendimento à Organização de Melhoria da Qualidade (QIO), uma reclamação sobre a qualidade do atendimento ou ambos. (Consulte para o **Capítulo 9** , Seção D para obter informações sobre arquivamento reclamações e recursos).

D4. Provedores fora da rede



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Caso um profissional não faça parte da nossa rede, você ou o seu profissional será responsável por entrar em contato conosco para obter a autorização para a sua consulta fora da rede. Nossa equipe de profissionais de saúde analisará todas as autorizações prévias. pedidos. Lá poderia ser certo limitações para o aprovação, tal como o número de visitas. Se os serviços estiverem disponíveis na rede do nosso plano, a solicitação poderá ser negada. Você sempre tem o direito de recorrer. Conforme mencionado na Seção B, você pode obter atendimento de um provedor fora da rede para atendimento de emergência ou urgência, serviços de diálise renal, serviços de planejamento familiar e serviços que você possa receber do seu provedor anterior por até 180 dias a partir do momento da sua inscrição no nosso plano.

Se você usar um fora da rede provedor, o provedor deve ser elegível para participar em Medicare e/ou Medicaid de Rhode Island.

- Nós não pode pagar um provedor Quem não é elegível para participar em Medicare e/ou Medicaid de Rhode Island.
- Se você usar um provedor Quem não é elegível para participar em Medicare, você deve pagar o custo total dos serviços que receber.
- Provedores deve dizer você se eles não são elegível para participar em Medicare e/ou Medicaid.

E. Longo prazo serviços e apoia (LTSS)

Os longo prazo serviços e suportes (LTSS) são benefícios que podem ajudá-lo com tarefas diárias, como tomar banho, vestir, mercado compras, lavanderia, e tirando medicamento. Maioria de esses serviços são fornecido em sua casa, mas eles poderia também ser oferecido em um instalação tal como um assistido vivendo instalação ou um casa de repouso. Como membro do Neighborhood INTEGRITY for Duals , você receberá uma avaliação para ajudar a determinar suas necessidades de LTSS. Os benefícios de LTSS estão disponíveis se você se qualificar para eles e se atender aos requisitos de elegibilidade para Cuidados de Longa Duração do Medicaid de Rhode Island. Se precisar desses serviços, eles serão incluídos no seu plano de cuidados, que você ajuda a criar com sua equipe de saúde.

Serviços disponível incluem:

- Dona de casa/Auxiliar de Enfermagem serviços
- Refeições entregues em domicílio
- Companheirismo Sênior
- Assistido vivendo
- Pessoal cuidado serviços



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals .

- Autodirigido cuidado

Se precisar de ajuda para obter esses serviços, entre em contato com seu gerente de atendimento, que o ajudará no processo para determinar se você encontra Rhode Island Medicaid Longo Prazo Cuidado elegibilidade. Para contato seu gerente de cuidados, ligue para o Atendimento ao Cliente em 1-844-812-6896 (TTY 711).

F. Saúde comportamental (saúde mental e transtorno por uso de substâncias) serviços

Mental saúde e substância usar serviços são chamado comportamental saúde serviços. Comportamental serviços de saúde estão disponíveis para todos os Neighborhood INTEGRITY for Duals.

Você vai receber um avaliação para ajuda determinar qualquer comportamental saúde precisa. Se você precisar serviços de saúde comportamental, eles serão incluídos no seu plano de cuidados, que você ajuda a criar com sua Equipe de Cuidados.

Se você tem um comportamental saúde pergunta, questão ou crise, chamar 1-401-443-5995, 24 horas um dia, 7 dias uma semana. TTY membros ligue para 711. Esta chamada é livre. Nós temos livre serviços de interpretação para pessoas que não falam inglês.

G. Como para pegar autodirigido cuidado

G1. O que é autocuidado

- Autodirigido cuidado é o opção de contratando seu ter pessoal cuidado atendentes (ACP).

G2. Quem pode obter cuidados autogeridos

- Membros Quem são elegível para e receber longo prazo serviços e apoia (LTSS) tem a opção de receber atendimento autodirigido. Para participar do atendimento autodirigido, ligue para o seu gestor de cuidados pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711).
- Se você optar por participar do atendimento autodirigido, você ou seu representante serão responsáveis para recrutamento, contratando, agendamento, treinamento, e se necessário, disparo sua ACP. A autogestão dos serviços da ACP é voluntária. A extensão em que os membros desejam se autogerir é uma escolha do membro.



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

H. Transporte serviços

Você pode ter direito a um passe de ônibus RIPTA com tarifa reduzida. Para obter um passe de ônibus RIPTA com tarifa reduzida, visite o Escritório de Identificação RIPTA em One Kennedy Plaza, Providence, RI 02903 ou o Serviço de Atendimento ao Cliente RIPTA. Escritório no 705 Olmo Avenida, Providência, RI 02907. Ligue RIPTA no 1-401-784-9500 para mais informações ou visite <https://www.ripta.com/reducedfare/>.

Se você não puder usar um passe de ônibus RIPTA, o Medicaid de Rhode Island cobre transporte médico não emergencial (NEMT) serviços para passeios para médico, odontológico, ou outro relacionados à saúde compromissos. Se você precisa de NEMT de rotina, ligue para 1-855-330-9131 (TTY 711), das 5h00 às 18h00, de segunda a sexta-feira, ou para o Neighborhood INTEGRITY for Duals Membro Serviços no 1-844-812-6896 (TTY 711). **Quando agendamento NEMT, use seu cartão de identificação do Medicaid de Rhode Island (“âncora”).**

Você poderia perguntar para urgente cuidado transporte 24 horas um dia, 7 dias uma semana. Agende o transporte para atendimento não urgente **pelo menos 48 horas** antes da sua consulta.

Chamar para agendar sobre:	Se você precisar um andar de sobre:
Segunda-feira	Quarta-feira
Terça-feira	Quinta-feira
Quarta-feira	Sexta-feira, Sábado, ou Domingo
Quinta-feira	Segunda-feira
Sexta-feira	Terça-feira

Em casos de um emergência, você deve ligue para o 911 para emergência transporte e ir para o pronto-socorro mais próximo.



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

I. Serviços cobertos em caso de emergência médica, quando necessário com urgência ou durante um desastre

I1. Atendimento em emergência médica

Uma emergência médica é uma condição médica com sintomas como doença, dor intensa, lesão grave ou uma condição médica que piora rapidamente. A condição é tão grave que, se não receber atenção médica imediata, você ou qualquer pessoa com conhecimento médio de saúde e medicina pode esperar que resulte em:

- sério risco para sua vida e, se estiver grávida, a perda de um feto criança; **ou**
- perda de ou grave ferir para corporal funções; **ou**
- perda de um membro ou função de um membro; **ou**
- Em o caso de um grávida mulher em ativo trabalho, quando:
 - Lá não é suficiente tempo para com segurança transferir você para outro hospital antes entrega.
 - UM transferir para outro hospital poderia pose um ameaça para seu saúde ou segurança ou para a do seu filho ainda não nascido.

Se você tiver uma emergência médica

- **Pegar ajuda como rápido como possível.** Ligue 911 ou usar o mais próximo emergência sala ou hospital. Chame uma ambulância se precisar. Você **não** precisa de aprovação ou encaminhamento do seu médico de atenção primária. Você não precisa usar um provedor da rede. Você pode obter atendimento médico de emergência coberto sempre que precisar, em qualquer lugar dos EUA, seus territórios ou no mundo todo, de qualquer provedor com licença estadual apropriada, mesmo que não faça parte da nossa rede.
- **Assim que quanto possível, dizer nosso plano sobre seu emergência.** Acompanhamos o seu atendimento de emergência. Você ou outra pessoa deve ligar para nos contar sobre sua emergência. cuidado, geralmente dentro de 48 horas. No entanto, você não pagaremos pelos serviços de emergência se você demorar a nos avisar. Ligue para o Serviço de Atendimento ao Cliente ou para o seu médico. gerente no 1-844-812-6896 (TTY 711), Das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). Sua ligação será retornada no próximo dia útil.



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Abordado serviços em um emergência médica

Nosso plano cobre serviços de ambulância em situações em que o acesso ao pronto-socorro por qualquer outra via possa colocar sua saúde em risco. Também cobrimos serviços médicos durante a emergência. Para saber mais, consulte a Tabela de Benefícios no **Capítulo 4** deste *Manual do Membro*.

Os prestadores que lhe prestam cuidados de emergência decidem quando a sua condição é estável e a emergência médica é acabou. Eles vão continuar para tratar você e vai Contate-nos para fazer planos se você precisar cuidados de acompanhamento para melhorar.

Nosso plano capas seu seguir cuidado. Se você pegar seu emergência cuidado de fora da rede provedores, Tentaremos fazer com que os provedores da rede assumam seu atendimento o mais rápido possível.

Recebendo emergência cuidado se isto não era uma emergência

Às vezes isto pode ser duro para saber se você tem um médico ou comportamental saúde emergência. Você poderia Vá a um pronto-socorro e o médico diga que não era realmente uma emergência. Contudo que você tenha motivos razoáveis para acreditar que sua saúde estava em sério perigo, nós cobrimos seu atendimento.

No entanto, depois o doutor diz isto não era um emergência, nós cobrimos seu adicional cuidado apenas se:

- Você usar um rede provedor, **ou**
- O adicional cuidado você pegar é considerado “urgentemente necessário cuidado” e você seguir o regras para obtê-lo. Consulte a próxima seção.

I2. Cuidados urgentes

Urgentemente necessário cuidado é cuidado você pegar para um situação isso não é um emergência mas precisa cuidado imediatamente. Por exemplo, você pode ter uma crise de uma condição existente ou uma doença ou lesão imprevista.

Urgentemente necessário cuidado em nosso planos serviço área

Em maioria casos, cobrimos urgentemente necessário cuidado apenas se:

- Você pegar esse cuidado de um rede provedor e
- Você seguir o regras descrito em esse capítulo.



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Se não for possível ou razoável para pegar para um rede provedor, dado seu tempo, lugar, ou circunstâncias em que cobrimos cuidados urgentes que você recebe de um provedor fora da rede.

Para acesso urgentemente necessário serviços, você deve ir para o mais urgente cuidado centro que é abrir. Se você estiver procurando atendimento de urgência em nossa área de serviço, consulte o *Directorio de Prestadores e Farmácias* para obter uma lista dos centros de atendimento de urgência na rede do nosso plano.

Urgentemente necessário cuidado fora serviço do nosso plano área

Quando você é fora nossos planos serviço área, você não pode ser capaz para obter cuidados de um operadora de rede. Nesse caso, nosso plano cobre os cuidados urgentes que você recebe de qualquer operadora. No entanto, consultas médicas de rotina, como exames anuais, não são consideradas urgentes, mesmo que você esteja fora da área de cobertura do nosso plano ou que nossa rede esteja temporariamente indisponível.

Nosso plano cobre serviços de *emergência e cuidados urgentes em todo o mundo* fora dos Estados Unidos e seus territórios nas seguintes circunstâncias:

- Quando um membro está viajando para fora dos Estados Unidos e passa por uma necessidade médica emergencial ou urgente.

13. Cuidados durante um desastre

Se o governador de seu estado, o NÓS Secretário de Saúde e Serviços Humanos, ou o presidente de os Estados Unidos Estados declara um estado de desastre ou emergência em seu geográfico área, você é ainda intitulado para cuidar do nosso plano.

Visite nosso site para Informação sobre como para obtenha os cuidados que você precisa durante um declarado desastre: www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Durante um declarado desastre, se você não pode usar um rede provedor, você pode obter cuidados de Prestadores de serviços fora da rede, sem custo para você. Se não puder usar uma farmácia da rede durante um desastre declarado, você pode abastecer seus medicamentos em uma farmácia fora da rede. Consulte o **Capítulo 5** deste *Manual do Membro*. para mais informações.

J. O que se você estiver faturado diretamente para abordado serviços

Se um provedor envia você um conta em vez de de enviando isto para o plano, você pode perguntar nós para pagar o conta.

Se você pago para seu abordado serviços ou se você pegou um conta para abordado médico



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

serviços, consulte o **Capítulo 7** deste *Manual do Membro* para descobrir o que fazer.

Você não deveria pagar o conta você mesmo. Se você fazer, nós poderia não ser capaz para pagar você de volta.

J1. O que fazer se o nosso plano não cobrir os serviços

Nosso plano capas todos serviços:

- que estão determinados medicamente necessário, e
- que são listado em nossos planos Benefícios Gráfico (consulte para **Capítulo 4** deste *Manual do Membro*), e
- que você pegar por seguindo plano regras.

Se você pegar serviços que nosso o plano não cobre, **você pagar o completo custar a você mesmo.**

Se você querer para saber se nós pagar por qualquer médico serviço ou cuidado, você tem o certo para perguntar nós. Você também tem o direito de solicitar isso por escrito. Se dissermos que não pagaremos pelos seus serviços, você tem o direito de recorrer da nossa decisão.

Capítulo 9 deste *Manual do Membro* explica o que fazer se você quiser que cubramos um serviço ou item médico. também conta você como para apelo nosso cobertura decisão. Membro da Chamada Serviços para aprender mais sobre seus direitos de apelação.

Nós pagamos para alguns serviços acima para um certo limite. Se você ir sobre o limite, você paga o custo total para obter mais desse tipo de serviço. Consulte o **Capítulo 4** para obter os limites específicos dos benefícios. Ligue para o Serviço de Atendimento ao Cliente para saber mais. quais são os limites dos benefícios e quanto dos seus benefícios você utilizou.

K. Cobertura de serviços de saúde em um estudo de pesquisa clínica

K1. Definição de um estudo de pesquisa clínica

UM clínico pesquisar estudar (também chamado um clínico julgamento) é um caminho médicos teste novo tipos de cuidados de saúde ou medicamentos. Um estudo de pesquisa clínica aprovado por O Medicare normalmente solicita voluntários para participar do estudo. Quando você participa de um estudo de pesquisa clínica, pode permanecer inscrito em nosso plano e continuar a receber o restante dos seus cuidados (cuidados não relacionados ao estudo) por meio dele.

Se você deseja participar de qualquer estudo de pesquisa clínica aprovado pelo Medicare, **não**



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals .

precisa nos informar nem obter aprovação nossa ou do seu médico de atenção primária. Os médicos que prestam atendimento como parte do estudo **não** precisam ser médicos da rede. Isso não se aplica a benefícios cobertos que exigem um ensaio clínico ou registro para avaliar o benefício, incluindo certos benefícios que exigem cobertura com desenvolvimento de evidências (NCDs-CED) e estudos de isenção de dispositivos experimentais (IDE). Esses benefícios também podem estar sujeitos a autorização prévia e outras regras do plano.

Nós encorajamos você para dizer-nos antes você participar em um estudo clínico.

Se você planeja participar de um estudo de pesquisa clínica, coberto para inscritos pelo Medicare Original, incentivamos você ou seu gerente de cuidados a entrar em contato com o Atendimento ao Membro para nos informar que você participará de um ensaio clínico.

K2. Pagamento por serviços quando você está em um estudo de pesquisa clínica

Se você for voluntário em um estudo de pesquisa clínica aprovado pelo Medicare, você não pagará nada pelos serviços abordados sob o estudo. Medicare paga para serviços abordados sob o estudo como bem como custos de rotina associados ao seu tratamento. Ao participar de um estudo de pesquisa clínica aprovado pelo Medicare, você terá cobertura para a maioria dos serviços e itens que receber como parte do estudo. Isso inclui:

- sala e quadro para um hospital ficar que Medicare seria pagar para até se você não eram em um estudo
- uma operação ou outro médico procedimento isso faz parte de o estudar
- tratamento de qualquer lado efeitos e complicações de o novo cuidado

Se você é papel de um estudar que Medicare **não tem aprovado**, você paga qualquer custos por ser no estudo.

K3. Mais sobre estudos de pesquisa clínica

Você pode aprender mais sobre como participar de um estudo de pesquisa clínica lendo “Medicare & Clinical Research Studies” no site do Medicare (www.medicare.gov/sites/default/files/2019-09/02226-medicare-and-clinical-research-studies.pdf).

Você pode também chamar 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), usuários de TTY liguem para 1-877-486-2048.



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

L. Como seu saúde cuidado serviços são abordado em uma instituição religiosa de saúde não médica

L1. Definição de uma instituição religiosa de assistência médica não médica

UM religioso não médico saúde cuidado instituição é um lugar que fornece cuidado você seria normalmente pegar em um hospital ou uma unidade de enfermagem especializada. Se estiver recebendo atendimento em um hospital ou se uma instituição de enfermagem especializada for contra suas crenças religiosas, cobrimos o atendimento em uma instituição religiosa de saúde não médica.

Esse benefício é apenas para Medicare Papel UM paciente internado serviços (não médico saúde cuidado serviços).

L2. Cuidados de uma instituição religiosa de saúde não médica

Para pegar cuidado de um religioso não médico saúde cuidado instituição, você deve sinal um jurídico documento que diz que você é contra receber tratamento médico que seja “não aceito”.

- “Não-excepcionado” médico o tratamento é qualquer cuidados ou tratamentos **voluntários e não obrigatório** por qualquer lei federal, estadual ou local.
- “Exceto” médico tratamento é qualquer cuidado ou tratamento que **não é voluntário e é obrigatório** sob lei federal, estadual ou local.

Para ser abordado por nosso plano, o cuidado você pegar de um religioso não médico saúde cuidado instituição deve atender às seguintes condições:

- O instalação fornecendo o cuidado deve ser certificado por Medicare.
- Nosso plano cobre apenas não religioso aspectos de cuidado.
- Se você pegar serviços de esta instituição forneceu para você em um instalação :
 - Você deve ter um médico doença que seria permitir você para pegar abordado serviços para atendimento hospitalar ou em unidade de enfermagem especializada.
 - Você deve pegar aprovação de nós antes você é admitido para o instalação, ou sua estadia **não** será coberta.

Paciente internado hospital cobertura é baseado sobre médico necessidade e requer anterior



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

autorização. Para mais informações sobre cobertura hospitalar para internação, consulte a Tabela de Benefícios no **Capítulo 4**.

M. Durável Médico Equipamento (DME)

M1. DME como membro do nosso plano

O DME inclui certos itens clinicamente necessários solicitados por um provedor, como cadeiras de rodas, muletas, sistemas de colchões elétricos, suprimentos para diabéticos, camas hospitalares solicitadas por um provedor para uso em casa, bombas de infusão intravenosa (IV), dispositivos geradores de fala, equipamentos e suprimentos de oxigênio, nebulizadores e andadores.

Você sempre possui alguns itens DME, como próteses.

Outros tipos de DME que você precisa alugar. Como membro do nosso plano, você normalmente **não será** proprietário dos itens de DME alugados, independentemente do período de locação.

Mesmo que você tenha tido DME por até 12 meses consecutivos pelo Medicare antes de aderir ao nosso plano, você **não será** o proprietário do equipamento.

M2. Propriedade do DME se você mudar para o Medicare original

Em o Original Medicare programa, pessoas Quem aluguel certo tipos de DME ter isto depois 13 meses. Em um plano Medicare Advantage (MA), o plano pode definir o número de meses que as pessoas devem alugar certos tipos de DME antes de adquiri-lo.

Você vai ter para fazer 13 pagamentos em um linha sob Original Medicare, ou você vai ter para fazer o número de pagamentos consecutivos definido pelo plano MA, para possuir o item DME se:

- você não tornar-se o proprietário de o DME item enquanto você eram em nosso plano, e
- você deixar nosso plano e pegar seu Medicare benefícios fora de qualquer saúde plano em o programa Medicare original ou um plano MA.

Se você feito pagamentos para o DME item sob Original Medicare ou um plano de mestrado antes de você ingressou nosso plano, **aqueles Original Medicare ou Mestre plano pagamentos não contam para os pagamentos que você precisa fazer depois de sair do nosso plano.**

- Você vai ter para fazer 13 novo pagamentos em um linha sob Original Medicare ou um número de novos pagamentos consecutivos definidos pelo plano MA para possuir o item DME.



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

- Lá são não exceções para esse quando você retornar para Original Medicare ou um plano de MA .

M3. Benefícios do equipamento de oxigênio como membro do nosso plano

Se você qualificar para oxigênio equipamento abordado por Medicare nós cobrimos:

- aluguel de oxigênio equipamento
- entrega de oxigênio e oxigênio conteúdo
- tubulação e relacionado acessórios para o entrega de oxigênio e oxigênio conteúdo
- manutenção e reparos de oxigênio equipamento

Oxigênio equipamento deve ser retornou quando isso é não mais longo medicamento necessário para você ou se você deixar nosso plano.

M4. Equipamento de oxigênio quando você muda para o Medicare original ou outro plano Medicare Advantage (MA)

Quando oxigênio equipamento é medicamento necessário e **você deixar nosso plano e trocar para Medicare original** : você aluga de um fornecedor por 36 meses. Seus pagamentos mensais de aluguel cobrem o equipamento de oxigênio e os suprimentos e serviços listados acima.

Se oxigênio equipamento é medicamento necessário **depois você aluguel isto para 36 meses** , seu fornecedor deve fornecer :

- oxigênio equipamento, suprimentos, e serviços para outro 24 meses
- oxigênio equipamento e suprimentos para acima para 5 anos se medicamento necessário

Se oxigênio equipamento é ainda medicamento necessário **no o fim de o 5 anos período** :

- Seu fornecedor não mais longo tem para fornecer isto, e você poderia escolher para pegar equipamento de substituição de qualquer fornecedor.
- UM novo 5 anos período começa.
- Você aluguel de um fornecedor para 36 meses.
- Seu fornecedor então fornece o oxigênio equipamento, suprimentos, e serviços por mais 24 meses.



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals .

- UM novo ciclo começa todo 5 anos como longo como oxigênio equipamento é clinicamente necessário.

Quando oxigênio equipamento é medicamente necessário e **você deixar nosso plano e trocar para outro Plano MA**, o plano cobrirá pelo menos o que o Medicare original cobre. Você pode perguntar ao seu novo MA plano o que oxigênio equipamento e suprimentos isto capas e o que seu custos vai ser.



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Capítulo 4: Tabela de benefícios

Introdução

Este capítulo informa sobre os serviços cobertos pelo nosso plano e quaisquer restrições ou limites a esses serviços. Também informa sobre os benefícios não cobertos pelo nosso plano. Os termos-chave e as suas definições aparecem por ordem alfabética no último capítulo do *Manual do Membro*.

Índice

A. Seu abordado serviços	63
B. Regras contra provedores carregando você para serviços	63
C. Sobre nosso planos Benefícios Gráfico	63
D. Nossos planos Benefícios Gráfico	66
E. Longo prazo Serviços e Suportes (LTSS)	114
F. Benefícios abordado fora de nosso plano	117
F1. Serviços odontológicos	117
F2. Transporte médico não emergencial	117
F3. Serviços residenciais para pessoas com deficiência intelectual e de desenvolvimento	118
F4. Serviços de estabilização residencial	118
G. Benefícios não abordado pelo nosso plano , Medicare, ou Medicaid de Rhode Island	118



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

A. Os seus serviços cobertos

Este capítulo informa sobre os serviços cobertos pelo nosso plano. Também pode obter informações sobre serviços que não são cobertos. As informações sobre os benefícios de medicamentos encontram-se no **Capítulo 5** deste *Manual do Membro*. Este capítulo explica também os limites de alguns serviços.

Como recebe ajuda do Rhode Island Medicaid, não paga nada pelos serviços cobertos, desde que siga as regras do nosso plano. Consulte o **Capítulo 3** deste *Manual do Membro* para obter detalhes sobre as regras do nosso plano.

Se precisar de ajuda para compreender os serviços que estão cobertos, ligue para o seu gestor de cuidados e/ou para os Serviços para Membros através do número 1-844-812-6896, das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita.

B. Regras para prestadores que lhe faturam os serviços

Não permitimos que os nossos prestadores faturem os serviços cobertos pela rede. Pagamos diretamente aos nossos prestadores e protegemos o cliente de quaisquer cobranças. Isso aplica-se mesmo que paguemos ao prestador menos do que ele cobra por um serviço.

Nunca deve receber uma fatura de um prestador de serviços por serviços cobertos. Se isso acontecer, consulte o **Capítulo 7** deste *Manual do Membro* ou ligue para os Serviços para Membros.

C. Sobre a Tabela de Benefícios do nosso plano

A Tabela de Benefícios informa os serviços que o nosso plano cobre. Lista os serviços cobertos por ordem alfabética e explica.

Pagamos pelos serviços listados na Tabela de Benefícios quando as seguintes regras são cumpridas. Não paga nada pelos serviços listados na Tabela de Benefícios, desde que cumpra os requisitos descritos abaixo.

- Prestamos serviços cobertos pelo Medicare e pelo Rhode Island Medicaid, de acordo com as regras estabelecidas pelo Medicare e pelo Rhode Island Medicaid.
- Os serviços (incluindo cuidados médicos, serviços, fornecimentos, equipamentos e medicamentos) devem ser “medicamente necessários”. Medicamente necessários significa que precisa de serviços médicos, cirúrgicos ou outros para prevenir, diagnosticar ou tratar uma condição médica ou para manter o seu estado de saúde atual. Isto inclui cuidados que o impedem de ir para um hospital ou lar de idosos. Significa também que os serviços, fornecimentos ou medicamentos cumprem as



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

normas aceitas da prática médica. Medicamentos necessários incluem serviços para evitar que uma condição relacionada à saúde piore.

- Para novos inscritos, durante os primeiros 90 dias, podemos não exigir que obtenha aprovação prévia para qualquer tratamento ativo, mesmo que o tratamento seja para um serviço iniciado com um prestador fora da rede.
- Recebe os seus cuidados de saúde de um prestador da rede. Um prestador da rede é um prestador que trabalha conosco. Na maioria dos casos, os cuidados prestados por um prestador fora da rede não serão cobertos, a menos que se trate de uma emergência ou de cuidados urgentes, ou a menos que o seu plano ou um prestador da rede o tenha encaminhado. O **Capítulo 3** deste *Manual do Membro* contém mais informações sobre como utilizar prestadores dentro e fora da rede.
- Tem um prestador de cuidados primários (primary care provider, PCP) ou uma equipa de cuidados que presta e gere os seus cuidados.
- Cobrimos alguns serviços listados na Tabela de Benefícios apenas se o seu médico ou outro prestador da rede obtiver a nossa aprovação prévia. Isso é chamado de autorização prévia (prior authorization, PA). Marcamos com um asterisco os serviços cobertos na Tabela de Benefícios que necessitam de PA (*).
- Se o seu plano aprovar um pedido de PA para um tratamento, a aprovação deve ser válida enquanto for clinicamente razoável e necessário para evitar interrupções no tratamento com base nos critérios de cobertura, no seu histórico médico e nas recomendações do prestador responsável pelo tratamento.

Informações Importantes sobre Benefícios para Membros com Determinadas Doenças Crônicas.

- Se tiver alguma das condições crônicas listadas abaixo e cumprir determinados critérios médicos, poderá ser elegível para benefícios adicionais:
 - Doenças autoimunes, cancro, doenças cardiovasculares, alcoolismo crónico e outros transtornos relacionados ao consumo de substâncias (substance use disorders, SUD), insuficiência cardíaca crónica, doenças mentais crónicas e incapacitantes, demência, diabetes mellitus, excesso de peso, obesidade e síndrome metabólica, doença gastrointestinal crónica, doença renal crónica (chronic kidney disease, CKD), distúrbios hematológicos graves, VIH/SIDA, distúrbios pulmonares crónicos, distúrbios neurológicos, acidente vascular cerebral, pós-transplante de órgãos, imunodeficiência e distúrbios imunossupressores, condições associadas a deficiência cognitiva, condições com desafios funcionais, condições crónicas que prejudicam a visão, audição (surdez), paladar, tato e olfato, condições que requerem serviços terapêuticos contínuos para que os indivíduos mantenham ou retenham o funcionamento.
 - Ao longo do ano, o nosso plano avaliará consistentemente a elegibilidade para esses benefícios adicionais usando vários recursos, como a sua Avaliação de Risco à Saúde



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

(Health Risk Assessment, HRA), pedidos de reembolso médico/farmacêutico e outra documentação clínica de apoio.

- Consulte a linha “Ajuda com determinadas doenças crônicas” na Tabela de Benefícios para obter mais informações.
- Contacte-nos para obter informações adicionais.

Todos os serviços preventivos são gratuitos. Esta maçã 🍏 mostra os serviços preventivos na Tabela de Benefícios.



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

D. Nosso plano é Benefícios Gráfico

Serviço coberto	O que você pagar
 <p>Abdominal aórtica aneurisma triagem</p> <p>Pagamos por um exame de ultrassom único para pessoas em risco. Nosso plano cobre esse exame apenas se você apresentar determinados fatores de risco e se receber encaminhamento do seu médico, assistente médico, enfermeiro(a) de prática clínica ou enfermeiro(a) especialista clínico(a).</p>	\$ 0
<p>Acupuntura</p> <p>Pagamos por até 12 consultas de acupuntura em 90 dias se você tiver dor lombar crônica, definida como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • duradouro 12 semanas ou mais longo; • não específico (não tendo causa sistêmica que podem ser identificados, como não associados a metástases, inflamatório, ou infeccioso doença); • não associado com cirurgia; e • não associado com gravidez. <p>Além disso, pagamos por oito sessões adicionais de acupuntura para dor lombar crônica, caso você apresente melhora. Você não poderá receber mais de 20 sessões de acupuntura para dor lombar crônica por ano.</p> <p>Os tratamentos de acupuntura devem ser interrompidos se você não melhorar ou se piorar.</p> <p>Requisitos do provedor:</p> <p>Os médicos (conforme definido em 1861(r)(1) da Lei da Seguridade Social (a Lei)) podem fornecer acupuntura de acordo com os requisitos estaduais aplicáveis.</p> <p>Assistentes médicos (PAs), enfermeiros especialistas (NPs)/enfermeiros especialistas clínicos (CNSs) (conforme identificados em 1861(aa) (5) da Lei) e pessoal auxiliar podem</p> <p>Este benefício continua na próxima página.</p>	\$ 0



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Serviço coberto	O que você pagar
<p>Acupuntura (continuação)</p> <p>fornecer acupuntura se atenderem a todos os requisitos estaduais aplicáveis e tiverem:</p> <ul style="list-style-type: none"> • um mestrado ou doutorado em acupuntura ou Medicina Oriental de uma escola credenciada pela Comissão de Credenciamento em Acupuntura e Medicina Oriental (ACAOM); e, • uma licença atual, completa, ativa e irrestrita para praticar acupuntura em um Estado, Território ou Comunidade (ou seja, Porto Rico) dos Estados Unidos ou Distrito de Columbia. <p>O pessoal auxiliar que fornece acupuntura deve estar sob o nível apropriado de supervisão de um médico, PA ou NP/CNS exigido por nossos regulamentos em 42 CFR §§ 410.26 e 410.27.</p>	
<p>Adulto Dia Serviços*</p> <p>Pagamos por dois níveis de serviços diurnos para adultos que precisam de supervisão e serviços de saúde durante o dia . Estão disponíveis níveis básicos e avançados.</p> <p>Alguns exemplos de serviços diurnos para adultos incluem:</p> <ul style="list-style-type: none"> • atividades sociais e recreativas • refeições • enfermagem ou tratamento de feridas <p>*Pode ser necessária autorização prévia.</p>	\$ 0



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals .

Serviço coberto	O que você pagar
 <p>Álcool uso indevido triagem e aconselhamento</p> <p>Pagamos por um exame de abuso de álcool para adultos que abusam do álcool, mas não são dependentes. Isso inclui gestantes.</p> <p>Se o seu teste der positivo para abuso de álcool, você poderá receber até quatro sessões breves de aconselhamento presencial por ano (se você estiver apto e alerta durante o aconselhamento) com um profissional de saúde qualificado ou um profissional de saúde em um ambiente de atenção primária.</p>	\$ 0
<p>Ambulância serviços*</p> <p>Os serviços de ambulância cobertos, sejam para situações de emergência ou não, incluem serviços terrestres e aéreos (avião e helicóptero) e serviços de ambulância. A ambulância levará você ao local mais próximo que possa lhe prestar atendimento.</p> <p>Sua condição deve ser grave o suficiente para que outras formas de chegar a um local de atendimento possam colocar sua saúde ou vida em risco.</p> <p>Serviços de ambulância para outros casos (não emergenciais) devem ser aprovados por nós. Em casos que não sejam emergenciais, podemos pagar por uma ambulância. Sua condição deve ser grave o suficiente para que outras formas de chegar a um local de atendimento possam colocar sua vida ou saúde em risco.</p> <p>*É necessária autorização prévia para serviços de ambulância não emergenciais .</p>	\$ 0



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals .

Serviço coberto	O que você pagar
 <p>Anual visita de bem-estar</p> <p>Você pode fazer um check-up anual. Este check-up serve para elaborar ou atualizar um plano de prevenção com base nos seus fatores de risco atuais. Pagamos por isso uma vez a cada 12 meses.</p> <p>Observação: sua primeira consulta anual de bem-estar não pode ocorrer dentro de 12 meses da sua consulta de Boas-Vindas ao Medicare. No entanto, você não precisa ter feito uma consulta de Boas-Vindas ao Medicare para receber consultas anuais de bem-estar após 12 meses de cobertura da Parte B.</p> <p>Você pode fazer um exame físico prático e abrangente com seu médico, que analisará seu histórico médico e de medicamentos e realizará uma avaliação de doenças crônicas.</p>	\$ 0
 <p>Osso massa medição</p> <p>Pagamos por determinados procedimentos para membros qualificados (geralmente, pessoas com risco de perda de massa óssea ou osteoporose). Esses procedimentos identificam massa óssea, detectam perda óssea ou avaliam a qualidade óssea.</p> <p>Pagamos pelos serviços uma vez a cada 24 meses, ou com mais frequência se necessário por motivos médicos. Também pagamos um médico para avaliar e comentar os resultados.</p>	\$ 0
 <p>Seios Câncer triagem (mamografias)</p> <p>Nós pagamos pelos seguintes serviços:</p> <ul style="list-style-type: none"> • uma mamografia de base entre as idades de 35 e 39 • uma mamografia de rastreamento a cada 12 meses para mulheres com 40 anos ou mais • exames clínicos de mama uma vez a cada 24 meses 	\$ 0



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Serviço coberto	O que você pagar
<p>Cardíaco (coração) reabilitação serviços</p> <p>Pagamos por serviços de reabilitação cardíaca, como exercícios, educação e aconselhamento. Os membros devem atender a certos requisitos e ter uma prescrição médica.</p> <p>Também cobrimos programas intensivos de reabilitação cardíaca, que são mais intensos do que os programas de reabilitação cardíaca.</p>	\$ 0
<p> Cardiovascular (coração) doença risco redução visita (terapia para doenças cardíacas)</p> <p>Pagamos uma consulta por ano, ou mais, se clinicamente necessário, com seu médico de atenção primária (PCP) para ajudar a reduzir o risco de doenças cardíacas. Durante a consulta, seu médico poderá:</p> <ul style="list-style-type: none"> • discutir o uso de aspirina, • verifique sua pressão arterial e/ou • dar dicas para garantir que você esteja se alimentando bem. 	\$ 0
<p> Cardiovascular (coração) doença testes de triagem</p> <p>Pagamos por exames de sangue para verificar doenças cardiovasculares uma vez a cada cinco anos (60 meses). Esses exames de sangue também verificam defeitos devido ao alto risco de doenças cardíacas.</p>	\$ 0
<p> Cervical e vaginal Câncer triagem</p> <p>Nós pagamos pelos seguintes serviços:</p> <ul style="list-style-type: none"> • para todas as mulheres: exames de Papanicolau e exames pélvicos uma vez a cada 24 meses • para mulheres com alto risco de câncer cervical ou vaginal: um teste de Papanicolau a cada 12 meses • para mulheres com 21 anos ou mais que fizeram um teste de Papanicolau anormal nos últimos três anos e estão em idade fértil: um teste de Papanicolau a cada 12 meses 	\$ 0



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Serviço coberto	O que você pagar
<p>Quiropraxia serviços*</p> <p>Nós pagar para o seguinte serviços:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ajustes da coluna para corrigir o alinhamento • doze (12) consultas de tratamento por ano. Serviços quiropráticos clinicamente necessários além do limite anual de doze (12) consultas podem ser cobertos. <p>*Pode ser necessária autorização prévia.</p>	\$ 0
<p>Serviços de tratamento e gestão da dor crônica</p> <p>Serviços mensais cobertos para pessoas que vivem com dor crônica (dor persistente ou recorrente com duração superior a 3 meses). Os serviços podem incluir avaliação da dor, controle de medicamentos e coordenação e planejamento de cuidados.</p>	<p>O compartilhamento de custos para este serviço variará dependendo dos serviços individuais fornecidos durante o tratamento.</p> <p>\$ 0</p>
<p> Colorretal Câncer triagem</p> <p>Nós pagamos pelos seguintes serviços:</p> <ul style="list-style-type: none"> • A colonoscopia não tem limite mínimo ou máximo de idade e é coberta uma vez a cada 120 meses (10 anos) para pacientes sem alto risco, ou 48 meses após uma sigmoidoscopia flexível anterior para pacientes sem alto risco de câncer colorretal, e uma vez a cada 24 meses para pacientes de alto risco após uma colonoscopia de triagem anterior. • A colonografia por tomografia computadorizada para pacientes com 45 anos ou mais que não apresentam alto risco de câncer colorretal é coberta quando pelo menos 59 meses se passaram após o mês em que a última colonografia por tomografia computadorizada de triagem foi realizada, ou quando 47 meses se passaram após o mês em que a última sigmoidoscopia flexível de triagem ou <p>Este benefício continua na próxima página.</p>	\$ 0



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Serviço coberto	O que você pagar
<p>Colorretal Câncer triagem (continuação)</p> <p>colonoscopia de triagem foi realizada. Para pacientes com alto risco de câncer colorretal, o pagamento pode ser feito para uma colonografia por tomografia computadorizada de triagem realizada após pelo menos 23 meses se passaram após o mês em que a última colonografia por tomografia computadorizada de triagem ou a última colonoscopia de triagem foi realizada.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sigmoidoscopia flexível para pacientes com 45 anos ou mais. Uma vez a cada 120 meses para pacientes sem alto risco após a realização de uma colonoscopia de triagem. Uma vez a cada 48 meses para pacientes de alto risco da última sigmoidoscopia flexível ou colonografia por tomografia computadorizada. • Exames de triagem de sangue oculto nas fezes para pacientes com 45 anos ou mais. Uma vez a cada 12 meses. • DNA multialvo de fezes para pacientes de 45 a 85 anos de idade que não atendem aos critérios de alto risco. Uma vez a cada 3 anos. • Testes de biomarcadores sanguíneos para pacientes de 45 a 85 anos que não atendem aos critérios de alto risco. Uma vez a cada 3 anos. • Os exames de rastreamento do câncer colorretal incluem uma colonoscopia de acompanhamento após um teste de rastreamento do câncer colorretal não invasivo baseado em fezes coberto pelo Medicare retornar um resultado positivo. • Os exames de triagem do câncer colorretal incluem uma sigmoidoscopia flexível de triagem planejada ou uma colonoscopia de triagem que envolve a remoção de tecido ou outra matéria, ou outro procedimento fornecido em conexão com, como resultado de e no mesmo encontro clínico que o exame de triagem. 	



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Serviço coberto	O que você pagar
<p>Serviços odontológicos</p> <p>Pagamos por alguns serviços odontológicos quando o serviço é parte integrante do tratamento específico da condição médica primária de uma pessoa. Exemplos incluem reconstrução da mandíbula após uma fratura ou lesão, extrações dentárias realizadas em preparação para radioterapia para câncer de mandíbula ou exames bucais antes de transplante de órgãos.</p> <p>Preventiva : cobertura de benefício máximo combinado de US\$ 1.250 anualmente</p> <p><u>Exames orais:</u> os limites de benefício são duas vezes ao ano para avaliações orais periódicas, uma vez ao ano para avaliações orais limitadas, uma vez ao ano para avaliações orais extensas (foco no problema), uma vez a cada três anos para avaliações orais abrangentes e uma vez a cada dois anos para exames periodontais .</p> <p><u>Radiografias dentárias:</u> Limites se aplicam</p> <p><u>Profilaxia (limpeza):</u> Limpezas (limitadas a dois (2) tratamentos por ano civil)</p> <p><u>Tratamento com flúor:</u> limitado a um (1) tratamento por ano civil</p> <p>Plano Odontológico Abrangente: cobertura de benefício máximo combinado de US\$ 1.250 anualmente</p> <p>Serviços de restauração; endodontia; periodontia; prótese removível; cirurgia oral e maxilofacial; e serviços gerais auxiliares.</p> <p>Os serviços odontológicos abrangentes são limitados a uma cobertura máxima de benefícios por ano civil.</p> <p>Os serviços devem ser obtidos do fornecedor especificado no plano . Consulte o site em https://www.deltadentalri.com/NHP/IntegrityForDuals para mais informações.</p> <p>Este benefício continua na próxima página.</p>	<p>\$ 0</p>



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals .

Serviço coberto	O que você pagar
<p>Serviços odontológicos (continuação)</p> <p>Despesas diretas para benefícios suplementares não contam para o limite máximo de desembolso.</p> <p>Para cuidados odontológicos regulares, encontre um provedor que aceite o Medicaid de Rhode Island e use seu cartão de identificação ("âncora") do Medicaid de Rhode Island. Em alguns casos, os cuidados odontológicos necessários para tratar doenças ou lesões podem ser cobertos pelo plano como internação ou ambulatorial. Ligue para a Neighborhood INTEGRITY for Duals em 1-844-812-6896 (TTY 711) se você não tiver certeza se o plano ou o Medicaid de Rhode Island cobre os serviços odontológicos que você precisa ou se precisar de ajuda para encontrar um dentista.</p> <p>Outras limitações podem ser aplicadas.</p>	
<p> Depressão triagem</p> <p>Pagamos por um exame de depressão por ano. O exame deve ser realizado em um ambiente de atenção primária que possa oferecer tratamento de acompanhamento e/ou encaminhamentos.</p>	\$ 0
<p> Diabetes triagem</p> <p>Pagamos por essa triagem (inclui testes de glicemia em jejum) se você tiver algum dos seguintes fatores de risco:</p> <ul style="list-style-type: none"> • pressão alta (hipertensão) • histórico de níveis anormais de colesterol e triglicerídeos (dislipidemia) • obesidade • histórico de alto nível de açúcar no sangue (glicose) <p>Os exames podem ser cobertos em outros casos, como se você estiver acima do peso e tiver histórico familiar de diabetes.</p> <p>Você pode se qualificar para até dois exames de diabetes a cada 12 meses após a data do seu teste de triagem de diabetes mais recente.</p>	\$ 0



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Serviço coberto	O que você pagar
 <p>Diabético autogestão treinamento, serviços, e suprimentos*</p> <p>Pagamos pelos seguintes serviços para todas as pessoas com diabetes (sejam elas usuárias de insulina ou não):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suprimentos para monitor seu sangue glicose, incluindo o seguinte: <ul style="list-style-type: none"> ○ um sangue glicose monitor ○ sangue glicose teste tiras ○ lanceta dispositivos e lancetas ○ controle de glicose soluções para verificando a precisão das tiras de teste e monitores • Para pessoas com diabetes Quem ter forte doença do pé diabético, pagamos pelo seguinte: <ul style="list-style-type: none"> ○ um par de sapatos terapêuticos moldados sob medida (incluindo palmilhas), incluindo o ajuste, e dois pares extras de palmilhas a cada ano civil, ou ○ um par de sapatos de profundidade, incluindo o ajuste, e três pares de palmilhas por ano (não incluindo as palmilhas removíveis não personalizadas fornecidas com esses sapatos) <p>Em alguns casos, pagamos por treinamento para ajudar você a controlar seu diabetes. Para saber mais, entre em contato com o Atendimento ao Cliente.</p> <p><u>de insulina</u> ou com diabetes gestacional:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Limitado a cem (100) tiras de teste a cada trinta (30) dias quando recebidas de um fornecedor de equipamento médico durável (DME) <p>Este benefício continua na próxima página .</p>	<p>\$ 0</p>



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals .

Serviço coberto	O que você pagar
<p>Diabético autogestão treinamento, serviços, e suprimentos* (continuação)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Limitado a cem (100) tiras de teste a cada vinte e cinco (25) dias quando recebidas em uma farmácia <p>Membros <u>não dependentes de insulina</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Limitado a cem (100) tiras de teste a cada noventa (90) dias quando recebidas de um fornecedor de equipamento médico durável (DME) • Limitado a cem (100) tiras de teste a cada noventa (90) dias quando recebidas em uma farmácia <p>*Pode ser necessária autorização prévia.</p>	
<p>Doula Serviços</p> <p>Pagamos por serviços pré-natais e pós-parto para mulheres grávidas e novo mães. O seguindo são exemplos dos serviços de doula cobertos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • serviços para apoiar grávida mães, melhorar resultados do parto e apoio às novas mães • defendendo para e apoiando amamentação e cuidados infantis • fornecer recursos, educação, cuidado, e apoio emocional para a mãe após o término da gravidez • apoio ao membro e à família durante a recuperação pós-parto <p>Outros serviços podem ser cobertos.</p> <p>São cobertas seis (6) consultas por gravidez para cuidados pré-natais e pós-parto e uma (1) consulta de parto e parto.</p>	\$ 0



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Serviço coberto	O que você pagar
<p>Durável médico equipamento (DME) e suprimentos relacionados *</p> <p>Consulte o Capítulo 12 deste <i>Manual do Membro</i> para obter uma definição de “Equipamento médico durável (DME)”.</p> <p>Abrangemos os seguintes itens:</p> <ul style="list-style-type: none"> • suprimentos para incontinência, como fraldas, absorventes e protetores • cadeiras de rodas • muletas • alimentado colchão sistemas • diabético suprimentos • hospital camas ordenado por um provedor para usar em a casa • intravenosa (4) infusão bombas e postes • discurso gerando dispositivos • oxigênio equipamento e suprimentos • nebulizadores • caminchantes • cabo curvo padrão ou cana quádrupla e suprimentos de reposição • tração cervical (sobre a porta) • estimulador ósseo • equipamento de tratamento de diálise <p>Outro Unid poderia ser abordado.</p> <p>Com este <i>Manual do Membro</i> , enviamos a você a lista de DME do nosso plano . A lista informa as marcas e fabricantes de DME pelos quais pagamos. Você também pode encontrar a lista mais recente de marcas, fabricantes e fornecedores em nosso site: www.nhpri.org/INTEGRITYDuals .</p> <p>Este benefício continua na próxima página.</p>	<p>\$ 0</p>



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals .

Serviço coberto	O que você pagar
<p>Durável médico equipamento (DME) e suprimentos relacionados * (continuação)</p> <p>Geralmente, nosso plano cobre qualquer DME coberto pelo Medicare e Medicaid das marcas e fabricantes nesta lista. Não cobrimos outras marcas e fabricantes, a menos que seu médico ou outro profissional nos informe que você precisa da marca. Se você é novo em nosso plano e usa uma marca de DME que não está em nossa lista, continuaremos pagando por essa marca por até 90 dias. Durante esse período, converse com seu médico para decidir qual marca é clinicamente adequada para você após o período de 90 dias. (Se você discordar do seu médico, pode pedir que ele o encaminhe para uma segunda opinião.)</p> <p>Se você (ou seu médico) discordar da decisão de cobertura do nosso plano, você ou seu médico podem entrar com um recurso. Você também pode entrar com um recurso se não concordar com a decisão do seu médico sobre qual produto ou marca é apropriado para sua condição médica. Para mais informações sobre recursos, consulte o Capítulo 9 deste <i>Manual do Membro</i> .</p> <p>*Pode ser necessária autorização prévia.</p>	
<p>Emergência cuidado</p> <p>Emergência cuidado significa serviços que são:</p> <ul style="list-style-type: none"> • dado por um provedor treinado para dar serviços de emergência e • necessário para avaliar ou tratar um médico emergência. <p>Uma emergência médica é uma doença, lesão, dor intensa ou condição médica que piora rapidamente. A condição é tão grave que, se não receber atenção médica imediata, qualquer pessoa com conhecimento médio de saúde e medicina pode esperar que resulte em:</p> <p>Este benefício continua na próxima página.</p>	<p>\$ 0</p> <p>Se você receber atendimento de emergência em um fora da rede hospital e precisar de internação após a estabilização da sua emergência, você deverá se transferir para um hospital da rede para que seu atendimento continue sendo pago. Você pode permanecer no</p>



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals .

Serviço coberto	O que você pagar
<p>Emergência cuidado (continuação)</p> <ul style="list-style-type: none"> • sério risco para seu vida ou para que de seu criança não nascida; ou • sério ferir para corporal funções; ou • perda de um membro ou perda de função de um membro. • Em o caso de um grávida mulher em ativo trabalho, quando: <ul style="list-style-type: none"> ○ Lá não é suficiente tempo para com segurança transferi-la para outro hospital antes do parto. ○ Uma transferência para outro hospital poderia representam uma ameaça para seu saúde ou segurança ou para que do seu filho ainda não nascido. <p>O plano pagará por serviços de atendimento de emergência e transporte de emergência.</p> <p>A cobertura inclui os EUA, seus territórios e o mundo todo.</p>	<p>hospital fora da rede. para seu paciente internado só se importa se o nosso plano aprova sua estadia.</p>
<p>Modificações ambientais em casa*</p> <p>Pagaremos por mudanças na sua casa ou veículo para ajudar você a viver com segurança em casa. Veja a seguir alguns exemplos de serviços cobertos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • barras de apoio • cadeiras de banho • utensílios para comer • assentos sanitários elevados • rampas para cadeiras de rodas • postes de pé <p>Outros serviços também podem ser cobertos.</p> <p>*Pode ser necessária autorização prévia.</p>	<p>\$ 0</p>



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Serviço coberto	O que você pagar
<p>Família planejamento serviços</p> <p>A lei permite que você escolha qualquer provedor – seja um provedor da rede ou um provedor fora da rede – para determinados serviços de planejamento familiar. Isso significa qualquer médico, clínica, hospital, farmácia ou consultório de planejamento familiar.</p> <p>Nós pagar para o seguinte serviços:</p> <ul style="list-style-type: none"> • família planejamento exame e médico tratamento • família planejamento laboratório e diagnóstico testes • família planejamento métodos (DIU/DIU, implantes, injeções, parto controlar pílulas, patch ou anel) • família planejamento suprimentos com prescrição (preservativo, esponja, espuma, filme, diafragma, capa) • aconselhamento e diagnóstico de infertilidade e serviços relacionados • aconselhamento, testes e tratamento para infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) • aconselhamento e testes para HIV e AIDS e outras condições relacionadas ao HIV • contracepção permanente (Você deve ter 21 anos ou mais para escolher este método de planejamento familiar. Você deve assinar um formulário federal de consentimento para esterilização pelo menos 30 dias, mas não mais do que 180 dias antes da data da cirurgia.) • aconselhamento genético <p>Este benefício continua na próxima página.</p>	<p>\$ 0</p>



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Serviço coberto	O que você pagar
<p>Família planejamento serviços (continuação)</p> <p>Também pagamos por alguns outros serviços de planejamento familiar. No entanto, você deve usar um provedor da nossa rede para os seguintes serviços:</p> <ul style="list-style-type: none"> • tratamento para condições médicas de infertilidade (Este serviço não inclui métodos artificiais para engravidar.) • tratamento para AIDS e outras condições relacionadas ao HIV • testes genéticos 	
<p> Fitness Beneficiar</p> <p>O benefício de condicionamento físico inclui uma assinatura de academia em locais qualificados da YMCA e um rastreador de atividades. As instalações qualificadas da YMCA estão listadas abaixo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bayside YMCA (Barrington, Rhode Island) • Cranston YMCA (Cranston, RI) • Leste Lado YMCA (Providência, RI) • Kent Condado YMCA (Warwick, RI) • MacColl YMCA (Lincoln, RI) • Novo homem YMCA (Seekonk, MA) • Pawtucket Família YMCA (Pawtucket, Rhode Island) • Sul Condado YMCA (Wakefield, Rhode Island) <p>Membros deve escolher um designado localização.</p>	\$ 0
<p>Audição serviços</p> <p>Pagamos por exames de audição e equilíbrio de rotina realizados pelo seu médico. Esses exames indicam se você precisa de tratamento médico. Eles são cobertos como atendimento ambulatorial quando realizados por um médico, fonoaudiólogo ou outro profissional qualificado.</p>	\$ 0



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Serviço coberto	O que você pagar
<p>Ajuda com certas condições crônicas</p> <p>Se você for diagnosticado com qualquer uma das seguintes condições crônicas identificadas abaixo e atender a determinados critérios, você poderá ter direito a benefícios suplementares especiais para doentes crônicos (SSBCI).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Distúrbios autoimunes, câncer, distúrbios cardiovasculares, transtorno por uso crônico de álcool e outros transtornos por uso de substâncias (TUS), insuficiência cardíaca crônica, condições de saúde mental crônicas e incapacitantes, demência, diabetes mellitus, sobrepeso, obesidade e síndrome metabólica, doença gastrointestinal crônica, doença renal crônica (DRC), distúrbios hematológicos graves, HIV/AIDS, distúrbios pulmonares crônicos, distúrbios neurológicos, derrame, pós-transplante de órgãos, imunodeficiência e distúrbios imunossupressores, condições associadas ao comprometimento cognitivo, condições com desafios funcionais, condições crônicas que prejudicam a visão, a audição (surdez), o paladar, o tato e o olfato, condições que exigem serviços de terapia contínuos para que os indivíduos mantenham ou retenham o funcionamento. <p>qualificados são elegíveis para os seguintes serviços:</p> <p>Alimentos e Produtos – Subsídio mensal de US\$ 125 para alimentos saudáveis. Pode ser usado para comprar produtos aprovados em lojas participantes, como hortifrutigranjeiros, frutas, pães, carnes, laticínios, etc.</p> <p>Serviços de Apoio Domiciliar – Oferecemos até 120 horas de visitas domiciliares e virtuais por ano. Este benefício de assistência complementar apoia os membros com Atividades Instrumentais da Vida Diária, como transporte, mercado compras, e luz casa tarefas.</p>	<p>\$ 0</p>



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Serviço coberto	O que você pagar
 <p>Rastreamento de HIV</p> <p>Pagamos por um exame de triagem de HIV a cada 12 meses para pessoas que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • solicitar um teste de rastreio do VIH, ou • correm maior risco de infecção pelo HIV. <p>Se você estiver grávida, pagaremos por até três testes de triagem de HIV durante a gravidez.</p>	\$ 0
<p>Lar cuidado (cuidados pessoais e serviços de dona de casa)*</p> <p>Pagamos por serviços de cuidados pessoais, como ajuda para tomar banho, se vestir, se arrumar e comer.</p> <p>Pagamos por serviços domésticos para ajudar com tarefas domésticas gerais, como preparação de refeições, lavanderia e compras.</p> <p>Os serviços de assistência domiciliar não incluem cuidados paliativos ou creches.</p> <p>Serviços de cuidados pessoais e/ou domésticos (combinados) são cobertos por até 6 horas por semana para um indivíduo ou 10 horas por semana para uma família com dois ou mais indivíduos qualificados.</p> <p>*Pode ser necessária autorização prévia.</p>	\$ 0
<p>Lar saúde agência cuidado*</p> <p>Antes de poder receber serviços de saúde domiciliar, um médico precisa nos informar que você precisa deles, e eles devem ser fornecidos por uma agência de saúde domiciliar. Você precisa estar confinado em casa, o que significa que sair de casa é um grande esforço.</p> <p>Este benefício continua na próxima página.</p>	\$ 0



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Serviço coberto	O que você pagar
<p>Lar saúde agência cuidado* (continuação) Pagamos pelos seguintes serviços e talvez outros serviços não listados aqui:</p> <ul style="list-style-type: none"> • tempo parcial ou intermitente serviços de enfermagem especializada e de assistência médica domiciliar (para serem cobertos pelo benefício de assistência médica domiciliar, seus serviços de enfermagem especializada e de assistência médica domiciliar combinados devem totalizar menos de 8 horas por dia e 35 horas por semana.) • fisioterapia, terapia ocupacional e fonoaudiologia • serviços médicos e sociais • equipamentos e suprimentos médicos <p>*Pode ser necessária autorização prévia.</p>	
<p>Lar infusão terapia Nosso plano cobre a terapia de infusão domiciliar, definida como medicamentos ou substâncias biológicas administradas na veia ou aplicadas sob a pele e fornecidas a você em casa. Para realizar a infusão domiciliar, você precisa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • o medicamento ou substância biológica, como um antiviral ou imunoglobulina ; • equipamentos, como uma bomba; e • suprimentos, como tubos ou cateteres. <p>Nosso plano cobre serviços de infusão domiciliar que incluem, mas não estão limitados a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • serviços profissionais, incluindo serviços de enfermagem, fornecidos de acordo com seu plano de cuidados; • treinamento e educação de membros ainda não incluídos no benefício do DME; • monitoramento remoto; e • serviços de monitoramento para fornecimento de terapia de infusão domiciliar e medicamentos para infusão domiciliar fornecidos por um fornecedor qualificado de terapia de infusão domiciliar. 	\$ 0



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Serviço coberto	O que você pagar
<p>Hospício cuidado</p> <p>Você tem o direito de optar por cuidados paliativos se o seu provedor e o diretor médico do serviço determinarem que você tem um prognóstico terminal. Isso significa que você tem uma doença terminal e espera-se que tenha seis meses ou menos de vida. Você pode receber cuidados de qualquer programa de cuidados paliativos certificado pelo Medicare. Nosso plano deve ajudá-lo a encontrar programas de cuidados paliativos certificados pelo Medicare na área de cobertura do plano, incluindo programas que possuímos, controlamos ou nos quais temos interesse financeiro. Seu médico de cuidados paliativos pode ser um provedor da rede ou um provedor fora da rede.</p> <p>Os serviços cobertos incluem:</p> <ul style="list-style-type: none"> • medicamentos para tratar sintomas e dor • cuidados paliativos de curta duração • atendimento domiciliar <p>Para serviços de cuidados paliativos e serviços cobertos pelo Medicare Parte A ou Medicare Parte B que se relacionam ao seu prognóstico terminal são cobrados ao Medicare:</p> <ul style="list-style-type: none"> • O Medicare Original (em vez do nosso plano) pagará ao seu prestador de cuidados paliativos pelos seus serviços de cuidados paliativos e por quaisquer serviços da Parte A ou B relacionados à sua doença terminal. Enquanto você estiver no programa de cuidados paliativos, o seu prestador de cuidados paliativos cobrará do Medicare Original pelos serviços pelos quais o Medicare Original paga. <p>Para serviços cobertos pelo nosso plano , mas não cobertos pelo Medicare Parte A ou Medicare Parte B:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nosso plano cobre serviços não cobertos pelo Medicare Parte A ou Medicare Parte B. Cobrimos os serviços, independentemente de estarem relacionados ao seu prognóstico terminal. Você não paga nada por esses serviços. <p>Este benefício continua na próxima página .</p>	<p>\$ 0</p>



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals .

Serviço coberto	O que você pagar
<p>Hospício cuidado (continuação)</p> <p>Para medicamentos que podem ser cobertos pelo benefício do Medicare Parte D do nosso plano:</p> <p>Os medicamentos nunca são cobertos pelo hospício e pelo nosso plano ao mesmo tempo. Para mais informações, consulte o Capítulo 5 deste <i>Manual do Membro</i> .</p> <p>Observação: se precisar de cuidados não relacionados a cuidados paliativos, ligue para o seu coordenador de cuidados e/ou para os serviços de atendimento ao cliente para agendar os serviços. Cuidados não relacionados a cuidados paliativos são aqueles que não estão relacionados ao seu prognóstico terminal.</p>	
<p> Imunizações</p> <p>Nós pagar para o seguinte serviços:</p> <ul style="list-style-type: none"> • pneumonia vacinas • vacinas contra gripe/influenza, uma vez a cada temporada de gripe/influenza no cair e inverno, com adicional gripe/influenza tiros se clinicamente necessário • hepatite B vacinas se você é no alto ou risco intermediário de contrair hepatite B • COVID 19 vacinas • outras vacinas se você estiver em risco e elas atenderem aos requisitos do Medicare Papel B regras de cobertura <p>Nós pagar para outro vacinas que encontrar a cobertura do Medicare Parte D regras. Consulte o Capítulo 6 deste <i>Manual do Membro</i> para saber mais.</p>	\$ 0



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals .

Serviço coberto	O que você pagar
<p>Paciente internado hospital cuidado*</p> <p>Inclui internação aguda, reabilitação hospitalar, hospitais de cuidados de longa duração e outros tipos de serviços hospitalares de internação. O atendimento hospitalar de internação começa no dia em que você é formalmente internado com uma ordem médica.</p> <p>Nós pagamos por segundo serviços e outros serviços medicamente necessários não listados aqui:</p> <ul style="list-style-type: none"> • quarto semiprivado (ou um quarto privativo se for clinicamente necessário) • refeições, incluindo dietas especiais • serviços regulares de enfermagem • custos de unidades de cuidados especiais, como unidades de cuidados intensivos ou de cuidados coronários • drogas e medicamentos • testes de laboratório • Raios-X e outros serviços de radiologia • suprimentos cirúrgicos e médicos necessários • aparelhos, como cadeiras de rodas • serviços de sala de cirurgia e recuperação • terapia física, ocupacional e fonoaudiológica • serviços de internação para abuso de substâncias • em alguns casos, os seguintes tipos de transplantes: córnea, rim, rim/pâncreas, coração, fígado, pulmão, coração/pulmão, medula óssea, células-tronco e intestinal/ multivisceral . <p>Este benefício continua na próxima página.</p>	<p>\$ 0</p> <p>Você deve pegar aprovação do plano de continuar recebendo atendimento hospitalar em um hospital fora da rede após sua emergência é sob controlar.</p>



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals .

Serviço coberto	O que você pagar
<p>Paciente internado hospital cuidado* (continuação)</p> <p>Se você precisar de um transplante, um centro de transplante aprovado pelo Medicare analisará seu caso e decidirá se você é um candidato ao transplante. Os provedores de transplante podem ser locais ou de fora da área de atendimento. Se os provedores de transplante locais estiverem dispostos a aceitar a taxa do Medicare, você poderá receber seus serviços de transplante localmente ou fora do padrão de atendimento da sua comunidade. Se nosso plano oferecer serviços de transplante fora do padrão de atendimento da nossa comunidade e você optar por fazer o transplante lá, providenciaremos ou pagaremos as despesas de hospedagem e viagem para você e outra pessoa.</p> <ul style="list-style-type: none"> • sangue, incluindo armazenar e administração • médico serviços <p>Observação: para ser considerado um paciente internado, seu médico deve redigir uma ordem para admiti-lo formalmente como paciente internado no hospital. Mesmo que você passe a noite no hospital, ainda poderá ser considerado um "paciente ambulatorial". Se não tiver certeza se é um paciente internado ou ambulatorial, pergunte à equipe do hospital.</p> <p>Para mais informações, consulte o folheto informativo sobre os <i>Benefícios Hospitalares do Medicare</i> . Este folheto informativo está disponível em Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf ou ligue para 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Usuários de TTY devem ligar para 1-877-486-2048.</p> <p>*Pode ser necessária autorização prévia.</p>	



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals .

Serviço coberto	O que você pagar
<p>Paciente internado serviços em um psiquiátrico hospital*</p> <p>Nós pagamos para mental saúde cuidado serviços que requerem internação hospitalar.</p> <p>Você tem cobertura para até 190 dias de internação em um hospital psiquiátrico independente ao longo da vida (esse limite vitalício não se aplica a serviços de saúde mental para pacientes internados fornecidos em uma unidade psiquiátrica de um hospital geral).</p> <p>Como membro duplamente elegível, você também pode ter cobertura total por dias ilimitados de internação para saúde mental, conforme clinicamente necessário, além do limite vitalício de 190 dias do Medicare.</p> <p>*Pode ser necessária autorização prévia.</p>	\$ 0
<p>Rim doença serviços e suprimentos</p> <p>Nós pagamos pelos seguintes serviços:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Serviços de educação sobre doença renal para ensinar sobre cuidados renais e ajudar você a tomar boas decisões sobre seus cuidados. Você precisa ter doença renal crônica em estágio IV e seu médico deve encaminhá-lo. Oferecemos até seis sessões de serviços de educação sobre doença renal. • Tratamentos de diálise ambulatorial, incluindo tratamentos de diálise quando temporariamente fora da área de serviço, conforme explicado no Capítulo 3 deste <i>Manual do Membro</i>, ou quando seu provedor deste serviço estiver temporariamente indisponível ou inacessível. • Tratamentos de diálise para pacientes internados, caso você seja internado em um hospital para cuidados especiais • Treinamento de autodiálise, incluindo treinamento para você e qualquer pessoa que o ajude com seus tratamentos de diálise em casa • Equipamentos e suprimentos para diálise domiciliar • Certos serviços de apoio domiciliar, como visitas necessárias de profissionais de diálise treinados para verificar sua diálise domiciliar, ajudar em emergências e verificar seu equipamento de diálise e abastecimento de água. <p>O Medicare Parte B cobre alguns medicamentos para diálise. Para mais informações, consulte “Medicamentos do Medicare Parte B” nesta tabela.</p>	\$ 0



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Serviço coberto	O que você pagar
 <p>Pulmão rastreio do cancro com tomografia computadorizada de baixa dose (LDCT)</p> <p>Nosso plano paga por pulmão Câncer triagem todo 12 meses se você:</p> <ul style="list-style-type: none"> • são envelhecido 50-77, e • ter um aconselhamento e compartilhado tomando uma decisão visite seu médico ou outro profissional qualificado e • ter defumado no ao menos 1 pacote um dia para 20 anos com não tem sinais ou sintomas de câncer de pulmão ou fuma atualmente ou parou de fumar nos últimos 15 anos. <p>Após o primeiro exame, nosso plano paga por outro exame a cada ano, mediante solicitação por escrito do seu médico ou outro profissional qualificado. Se um profissional optar por oferecer aconselhamento para rastreamento de câncer de pulmão e consulta de tomada de decisão compartilhada, a consulta deverá atender aos critérios do Medicare para tais consultas.</p>	\$ 0
<p>Refeições</p> <p>O plano vai pagar para entregue em domicílio refeições depois alta de uma internação hospitalar ou cirurgia. Este benefício cobre catorze (14) refeições para dois (2) semanas e é limitado a duas (2) vezes por ano.</p>	\$ 0
 <p>Terapia nutricional médica*</p> <p>Este benefício é para pessoas com diabetes ou doença renal sem diálise. Também é para uso após um transplante renal, quando solicitado. pelo seu médico.</p> <p>Pagamos por três horas de aconselhamento individual durante o primeiro ano em que você recebe serviços de terapia nutricional médica pelo Medicare. Podemos aprovar serviços adicionais se clinicamente necessário.</p> <p>Este benefício continua na próxima página.</p>	\$ 0



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Serviço coberto	O que você pagar
<p>Terapia nutricional médica* (continuação)</p> <p>Pagamos por duas horas de aconselhamento individual por ano a partir de então. Se sua condição, tratamento ou diagnóstico mudar, você poderá receber mais horas de tratamento mediante prescrição médica. Um médico deve prescrever esses serviços e renovar a prescrição anualmente, caso você precise de tratamento no ano civil seguinte. Podemos aprovar serviços adicionais, se clinicamente necessário.</p> <p>*Pode ser necessária autorização prévia.</p>	
<p> Medicare Diabetes Prevenção Programa (MDPP)</p> <p>Nosso plano paga para MDPP serviços para pessoas elegíveis. MDPP é projetado para ajudar você a desenvolver um comportamento saudável. Oferece treinamento prático em:</p> <ul style="list-style-type: none"> • longo prazo dietético mudar, e • aumentou físico atividade, e • caminhos para manter peso perda e um saudável estilo de vida. 	\$ 0
<p>Medicare Papel B drogas*</p> <p>Esses drogas são abordado sob Papel B de Medicare. Nosso plano paga para o seguintes medicamentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • medicamentos que você normalmente não administra a si mesmo e que são injetados ou administrados enquanto você vai ao médico, hospital ambulatorial, ou ambulatorial cirurgia serviços do centro • insulina fornecida por meio de um item de equipamento médico durável (como uma bomba de insulina clinicamente necessária) • outros medicamentos que você toma usando equipamentos médicos duráveis (como nebulizadores) que nosso plano autorizou • o Alzheimer medicamento, Leqembi[®] (genérico lecanemab) que é administrado por via intravenosa (IV) • coagulação fatores você dar você mesmo por injeção se você tem hemofilia <p>Este benefício continua na próxima página.</p>	\$ 0



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Serviço coberto	O que você pagar
<p>Medicare Papel B drogas* (continuação)</p> <ul style="list-style-type: none"> • medicamentos para transplante/imunossupressores: o Medicare cobre a terapia medicamentosa para transplante se o Medicare pagou pelo seu órgão transplante. Você deve ter parte Um em no momento do transplante coberto, e você deve ter a Parte B no momento em que receber os medicamentos imunossupressores. Medicare Papel D capas medicamentos imunossupressores se a Parte B não os cobrir • Medicamentos injetáveis para osteoporose. Pagamos por esses medicamentos se você estiver confinado em casa, tiver uma fratura óssea que um médico certifique estar relacionada à osteoporose pós-menopausa e não puder injetá-los. • alguns antígenos: o Medicare cobre antígenos se um médico os preparar e uma pessoa devidamente instruída (que pode ser você, o paciente) os administrar sob supervisão apropriada • Certos medicamentos orais contra o câncer: O Medicare cobre alguns medicamentos orais contra o câncer que você toma por via oral, desde que o mesmo medicamento esteja disponível na forma injetável ou seja um pró-fármaco (uma forma oral de um medicamento que, quando ingerido, se decompõe no mesmo ingrediente ativo encontrado no medicamento injetável). À medida que novos medicamentos orais contra o câncer se tornam disponíveis, a Parte B pode cobri-los. Se a Parte B não os cobrir, a Parte D o fará. • medicamentos orais antináusea: o Medicare cobre medicamentos orais antináusea que você usa como parte de um regime quimioterápico anticâncer se eles forem administrados antes, durante ou dentro de 48 horas da quimioterapia ou forem usados como um substituto terapêutico completo para um medicamento intravenoso antináusea • certos medicamentos orais para doença renal terminal (DRT) cobertos pela Parte B do Medicare • calcimiméticos sob a ESRD sistema de pagamento, incluindo o medicamento intravenoso Parsabiv[®] e o medicamento oral Sensipar • certos medicamentos para diálise domiciliar, incluindo heparina, o antídoto para heparina (quando clinicamente necessário) e anestésicos tópicos <p>Este benefício continua na próxima página.</p> <p>Medicare Papel B drogas* (continuação)</p>	



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpr.org/INTEGRITYDuals.

Serviço coberto	O que você pagar
<ul style="list-style-type: none"> • Agentes estimuladores da eritropoiese: o Medicare cobre a eritropoietina por injeção se você tiver doença renal em estágio terminal ou precisar deste medicamento para tratar anemia relacionada a outras condições (como Epogen[®], Procrit[®], Retacrit[®], Epoetin Alfa, Aranesp[®] ou Darbepoetin Alfa, Aranesp[®], Darbepoetin Alfa[®], Mircera[®] ou metoxi polietilenoglicol-epotina beta) • Imunoglobulina intravenosa para tratamento domiciliar de doenças de imunodeficiência primária • parenteral e enteral nutrição (4 e tubo alimentação) <p>O link a seguir leva você a uma lista de medicamentos do Medicare Parte B que podem estar sujeitos à terapia em etapas: https://www.nhpri.org/providers/provider-recursos/farmácia/critérios-de-terapia-médica-por-etapas</p> <p>Também cobrimos algumas vacinas no nosso Medicare Parte B e a maioria das vacinas para adultos no nosso benefício de medicamentos do Medicare Parte D.</p> <p>Capítulo 5 deste <i>Manual do Membro</i> explica nossos benefícios em medicamentos. Explica as regras que você deve seguir para ter suas receitas cobertas.</p> <p>Capítulo 6 deste <i>Manual do Membro</i> explica o que você paga pelos seus medicamentos através do nosso plano.</p> <p>Etapa terapia poderia ser obrigatório para o seguindo Papel Categorias de medicamentos prescritos B:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hemofilia Coagulação fatores • Autoimune/Crônica Inflamatório medicamentos para doenças • Oncologia e hematologia drogas • Antieméticos • Anti-gota drogas • Imune Globulinas (IVIG e SCIG) • Múltiplos Esclerose (EM) agentes • Retina Doença drogas • Monoclonal anticorpos <p>Este benefício continua na próxima página.</p>	



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Serviço coberto	O que você pagar
<p>Medicare Papel B drogas* (continuação)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Longo atuando colônia estimulante fatores • Curto atuando colônia estimulante fatores • Enzima Substituição Terapias • Hialurônico ácidos • Antiasmático drogas • Endócrino e metabólico agentes • Andrógenos • Bacteriana colagenase enzima • Relacionado ao imidazol antifúngicos • Corticotropina • Hereditário Angioedema (AEH) drogas • Sistêmico lúpus eritematoso (LES) agentes • Passiva imunizante e tratamento agentes anticorpos monoclonais • Amiloidose associada polineuropatia drogas • Agentes de ELA • Acromegalia drogas • Associado à criopirina periódico síndrome drogas • Enxaqueca terapia drogas • Depressão/PDD drogas • Espinhal Muscular Atrofia (SMA) drogas • Pulmonar arterial hipertensão (HAP) drogas • Eritropoiese estimulante agentes (ESA) • Botulínica toxinas <p>*Pode ser necessária autorização prévia.</p> <p>A autorização prévia pode ser aplicada a alguns serviços nesta categoria, incluindo, mas não se limitando a, medicamentos administrados pelo provedor prescritos para tratar câncer, deficiências imunológicas, doenças raras, distúrbios neuromusculares, asma, osteoartrite e osteoporose.</p>	



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Serviço coberto	O que você pagar
<p>Enfermagem instalação cuidado</p> <p>Uma unidade de enfermagem (EN) é um local que oferece cuidados a pessoas que não podem receber cuidados em casa, mas que não precisam ficar em um hospital.</p> <p>Os serviços pelos quais pagamos incluem, mas não estão limitados ao seguinte:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● quarto semiprivado (ou um quarto privado se for clinicamente necessário) ● refeições, incluindo dietas especiais ● serviços de enfermagem ● fisioterapia, terapia ocupacional e fonoaudiologia ● terapia respiratória ● medicamentos que lhe foram administrados como parte do seu plano de tratamento. (Isso inclui substâncias naturalmente presentes no corpo, como fatores de coagulação sanguínea.) ● sangue, incluindo armazenamento e administração ● suprimentos médicos e cirúrgicos geralmente fornecidos por instituições de enfermagem ● exames laboratoriais geralmente realizados por instituições de enfermagem ● Raios-X e outros serviços de radiologia geralmente prestados por instituições de enfermagem ● uso de aparelhos, como cadeiras de rodas, geralmente fornecidos por instituições de enfermagem ● serviços médicos/praticantes ● equipamento médico durável ● serviços odontológicos, incluindo dentaduras ● benefícios para a visão <p>Este benefício continua na próxima página .</p>	<p>\$ 0</p>



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals .

Serviço coberto	O que você pagar
<p>Enfermagem instalação cuidados (continuação)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● exames auditivos ● cuidados quiropráticos ● serviços de podologia <p>Normalmente, você recebe atendimento em unidades da rede. No entanto, você pode receber atendimento em uma unidade fora da nossa rede. Você pode receber atendimento nos seguintes locais, desde que aceitem os valores do nosso plano para pagamento:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● uma unidade de enfermagem ou comunidade de aposentadoria com cuidados contínuos onde você estava morando antes de ir para o hospital (desde que ofereça cuidados de enfermagem). ● uma unidade de enfermagem onde seu cônjuge ou parceiro doméstico está morando no momento em que você recebe alta do hospital. <p>*Pode ser necessária autorização prévia.</p>	
<p>Benefício nutricional/dietético</p> <p>Bem pagar por terapia nutricional médica e aconselhamento prestado por um nutricionista licenciado para ajudar você a controlar uma condição crônica ou problema médico, como diabetes, pressão alta, obesidade ou câncer.</p> <p>Também pagaremos por terapia nutricional médica e aconselhamento se você estiver tomando um medicamento que pode afetar a capacidade do seu corpo de absorver nutrientes ou seu metabolismo.</p>	\$ 0
<p> Rastreamento e terapia de obesidade para manter o peso baixo</p> <p>Se você tem um índice de massa corporal de 30 ou mais, pagamos por aconselhamento para ajudá-lo a perder peso. Você deve obter aconselhamento em um ambiente de atenção primária. Dessa forma, o problema pode ser controlado com seu plano de prevenção completo. Converse com seu médico de atenção primária. para saber mais.</p>	\$ 0



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpi.org/INTEGRITYDuals.

Serviço coberto	O que você pagar
<p>Opioide tratamento programa (OTP) serviços</p> <p>Nosso plano paga pelos seguintes serviços para tratar o transtorno do uso de opioides (OUD) por meio de um OTP que inclui os seguintes serviços :</p> <ul style="list-style-type: none"> • atividades de admissão • avaliações periódicas • medicamentos aprovados pela FDA e, se aplicável, gerenciar e fornecer esses medicamentos a você • aconselhamento sobre uso de substâncias • individual e terapia de grupo • testes para drogas ou produtos químicos em seu corpo (testes toxicológicos) 	\$ 0
<p>Ambulatorial diagnóstico testes e terapêutico serviços e suprimentos*</p> <p>Nós pagamos para o seguinte serviços e outros serviços medicamento necessários não listados aqui:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Raios -X • radiação (rádio e isótopo) terapia, incluindo materiais e suprimentos técnicos • cirúrgico suprimentos, tal como curativos • talas, elencos, e outro dispositivos usado para fraturas e luxações • laboratório testes • sangue , incluindo armazenamento e administração • exames diagnósticos não laboratoriais, como tomografias computadorizadas, ressonâncias magnéticas, eletrocardiogramas e tomografias por emissão de pósitrons (PET), quando seu médico ou outro profissional de saúde os solicita para tratar uma condição médica • outro ambulatorial diagnóstico testes <p>*Pode ser necessária autorização prévia.</p>	\$ 0



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals .

Serviço coberto	O que você pagar
<p>Observação hospitalar ambulatorial</p> <p>Pagamos por serviços de observação hospitalar ambulatorial para determinar se você precisa ser internado ou pode receber alta.</p> <p>Os serviços devem atender aos critérios do Medicare e ser considerados razoáveis e necessários. Os serviços de observação são cobertos somente quando prestados por ordem de um médico ou outra pessoa autorizada pela lei estadual e pelos estatutos da equipe hospitalar a internar pacientes ou solicitar exames ambulatoriais.</p> <p>Observação: A menos que o profissional de saúde tenha emitido uma ordem para interná-lo como paciente internado no hospital, você é considerado um paciente ambulatorial. Mesmo que passe a noite no hospital, você ainda poderá ser considerado um paciente ambulatorial. Se não tiver certeza se é um paciente ambulatorial, pergunte à equipe do hospital.</p> <p>Obtenha mais informações na ficha informativa do Medicare <i>sobre Benefícios Hospitalares do Medicare</i> . Esta ficha informativa está disponível em Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf .</p>	\$ 0
<p>Ambulatorial hospital serviços*</p> <p>Pagamos por serviços médicos necessários que você recebe no departamento ambulatorial de um hospital para diagnóstico ou tratamento de uma doença ou lesão, como:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Serviços em um departamento de emergência ou clínica ambulatorial, como cirurgia ambulatorial ou serviços de observação <ul style="list-style-type: none"> ○ Os serviços de observação ajudam seu médico a saber se você precisa ser internado no hospital como “paciente internado”. ○ Às vezes, você pode passar a noite no hospital e ainda ser "ambulatorial". <p>Este benefício continua na próxima página .</p>	\$ 0



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals .

Serviço coberto	O que você pagar
<p>Ambulatorial hospital serviços* (continuação)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Você pode obter mais informações sobre internação ou ambulatorial neste folheto informativo: es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf . ● laboratoriais e diagnósticos cobrados pelo hospital ● Cuidados de saúde mental, incluindo cuidados em um programa de hospitalização parcial, se um médico certificar que o tratamento hospitalar seria necessário sem ele ● Raios-X e outros serviços de radiologia cobrados pelo hospital ● Suprimentos médicos, como talas e gessos ● Exames preventivos e serviços listados na Tabela de Benefícios ● Alguns medicamentos que você não pode administrar a si mesmo <p>*Pode ser necessária autorização prévia.</p>	
<p>Atendimento ambulatorial de saúde mental</p> <p>Nós pagamos por serviços de saúde mental fornecidos por:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● centros comunitários de saúde mental ● um psiquiatra ou médico licenciado pelo estado ● um psicólogo clínico ● um assistente social clínico ● um enfermeiro especialista clínico ● um conselheiro profissional licenciado (LPC) <p>Este benefício continua na próxima página.</p>	\$ 0



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals .

Serviço coberto	O que você pagar
<p>Cuidados de saúde mental ambulatorial (continuação)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● um terapeuta matrimonial e familiar licenciado (LMFT) ● um enfermeiro(a) ● um assistente médico (PA) ● qualquer outro profissional de saúde mental qualificado pelo Medicare ou pelo Medicaid de Rhode Island, conforme permitido pelas leis estaduais aplicáveis <p>Pagamos por serviços de saúde mental, incluindo, mas não se limitando a:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● tratamento narcótico baseado na comunidade ● desintoxicação comunitária ● serviços ambulatoriais intensivos e ● serviços de intervenção em crises 	
<p>Ambulatorial reabilitação serviços*</p> <p>Pagamos por fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiologia, terapia auditiva, terapia respiratória e outras terapias relacionadas.</p> <p>Você pode obter serviços de reabilitação ambulatorial em departamentos ambulatoriais de hospitais, consultórios de terapeutas independentes, instalações abrangentes de reabilitação ambulatorial (CORFs) e outras instalações.</p> <p>*Pode ser necessária autorização prévia.</p>	\$ 0



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Serviço coberto	O que você pagar
<p>Ambulatorial substância usar desordem serviços*</p> <p>Pagamos pelos seguintes serviços e talvez outros serviços não listados aqui:</p> <ul style="list-style-type: none"> • triagem e aconselhamento sobre abuso de álcool • tratamento do abuso de drogas • aconselhamento em grupo ou individual por um clínico qualificado • desintoxicação subaguda em um programa residencial de dependência • serviços de álcool e/ou drogas em um centro de tratamento ambulatorial intensivo • tratamento com Naltrexona (vivitrol) de liberação prolongada • Programa de Tratamento de Opioides (OTP) Serviços de saúde domiciliar que fornecem recursos para membros dependentes de opioides que estão atualmente recebendo ou que atendem aos critérios para tratamento assistido por medicamentos, desintoxicação administrada clinicamente em um ambiente hospitalar ou programa de desintoxicação, tratamento de diagnóstico duplo integrado para pessoas com doenças mentais e transtornos por uso de substâncias, tratamento para uso de substâncias determinado pelo tribunal <p>*Pode ser necessária autorização prévia.</p>	<p>\$ 0</p>
<p>Ambulatorial cirurgia*</p> <p>Pagamos por cirurgias e serviços ambulatoriais em instalações ambulatoriais de hospitais e centros cirúrgicos ambulatoriais.</p> <p>Observação: se você for submetido a uma cirurgia em um hospital, verifique com seu médico se será internado ou ambulatorial. A menos que o médico emita uma ordem para internar você no hospital, você é considerado um paciente ambulatorial. Mesmo que você passe a noite no hospital, ainda poderá ser considerado um paciente ambulatorial.</p> <p>*Pode ser necessária autorização prévia.</p>	<p>\$ 0</p>



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Serviço coberto	O que você pagar
<p>Benefício de medicamentos sem receita (OTC)</p> <p>Oferecemos um benefício OTC como benefício complementar aos nossos membros. Itens OTC são medicamentos e produtos relacionados à saúde que não exigem receita médica.</p> <p>Os membros recebem um subsídio de US\$ 28 por mês para gastar em medicamentos de venda livre cobertos e outros itens relacionados à saúde.</p> <p>Este subsídio pode ser acessado através de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cartão de débito designado • Créditos de compra de catálogo <p>Quaisquer fundos não utilizados expiram no final do mês civil e não serão transferidos para o mês seguinte.</p>	\$ 0
<p>parcial e serviços ambulatoriais intensivos*</p> <p>A hospitalização parcial é um programa estruturado de tratamento psiquiátrico ativo. É oferecido como um serviço ambulatorial hospitalar ou por um centro comunitário de saúde mental, sendo mais intensivo do que o atendimento que você recebe no consultório do seu médico, terapeuta, terapeuta conjugal e familiar licenciado (LMFT) ou conselheiro profissional licenciado. Pode ajudar a evitar que você precise ficar no hospital.</p> <p>O serviço ambulatorial intensivo é um programa estruturado de tratamento terapêutico ativo de saúde comportamental (mental) fornecido como um serviço ambulatorial hospitalar, um centro comunitário de saúde mental, um centro de saúde qualificado pelo governo federal ou uma clínica de saúde rural que é mais intenso do que o atendimento que você recebe no consultório do seu médico, terapeuta, LMFT ou conselheiro profissional licenciado, mas menos intenso do que a hospitalização parcial.</p> <p>*Pode ser necessária autorização prévia.</p>	\$ 0



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Serviço coberto	O que você pagar
<p>Médico/provedor serviços, incluindo consultas médicas*</p> <p>Nós pagamos para o seguinte serviços:</p> <ul style="list-style-type: none"> • medicamento necessário saúde cuidado ou cirurgia serviços prestados em locais como: <ul style="list-style-type: none"> ○ consultório médico ○ certificado ambulatorial cirúrgico centro ○ hospital ambulatorial departamento • consulta, diagnóstico, e tratamento por um especialista • exames básicos de audição e equilíbrio realizados pelo seu médico cuidado provedor, se seu doutor ordens para descobrir se você precisa de tratamento • Certos serviços de telessaúde, incluindo: serviços de necessidade urgente, serviços de médicos de atenção primária, serviços de terapia ocupacional, serviços de médicos especialistas, serviços de especialidade em saúde mental individuais e em grupo, outros serviços profissionais de saúde, sessões individuais e em grupo para serviços psiquiátricos, serviços de fisioterapia e patologia da fala e da linguagem, sessões ambulatoriais individuais e em grupo sobre abuso de substâncias, serviços de educação sobre doenças renais e treinamento de autogerenciamento de diabetes. <ul style="list-style-type: none"> ○ Você tem a opção de obter esses serviços por meio de uma consulta presencial ou por telemedicina. Se optar por um desses serviços por telemedicina, você deverá usar um provedor de rede que ofereça o serviço por telemedicina. ○ Os serviços de telessaúde estão disponíveis por telefone ou chat de vídeo. <p>Este benefício continua na próxima página .</p>	<p>\$ 0</p>



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals .

Serviço coberto	O que você pagar
<p>Médico/provedor serviços, incluindo consultas médicas* (continuação)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alguns serviços de telessaúde, incluindo consulta, diagnóstico e tratamento por um médico ou profissional, para membros em determinadas áreas rurais ou outros locais, devem ser aprovados pelo Medicare. • serviços de telessaúde para consultas mensais relacionadas à doença renal em estágio terminal (DRT) para membros de diálise domiciliar em um centro de diálise renal hospitalar ou de acesso crítico, unidade de diálise renal ou em casa • serviços de telessaúde para diagnosticar, avaliar ou tratar sintomas de um acidente vascular cerebral • telessaúde serviços para membros com um transtorno por uso de substâncias ou transtorno de saúde mental concomitante • telessaúde serviços para diagnóstico, avaliação, e tratamento de transtornos de saúde mental se: <ul style="list-style-type: none"> ○ Você tem uma consulta presencial dentro de 6 meses antes da sua primeira consulta de telessaúde ○ Você tem uma consulta presencial a cada 12 meses enquanto recebe esses serviços de telessaúde ○ Podem ser feitas exceções ao acima exposto em determinadas circunstâncias • serviços de telessaúde para consultas de saúde mental fornecidos por rural saúde clínicas e centros de saúde qualificados pelo governo federal • virtual check-ins (para exemplo, por telefone ou bate-papo por vídeo) com seu médico por 5 a 10 minutos se <ul style="list-style-type: none"> ○ você é não um novo paciente e <p>Este benefício continua na próxima página.</p>	



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Serviço coberto	O que você pagar
<p>Médico/provedor serviços, incluindo consultas médicas* (continuação)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ o check-in não é relacionado para um visita ao consultório nos últimos 7 dias e ○ o check-in não liderar para um visita ao consultório em até 24 horas ou no horário mais próximo disponível ● Avaliação de vídeos e/ou imagens que você envia para seu doutor e interpretação e seguir pelo seu médico dentro de 24 horas se : <ul style="list-style-type: none"> ○ você é não um novo paciente e ○ o avaliação não é relacionado para um visita ao consultório nos últimos 7 dias e ○ o avaliação não liderar para um visita ao consultório em até 24 horas ou no horário mais próximo disponível ● Consultas que seu médico faz com outros médicos por telefone, pela Internet ou pelo prontuário eletrônico, caso você não seja um paciente novo ● Segunda opinião de outro provedor de rede antes da cirurgia <p>*Pode ser necessária autorização prévia.</p>	
<p>Podologia serviços</p> <p>Nós pagar para o seguindo serviços:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● diagnóstico e tratamento médico ou cirúrgico de lesões e doenças de o pé (tal como esporão de dedo em martelo ou esporão de calcâneo) ● rotina pé cuidado para membros com condições que afetam as pernas, como diabetes 	\$ 0



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Serviço coberto	O que você pagar
 <p>Profilaxia pré-exposição (PrEP) para prevenção do HIV</p> <p>Se você não tem HIV, mas seu médico ou outro profissional de saúde determinar que você tem um risco maior de contrair HIV, cobrimos medicamentos de profilaxia pré-exposição (PrEP) e serviços relacionados.</p> <p>Se você se qualificar, os serviços cobertos incluem:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos para PrEP orais ou injetáveis aprovados pela FDA. Se você estiver tomando um medicamento injetável, também cobrimos a taxa de administração. • Até 8 sessões individuais de aconselhamento (incluindo avaliação de risco de HIV, redução de risco de HIV e adesão à medicação) a cada 12 meses. • Até 8 exames de HIV a cada 12 meses. • Um exame único para detecção do vírus da hepatite B. 	\$ 0
 <p>Próstata Câncer exames de triagem</p> <p>Para homens com 50 anos ou mais, nós pagar para o seguinte serviços uma vez a cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> • um digital exame retal • um próstata específico antígeno (PSA) teste 	\$ 0
<p>Protético e órtese dispositivos e suprimentos relacionados*</p> <p>Protético dispositivos substituir todos ou papel de um corpo papel ou função. Isso inclui, mas não está limitado a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • testes, adaptação ou treinamento no uso de dispositivos protéticos e ortóticos • bolsas de colostomia e suprimentos relacionados aos cuidados com a colostomia <p>Este benefício continua na próxima página.</p>	\$ 0



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpi.org/INTEGRITYDuals.

Serviço coberto	O que você pagar
<p>Protético e órtese dispositivos e suprimentos relacionados* (continuação)</p> <ul style="list-style-type: none"> • marcapassos • aparelho ortodôntico • sapatos protéticos • artificial braços e pernas • seios próteses (incluindo um cirúrgico sutiã após mastectomia) <p>Pagamos por alguns suprimentos relacionados a próteses e órteses. Também pagamos pelo reparo ou substituição de próteses e órteses.</p> <p>Oferecemos alguma cobertura após a remoção ou cirurgia de catarata. Consulte "Cuidados com a visão" mais adiante nesta tabela para obter mais detalhes.</p> <p>*Pode ser necessária autorização prévia.</p>	
<p>Pulmonar reabilitação serviços</p> <p>Pagamos por programas de reabilitação pulmonar para associados com doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) moderada a muito grave. É necessário ter uma ordem de reabilitação pulmonar do médico ou profissional que trata a DPOC.</p>	\$ 0
<p>Serviços residenciais de tratamento de saúde mental e uso de substâncias</p> <p>Pagamos por serviços como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • tratamento de saúde mental de curto e longo prazo • tratamento residencial para uso agudo de substâncias, tratamento de saúde mental e uso de substâncias determinado pelo tribunal 	\$ 0



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Serviço coberto	O que você pagar
 <p>Rastreamento da infecção pelo vírus da hepatite C</p> <p>Cobrimos um exame de hepatite C se o seu médico de atenção primária ou outro profissional de saúde qualificado solicitar um e você atender a uma destas condições:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Você corre alto risco porque usa ou usou drogas injetáveis ilícitas. • Você recebeu uma transfusão de sangue antes de 1992. • Você nasceu entre 1945 e 1965. <p>Se você nasceu entre 1945 e 1965 e não é considerado de alto risco, pagamos por um único exame. Se você for de alto risco (por exemplo, se continuou usando drogas injetáveis ilícitas desde o seu teste anterior negativo para hepatite C), cobrimos exames anuais.</p>	\$ 0
 <p>Sexualmente transmitido infecções (ISTs) triagem e aconselhamento</p> <p>Pagamos por exames de clamídia, gonorreia, sífilis e hepatite B para pessoas com 21 anos ou mais. Esses exames são cobertos para gestantes e algumas pessoas com risco aumentado de IST. Um profissional de saúde de atenção primária É necessário solicitar os exames. Realizamos esses exames uma vez a cada 12 meses ou em determinados momentos da gravidez.</p> <p>Também pagamos por até duas sessões presenciais de aconselhamento comportamental de alta intensidade por ano para adultos sexualmente ativos com risco aumentado de ISTs. Cada sessão pode ter duração de 20 a 30 minutos. Pagamos por essas sessões de aconselhamento como um serviço preventivo somente se forem realizadas por um profissional de saúde da atenção primária. As sessões devem ser realizadas em um ambiente de atenção primária, como um consultório médico.</p>	\$ 0



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Serviço coberto	O que você pagar
<p>Qualificado enfermagem instalação (SNF) cuidados*</p> <p>Para uma definição de cuidados em instituições de enfermagem especializadas, consulte o Capítulo 12.</p> <p>Não é necessária internação hospitalar prévia.</p> <p>Nós pagamos por o seguindo serviços e talvez outros serviços não listados aqui:</p> <ul style="list-style-type: none"> • um semiprivado sala, ou um privado sala se é medicamente necessário • refeições, incluindo especial dietas • enfermagem especializada serviços • físico terapia, ocupacional terapia, e terapia da fala • drogas você pegar como papel de seu plano de cuidado, incluindo substâncias que estão naturalmente no corpo, como fatores de coagulação sanguínea • sangue, incluindo armazenar e administração • médico e cirúrgico suprimentos dado por SNFs • laboratório testes dado por SNFs • raios X e outro radiologia serviços dado por instalações de enfermagem • eletrodomésticos, tal como cadeiras de rodas, geralmente dado por instalações de enfermagem • médico/provedor serviços <p>Normalmente, você recebe atendimento do SNF em unidades da rede. Sob certas condições, você poderá receber atendimento em uma unidade que não faz parte da nossa rede. Você pode receber atendimento nos seguintes locais, desde que aceitem os valores do nosso plano para pagamento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • uma unidade de enfermagem ou comunidade de aposentadoria com cuidados contínuos onde você morava antes de ir para o hospital (desde que ofereça cuidados de enfermagem) • uma unidade de enfermagem onde seu cônjuge ou parceiro doméstico mora no momento em que você sai do hospital <p>*Pode ser necessária autorização prévia.</p>	<p>\$ 0</p>



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Serviço coberto	O que você pagar
 <p>Fumar e cessação do uso do tabaco</p> <p>Se você usa tabaco, não apresenta sinais ou sintomas de doenças relacionadas ao tabaco e deseja ou precisa parar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pagamos por duas tentativas de parar de fumar em um período de 12 meses como um serviço preventivo. Este serviço é gratuito para você. Cada tentativa de parar de fumar inclui até quatro consultas presenciais de aconselhamento. <p>Se você usa tabaco e foi diagnosticado com uma doença relacionada ao tabaco ou está tomando medicamentos que podem ser afetados pelo tabaco:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pagamos por duas tentativas de aconselhamento para parar de fumar em um período de 12 meses. Cada tentativa de aconselhamento inclui até quatro consultas presenciais. 	\$ 0
<p>Especial médico equipamento/menor assistivo dispositivos*</p> <p>Pagamos por equipamentos e suprimentos médicos especiais para facilitar suas atividades diárias, como comer e tomar banho.</p> <p>*Pode ser necessária autorização prévia.</p>	\$ 0
<p>Supervisionado exercício terapia (DEFINIR)</p> <p>Nós pagamos para DEFINIR para membros com doença arterial periférica (DAP) sintomática que tenha sido encaminhada para DAP pelo médico responsável pelo tratamento. Nosso plano cobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • até 36 sessões durante um período de 12 semanas se todos os requisitos do SET forem atendidos • 36 sessões adicionais ao longo do tempo, se considerado clinicamente necessário por um profissional de saúde <p>Este benefício continua na próxima página .</p>	\$ 0



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals .

Serviço coberto	O que você pagar
<p>Supervisionado exercício terapia (SET) (continuação)</p> <p>O DEFINIR programa deve ser:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 30 para 60 minutos sessões de um terapêutico programa de treinamento físico para DAP em membros com câibras nas pernas devido ao fluxo sanguíneo deficiente (claudicação) • em um hospital ambulatorial contexto ou em um consultório médico • entregue por qualificado pessoal Quem fazer certeza de que o benefício excede o dano e que são treinados em terapia de exercícios para DAP • sob o direto supervisão de um médico, assistente médico ou enfermeiro especialista/enfermeiro clínico especializado treinado em técnicas básicas e avançadas de suporte de vida 	
<p>Urgentemente necessário cuidado</p> <p>Urgentemente necessário cuidado é cuidado dado para tratar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • uma emergência que não requer cuidados médicos imediatos, ou • uma doença imprevista, ou • um ferida, ou • um doença que precisa cuidado certo ausente. <p>Se você precisar de atendimento urgente, tente primeiro obtê-lo de uma operadora credenciada. No entanto, você pode recorrer a operadoras fora da rede quando não puder ir a uma operadora credenciada porque, devido ao seu tempo, local ou circunstâncias, não for possível ou não for razoável obter esse serviço de operadoras credenciadas (por exemplo, quando você estiver fora da área de cobertura do plano e precisar de serviços médicos imediatos para uma condição não diagnosticada, mas não for uma emergência médica) .</p>	\$ 0



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals .

Serviço coberto	O que você pagar
<ul style="list-style-type: none"> • Cobertura inclui o NÓS e isso é territórios e em todo o mundo. 	
 <p>Visão cuidado</p> <p>Pagamos por serviços médicos ambulatoriais para diagnóstico e tratamento de doenças e lesões oculares. Por exemplo, tratamento para degeneração macular relacionada à idade.</p> <p>Para pessoas com alto risco de glaucoma, pagamos por um exame de glaucoma por ano. Pessoas com alto risco de glaucoma incluem:</p> <ul style="list-style-type: none"> • pessoas com histórico familiar de glaucoma • pessoas com diabetes • Afro-americanos com 50 anos ou mais • Hispano-americanos com 65 anos ou mais <p>Para pessoas com diabetes, pagamos pelo exame de retinopatia diabética uma vez por ano.</p> <p>Pagamos por lentes e armações de óculos uma vez a cada dois anos. Lentes de óculos são cobertas mais de uma vez a cada dois anos somente se houver necessidade médica.</p> <p>Pagamos por um par de óculos ou lentes de contato após cada cirurgia de catarata, quando o médico insere uma lente intraocular.</p> <p>Se você tiver feito duas cirurgias de catarata separadas, precisará usar um par de óculos após cada cirurgia. Você não poderá usar dois pares de óculos após a segunda cirurgia, mesmo que não tenha usado um par de óculos após a primeira.</p>	\$ 0
 <p>"Bem-vindo para Medicare" preventiva visita</p> <p>Nós cobrimos o única vez "Bem-vindo para Consulta preventiva do Medicare. A consulta inclui:</p> <ul style="list-style-type: none"> • um análise de sua saúde, • educação e aconselhamento sobre serviços preventivos de que você precisa (incluindo exames e vacinas) e 	\$ 0



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Serviço coberto	O que você pagar
<p>Este benefício continua na próxima página.</p> <p>Visão cuidados (continuação)</p> <ul style="list-style-type: none"> • referências para outro cuidado se você precisar isto. <p>Nota: Cobrimos a visita preventiva “Bem-vindo ao Medicare” apenas durante os primeiros 12 meses em que você tiver o Medicare Papel B. Quando você fizer seu encontro, informe ao consultório do seu médico que você deseja agendar sua consulta preventiva de “Boas-vindas ao Medicare”.</p>	
<p>Cobertura mundial de emergência/urgência</p> <p>O Neighborhood oferece Cobertura Mundial de Emergência/Urgência como um benefício complementar aos nossos membros. A cobertura mundial está disponível apenas para serviços de urgência e emergência. Para obter informações sobre serviços de urgência ou emergência internacionais, entre em contato com o plano para obter mais detalhes sobre como acessar este benefício.</p>	\$ 0



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

E. Longo prazo Serviços e Suportes (LTSS)

Nosso plano também cobre longo prazo serviços e suportes (LTSS) para membros que precisam deles e se qualificam para LTSS conforme determinado por Rhode Island Medicaid. Você poderia precisar para pagar para parte de o custo de o serviços. Isso é chamado de “custo compartilhado” e o valor que você paga é determinado pelo Medicaid de Rhode Island.

LTSS coberto	O que você paga
<p>Vida assistida</p> <p>Nosso plano pagará por serviços e apoio para que você possa viver em uma casa de repouso. O plano cobre vários níveis de moradia assistida com base nas suas necessidades médicas.</p>	Determinado pelo Medicaid de Rhode Island
<p>Serviços de Transição Comunitária</p> <p>Nosso plano fornecerá serviços para ajudá-lo a se mudar de uma casa de repouso ou instituição para uma residência particular. O plano também cobrirá algumas despesas de moradia únicas para ajudá-lo a montar uma residência particular ao se mudar de uma casa de repouso ou instituição.</p>	Determinado pelo Medicaid de Rhode Island
<p>Suportes Diários</p> <p>Nosso plano pagará por serviços para ajudar você com autoajuda e habilidades sociais.</p>	Determinado pelo Medicaid de Rhode Island
<p>Apoios ao Emprego</p> <p>Nosso plano pagará por serviços como supervisão, transporte ou treinamento, para ajudar você a conseguir ou manter um emprego remunerado.</p>	Determinado pelo Medicaid de Rhode Island
<p>Serviços de dona de casa</p> <p>Nosso plano pagará por serviços de dona de casa para ajudar com tarefas domésticas gerais, como preparação de refeições ou cuidados gerais com a casa.</p>	Determinado pelo Medicaid de Rhode Island



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpr.org/INTEGRITYDuals.

LTSS coberto	O que você paga
<p>Refeições entregues em domicílio</p> <p>Nosso plano pagará por até uma refeição, cinco dias por semana, para ser entregue em sua casa.</p>	Determinado pelo Medicaid de Rhode Island
<p>Assistência de Cuidados Pessoais</p> <p>Nosso plano pagará pela assistência com atividades diárias em sua casa ou na comunidade, caso você tenha alguma deficiência e não consiga realizar as atividades sozinho.</p>	Determinado pelo Medicaid de Rhode Island
<p>Enfermagem de plantão particular</p> <p>Nosso plano pagará por cuidados individuais e contínuos fornecidos por enfermeiros licenciados em sua casa.</p>	Determinado pelo Medicaid de Rhode Island
<p>Serviços de Reabilitação</p> <p>Nosso plano pagará por serviços especializados de fisioterapia, terapia ocupacional e fonoaudiologia em centros de reabilitação ambulatorial.</p>	Determinado pelo Medicaid de Rhode Island
<p>Serviços Residenciais</p> <p>Nosso plano pagará por serviços para ajudar você com atividades diárias na sua própria casa, como aprender a preparar refeições e fazer tarefas domésticas.</p>	Determinado pelo Medicaid de Rhode Island
<p>Descanso</p> <p>Nosso plano pagará por serviços de assistência temporária ou de curto prazo quando a pessoa que normalmente cuida de você não estiver disponível para prestar cuidados.</p>	Determinado pelo Medicaid de Rhode Island
<p>Rite @ Home (Acordos de Moradia Apoiada – Moradia Compartilhada)</p> <p>Nosso plano pagará por cuidados pessoais e outros serviços fornecidos por um cuidador que mora na casa.</p>	Determinado pelo Medicaid de Rhode Island



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

LTSS coberto	O que você paga
<p>Serviços e apoios autogeridos</p> <p>Se você estiver inscrito no atendimento autogerido, nosso plano pagará por:</p> <ul style="list-style-type: none"> • serviços, equipamentos e suprimentos que ajudam você a viver na comunidade, • serviços para ajudá-lo a direcionar e pagar por seus próprios serviços 	<p>Determinado pelo Medicaid de Rhode Island</p>
<p>Acompanhante Sênior /Adulto</p> <p>Nosso plano pagará por ajuda não médica e suporte social com atividades diárias, como preparação de refeições, lavanderia e compras.</p>	<p>Determinado pelo Medicaid de Rhode Island</p>
<p>Serviços de enfermagem especializada</p> <p>Nosso plano pagará por serviços de enfermagem especializada.</p>	<p>Determinado pelo Medicaid de Rhode Island</p>



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

F. Benefícios abordado fora de nosso plano

Não cobrimos os seguintes serviços, mas eles são disponíveis através do Medicaid de Rhode Island.

F1. Serviços odontológicos

Cuidados odontológicos de rotina, como limpezas, obturações e dentaduras, são cobertos pelo Medicaid de Rhode Island. Para tratamentos odontológicos de rotina, podemos ajudá-lo a encontrar um profissional que aceite o Medicaid de Rhode Island com pagamento por serviço. Ao obter esses serviços, você deve usar seu cartão de identificação ("âncora") do Medicaid de Rhode Island. Em alguns casos, os cuidados odontológicos necessários para tratar doenças ou lesões podem ser cobertos pelo Neighborhood INTEGRITY for Duals como atendimento hospitalar ou ambulatorial. Ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711) se não tiver certeza se o Neighborhood INTEGRITY for Duals cobre os serviços odontológicos de que você precisa ou se precisar de ajuda para encontrar um dentista.

F2. Transporte médico não emergencial

Você pode ter direito a um passe de ônibus RIPTA com tarifa reduzida. Para obter um passe de ônibus RIPTA com tarifa reduzida, visite o Escritório de Identificação RIPTA em One Kennedy Plaza, Providence, RI 02903 ou o Serviço de Atendimento ao Cliente RIPTA. Escritório no 705 Olmo Avenida, Providência, RI 02907. Ligue RIPTA no 1-401-784-9500 (TTY 1-800-745-5555) para obter mais informações ou visite www.ripta.com/reducedfareprogram.

Se você não puder usar um passe de ônibus RIPTA, o Medicaid de Rhode Island cobre transporte médico não emergencial (NEMT) serviços para passeios para médico, odontológico, ou outro relacionados à saúde compromissos. Se precisar de um NEMT de rotina, ligue para 1-855-330-9131 (TTY 711), das 5h às 18h, de segunda a sexta-feira, ou para o Neighborhood INTEGRITY for Duals, pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711). **Para agendar um NEMT, utilize seu cartão de identificação do Medicaid de Rhode Island ("âncora").** Você também pode agendar um NEMT de rotina pelo portal online do membro em www.mtm-inc.net/rhode-island/. Você pode solicitar transporte para atendimento de urgência 24 horas por dia, 7 dias por semana. Agende o transporte para atendimento não urgente com pelo menos 48 horas de antecedência da sua consulta.



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Chamar para agendar passeio sobre:	Se você precisar um andar de sobre:
Segunda-feira	Quarta-feira
Terça-feira	Quinta-feira
Quarta-feira	Sexta-feira, Sábado, ou Domingo
Quinta-feira	Segunda-feira
Sexta-feira	Terça-feira

F 3. Serviços residenciais para pessoas com deficiência intelectual e de desenvolvimento

residencial serviços para pessoas com intelectual e desenvolvimentista deficiências são abordado por Medicaid de Rhode Island. Ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711) se não tiver certeza se os serviços de que você precisa são cobertos pelo plano ou pelo Medicaid de Rhode Island.

F4. Serviços de estabilização residencial

Se você é morador de rua, no risco para tornando-se morador de rua, ou em movimento de um enfermagem instalação para o Na comunidade, você pode obter serviços do Medicaid de Rhode Island para ajudá-lo com problemas relacionados à moradia. Se tiver dúvidas sobre os serviços cobertos pelo Medicaid de Rhode Island ou se desejar um encaminhamento para este programa, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals em 1-844-812-6896 (TTY 711).

G. Benefícios não abordado pelo nosso plano , Medicare, ou Medicaid de Rhode Island

Esse seção conta você sobre benefícios excluídos por nosso plano. “Excluído” significa que Nós não pagamos por esses benefícios. O Medicare e o Medicaid também não pagam por eles.

O lista abaixo descreve alguns serviços e itens não cobertos por nós sob qualquer condições e algumas excluídas por nós apenas em alguns casos.

Não pagamos por benefícios médicos excluídos listados nesta seção (ou em qualquer outro lugar deste *Membro Manual*) exceto sob específico condições listados. Até se você pegar o serviços no Se o plano for uma unidade de emergência, ele não cobrirá os serviços. Se você acredita que o plano deve cobrir um serviço que não está coberto, você pode solicitar um recurso. Para obter



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals .

informações sobre recursos, consulte o **Capítulo 9** deste *Manual do Membro* .

Em adição para qualquer exclusões ou limitações descrito em o Benefícios Gráfico, nosso plano não cobre o seguinte Unid e serviços:

- serviços considerados não “razoáveis e clinicamente necessários”, de acordo com os padrões do Medicare e do Medicaid de Rhode Island, a menos que os listemos como serviços cobertos
- Tratamentos, itens e medicamentos médicos e cirúrgicos experimentais, a menos que sejam cobertos pelo Medicare, por um estudo de pesquisa clínica aprovado pelo Medicare ou pelo nosso plano. Consulte o **Capítulo 3** deste *Manual do Membro* para obter mais informações sobre estudos de pesquisa clínica. Tratamentos e itens experimentais são aqueles que não são geralmente aceitos pela comunidade médica.
- tratamento cirúrgico para obesidade mórbida, exceto quando clinicamente necessário e pago pelo Medicare
- um quarto privado em um hospital, exceto quando clinicamente necessário
- enfermeiros de plantão particular
- itens pessoais em seu quarto em um hospital ou em uma unidade de enfermagem, como um telefone ou televisão
- cuidados de enfermagem em tempo integral em sua casa
- taxas cobradas por seus parentes próximos ou membros de sua família
- procedimentos ou serviços de aprimoramento eletivos ou voluntários (incluindo perda de peso, crescimento capilar, desempenho sexual, desempenho atlético, fins cosméticos, antienvelhecimento e desempenho mental), exceto quando clinicamente necessário
- Cirurgia plástica ou outro procedimento estético, a menos que seja necessário devido a uma lesão acidental ou para melhorar uma parte do corpo que não esteja no formato correto. No entanto, pagamos pela reconstrução de uma mama após uma mastectomia e pelo tratamento da outra mama para que ela fique igual.
- cuidados quiropráticos, além da manipulação manual da coluna, de acordo com as diretrizes de cobertura
- cuidados rotineiros com os pés, exceto conforme descrito em serviços de



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals .

podologia na Tabela de benefícios na Seção D

- calçados ortopédicos, a menos que os calçados façam parte de uma órtese de perna e estejam incluídos no custo da órtese, ou sejam para uma pessoa com doença do pé diabético
- dispositivos de suporte para os pés, exceto calçados ortopédicos ou terapêuticos para pessoas com pé diabético
- ceratotomia radial, cirurgia LASIK e outros auxílios para baixa visão
- reversão dos procedimentos de esterilização e dos suprimentos contraceptivos sem receita médica
- serviços de naturopatia (uso de tratamentos naturais ou alternativos)
- serviços prestados a veteranos em instalações do Departamento de Assuntos de Veteranos (VA). No entanto, quando um veterano recebe serviços de emergência em um hospital do VA e a coparticipação do VA é maior do que a coparticipação do nosso plano, reembolsaremos o veterano pela diferença. Você ainda é responsável pelos valores da sua coparticipação.



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Capítulo 5: Obter os seus medicamentos de ambulatório

Introdução

Este capítulo explica as regras para obter os seus medicamentos de ambulatório. São medicamentos que o seu médico prescreve para si e que pode adquirir numa farmácia ou por correspondência. Incluem medicamentos cobertos pelo Medicare Parte D e Rhode Island Medicaid. O **Capítulo 6** deste *Manual do Membro* informa o que paga por esses medicamentos. Os termos-chave e as suas definições aparecem por ordem alfabética no último capítulo do *Manual do Membro*.

Também cobrimos os seguintes medicamentos, embora eles não sejam discutidos neste capítulo:

- **Medicamentos cobertos pelo Medicare Parte A.** Geralmente incluem medicamentos administrados enquanto estiver internado num hospital ou centro de cuidados de saúde.
- **Medicamentos cobertos pelo Medicare Parte B.** Estes incluem alguns medicamentos quimioterápicos, algumas injeções de medicamentos administradas durante uma consulta com um médico ou outro prestador e medicamentos administrados numa clínica de diálise. Para saber mais sobre quais medicamentos do Medicare Parte B são cobertos, consulte a Tabela de Benefícios no **Capítulo 4** deste *Manual do Membro*.
- Além da cobertura do Medicare Parte D e dos benefícios médicos do plano, os seus medicamentos podem ser cobertos pelo Original Medicare se estiver num programa de cuidados paliativos do Medicare. Para obter mais informações, consulte o **Capítulo 5, Secção D** “Se estiver num programa de cuidados paliativos certificado pelo Medicare.”

Regras para a cobertura de medicamentos de ambulatório do nosso plano

Normalmente, cobrimos os seus medicamentos, desde que siga as regras desta secção.

Deve solicitar a um prestador (médico, dentista ou outro prescriptor) que emita a sua receita, a qual deve ser válida de acordo com a legislação estadual aplicável. Essa pessoa geralmente é o seu prestador de cuidados primários (primary care provider, PCP). Também pode ser outro prestador se o seu PCP o tiver encaminhado para tratamento.

O seu médico prescriptor **não pode** constar nas listas de exclusão ou impedimento do Medicare nem na lista de prestadores sancionados de Rhode Island.



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Geralmente, deve utilizar uma farmácia da rede para obter a sua receita médica. (Consulte a **Secção A1** para mais informações). Ou pode obter a sua receita através do serviço de pedidos por correio do plano.

O medicamento prescrito deve constar na *Lista de Medicamentos Cobertos* do nosso plano. Designamo-la por “*Lista de Medicamentos*”, para abreviar. (Consulte a **Secção B** deste capítulo.)

- Se não estiver na *Lista de Medicamentos*, poderemos cobri-lo concedendo-lhe uma exceção.
- Consulte o **Capítulo 9** para saber como solicitar uma exceção.

O medicamento deverá ser utilizado para uma indicação aceitável em termos médicos. Isso significa que a utilização do medicamento é aprovada pela Administração de Alimentos e Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) ou apoiada por determinadas referências médicas. O seu médico poderá ajudar a identificar referências médicas que justifiquem a utilização solicitada do medicamento sujeito a receita médica. “Indicação clinicamente aceite” é definida como um diagnóstico aprovado ao abrigo da Lei Federal sobre Alimentos, Medicamentos e Cosméticos, ou que é apoiado por investigação científica encontrada no American Hospital Formulary Service Drug Information e/ou no DRUGDEX® Information System.

O seu medicamento pode precisar de aprovação do nosso plano com base em determinados critérios antes de ser coberto. (Consulte a **Secção C** deste capítulo.)

Índice

A. Obtendo suas prescrições preenchidas	124
A1. Preenchimento da sua receita numa farmácia da rede	124
A2. Usando seu Cartão de Identificação de Membro ao preencher uma receita	124
A3. O que fazer se mudar de farmácia credenciada	124
A4. O que fazer se a sua farmácia sair da rede	125
A5. Utilizando uma farmácia especializada	125
A6. Usando serviços de venda por correspondência para obter seus medicamentos	125
A7. Obtenção de um fornecimento de medicamentos a longo prazo	127
A8. Utilizar uma farmácia que não esteja na rede do nosso plano	127
A9. Pagando-lhe por uma receita	128



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

B. Nosso planos <i>Medicamento Lista</i>	128
B1. Drogas sobre nosso <i>Medicamento Lista</i>	128
B2. Como para encontrar um medicamento sobre nossa <i>droga Lista</i>	129
B3. Drogas não sobre nosso <i>Medicamento Lista</i>	129
B4. <i>Medicamento Listar</i> níveis 130	
C. Limites sobre algumas drogas	131
D. Razões seu medicamento poder não ser coberto	133
D1. Obtendo um suprimento temporário	133
D2. Solicitação de fornecimento temporário	135
D3. Solicitação de exceção	135
E. Alterações na cobertura para seu drogas	136
F. Droga cobertura em especial casos	138
F1. Em um hospital ou em uma unidade de enfermagem especializada para uma estadia que nosso plano cobre	138
F2. Em uma unidade de cuidados de longa duração	139
F3. Em um programa de cuidados paliativos certificado pelo Medicare	139
G. Programas sobre medicamento segurança e gerenciando drogas	139
G1. Programas para ajudar você a usar drogas com segurança	139
G2. Programas para ajudar você a gerenciar seus medicamentos	140
G3. Programa de gerenciamento de medicamentos (DMP) para ajudar os membros a usar medicamentos opioides com segurança	141



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

A. Obter as suas receitas médicas

A1. Aviar a sua receita médica numa farmácia da rede

Na maioria dos casos, pagamos as receitas médicas apenas quando elas são dispensadas em qualquer uma das farmácias da nossa rede. Uma farmácia da rede é uma farmácia que concorda em dispensar medicamentos sujeitos a receita médica para os membros do nosso plano. Pode utilizar qualquer uma das farmácias da nossa rede. (Consulte a **Secção A8** para obter informações sobre quando cobrimos receitas médicas dispensadas em farmácias fora da rede.)

Para encontrar uma farmácia da rede, consulte o *Diretório de Prestadores e Farmácias*, visite o nosso website ou contacte os Serviços para Membros.

A2. Utilizar o seu Cartão de Identificação do Membro quando aviar uma receita médica

Para aviar a sua receita, mostre o **seu Cartão de Identificação do Membro** na sua farmácia da rede. A rede de farmácias cobra-nos a nossa parte do custo do medicamento coberto pelo seu plano. Poderá ter de pagar uma coparticipação à farmácia quando for buscar a sua receita médica.

Se não tiver o seu Cartão de Identificação de Membro consigo quando for aviar a receita, peça à farmácia para nos ligar para obter as informações necessárias ou peça à farmácia para consultar as informações de inscrição no seu plano.

Se a farmácia não conseguir obter as informações necessárias, poderá ter de pagar o custo total da receita médica ao levantá-la. Então, pode pedir-nos para lhe reembolsarmos a nossa parte. **Se não puder pagar pelo medicamento, contacte imediatamente os Serviços para Membros.** Faremos tudo o que estiver ao nosso alcance para ajudar.

- Para solicitar o reembolso, consulte o **Capítulo 7** deste *Manual do Membro*.
- Se precisar de ajuda para aviar uma receita médica, entre em contacto com os Serviços para Membros.

A3. O que fazer se mudar de farmácia da rede

Se mudar de farmácia e precisar renovar uma receita médica, pode pedir que um profissional de saúde prescreva uma nova receita ou solicitar à sua farmácia que transfira a receita para a nova farmácia, caso ainda haja renovações disponíveis.

Se precisar de ajuda para mudar a sua farmácia da rede, contacte os Serviços para Membros.



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

A4. O que fazer se a sua farmácia sair da rede

Se a farmácia que utiliza sair da rede do nosso plano, terá de encontrar uma nova farmácia da rede.

Para encontrar uma nova farmácia da rede, consulte o *Diretório de Prestadores e Farmácias*, visite o nosso website ou contacte os Serviços para Membros.

A5. Recorrer a uma farmácia especializada

Por vezes, as receitas têm de ser aviadas numa farmácia especializada. As farmácias especializadas incluem:

- Farmácias que fornecem medicamentos para terapia de infusão domiciliar.
- Farmácias que fornecem medicamentos para residentes de instituições de cuidados prolongados, tais como lares de idosos.
 - Normalmente, as instituições de cuidados prolongados têm as suas próprias farmácias. Se é residente numa instituição de cuidados prolongados, garantimos que pode obter os medicamentos de que necessita na farmácia da instituição.
 - Se a farmácia da sua instituição de cuidados prolongados não estiver na nossa rede ou se tiver dificuldade em obter os seus medicamentos numa instituição de cuidados prolongados, contacte os Serviços para Membros.
- Farmácias que atendem o Serviço de Saúde Indígena/Tribal/Programa de Saúde Indígena Urbano (Urban Indian Health Program). Exceto em casos de emergência, apenas os nativos americanos ou os nativos do Alasca podem utilizar estas farmácias.
- Farmácias que aviam medicamentos restritos pela FDA a determinados locais ou que requerem manuseamento especial, coordenação do prestador ou formação sobre a sua utilização. Este cenário deverá acontecer raramente.) Para encontrar uma farmácia especializada, consulte o *Diretório de Prestadores e Farmácias*, visite o nosso website ou contacte os Serviços para Membros.

A6. Utilizar os serviços de pedido por correio para obter os seus medicamentos

Para certos tipos de medicamentos, pode usar os serviços de pedido por correio da rede do nosso plano. Geralmente, os medicamentos disponíveis por pedido por correio são aqueles que toma regularmente para uma condição médica crónica ou de longo prazo.

O serviço de pedidos por correio do nosso plano permite-lhe encomendar um fornecimento para até 90 dias. Um fornecimento para 90 dias tem a mesma coparticipação que um fornecimento



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

para um mês.

Aviar receitas médicas por correio

Para obter formulários de pedido e informações sobre como aviar as suas receitas por correio:

- Visite o website de pedidos por correio e registre-se online em www.caremark.com/mailservice
- Ou ligue para os Serviços para Membros.

Normalmente, uma receita por correio chega dentro de 7 a 10 dias úteis. Se a sua receita médica por correio estiver atrasada e precisar de um fornecimento de emergência de uma farmácia de retalho, ligue para os Serviço para Membros para obter ajuda com um pedido de substituição.

Processos de pedido por correio

O serviço de pedidos por correio tem procedimentos diferentes para novas receitas que recebe de si, novas receitas que recebe diretamente do consultório do seu médico e renovações das suas receitas por correio.

1. Novas receitas que a farmácia recebe de si

A farmácia preenche e entrega automaticamente as novas receitas que recebe de si.

2. Novas receitas que a farmácia recebe do consultório do seu médico

Depois da farmácia receber uma receita de um prestador, entra em contacto consigo para saber se deseja que o medicamento seja dispensado imediatamente ou mais tarde.

- Isso dá-lhe a oportunidade de verificar se a farmácia está a entregar o medicamento correto (incluindo dosagem, quantidade e forma) e, se necessário, permite que cancele ou adie o pedido antes que seja cobrado e enviado.
- Responda sempre que a farmácia entrar em contacto consigo, para que saibam o que fazer com a nova receita e para evitar atrasos no envio.

3. Renovações de receitas médicas por correio

Para reabastecer os seus medicamentos, tem a opção de se inscrever num programa de reabastecimento automático. Ao abrigo deste programa, começamos a processar automaticamente o seu próximo reabastecimento quando os nossos registos indicam que o seu medicamento está prestes a acabar.

- A farmácia entra em contacto consigo antes de enviar cada reabastecimento para se certificar de que precisa de mais medicação, e pode cancelar os reabastecimentos



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

agendados se tiver medicação suficiente ou se a sua medicação tiver mudado.

- Se optar por não utilizar o nosso programa de reabastecimento automática, entre em contacto com a sua farmácia 15 dias antes de a sua receita médica atual acabar para garantir que o seu próximo pedido lhe é enviado a tempo.

Para cancelar a sua inscrição no nosso programa que prepara automaticamente reabastecimentos de pedidos por correio, contacte-nos através do número 1-844-268-1908.

Informe a farmácia sobre a melhor forma de entrar em contacto consigo para que possam contactá-lo para confirmar o seu pedido antes do envio. Forneça as suas informações de contacto mais atualizadas, como número de telefone e/ou endereço de e-mail, ligando para 1-844-268-1908 ou visitando www.caremark.com.

A7. Obtenção de um fornecimento de medicamentos a longo prazo

Você pode pegar um longo prazo fornecimento de manutenção drogas sobre nosso *medicamento* do plano *Lista*. Manutenção drogas são medicamentos que você toma regularmente para uma condição médica crônica ou de longo prazo.

Algumas farmácias da rede permitem que você adquira um suprimento de longo prazo de medicamentos de manutenção. Um suprimento para 90 dias tem a mesma coparticipação de um suprimento para um mês. O *Diretório de Prestadores e Farmácias* informa quais farmácias pode dar você um longo prazo fornecimento de manutenção drogas. Você pode também chamar Membro Serviços para mais informações.

Para certo tipos de drogas, você pode usar nosso planos rede venda por correspondência serviços para pegar um longo prazo fornecimento de medicamentos de manutenção. Consulte a **Seção A6** para saber mais sobre serviços de venda por correspondência.

A8. Utilizar uma farmácia que não esteja na rede do nosso plano

apenas por medicamentos abastecidos em farmácias fora da rede quando você não puder usar uma farmácia da rede. Temos farmácias da rede fora da nossa área de atendimento onde você pode obter receitas preenchido como um membro de nosso plano. Em esses casos, verificar com Membro Serviços em primeiro lugar para descobrir se há uma farmácia da rede nas proximidades.

Nós pagar para prescrições preenchido no um fora da rede farmácia em o seguindo casos:

- UM Federal Emergência Gerenciamento Agência (FEMA) declarado emergência
- Tratamento de um doença enquanto viajando fora de o planos serviço área, mas dentro de Estados Unidos, onde não há farmácias de rede.



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

A9. Pagar-lhe por uma receita

Se você deve usar um fora da rede farmácia, você deve geralmente pagar o completo custo em vez de copagamento quando você Pegue sua receita. Você pode nos pedir para reembolsar a nossa parte do custo.

Para aprender mais sobre esse, referir-se para **Capítulo 7** deste *Manual do Membro* .

B. Nosso planos *Medicamento Lista*

Nós temos um *Lista de Abordado Drogas*. Nós chamar isto o "*Medicamento Lista*" para curto.

Selecionamos os medicamentos da *Lista de Medicamentos* com a ajuda de uma equipe de médicos e farmacêuticos. O *Medicamento Listar* também conta você o regras você precisar para seguir para pegar seu drogas.

Nós geralmente cobrir um medicamento sobre o *medicamento* do nosso plano *Listar* quando você seguir o regras que explicamos em este capítulo.

B1. Drogas sobre nosso *Medicamento Lista*

Nosso *Medicamento A lista* inclui drogas abordado sob Medicare Parte D e alguns prescrição e medicamentos e produtos de venda livre (OTC) cobertos pelo Medicaid de Rhode Island.

Nosso *Medicamento Lista* inclui marca nome drogas, genérico drogas, e produtos biológicos (que podem incluir biossimilares).

Um medicamento de marca é um medicamento vendido sob uma marca registrada de propriedade do fabricante do medicamento. Biológico produtos são drogas que são mais complexo que típico drogas. Sobre nossa *droga Lista* , quando nos referimos a "drogas", isso pode significar um medicamento ou um produto biológico.

Os medicamentos genéricos têm os mesmos princípios ativos dos medicamentos de marca. Os produtos biológicos têm alternativas chamado biossimilares. Geralmente, medicamentos genéricos e biossimilares trabalhar apenas como bem como marca registrada ou original biológico produtos e geralmente custam menos. Lá são genérico medicamento substitutos disponível para muitos medicamentos de marca e alternativas biossimilares para alguns produtos biológicos originais. Alguns biossimilares são intercambiáveis e, dependendo da legislação estadual, podem substituir o original. biológico produto no o farmácia sem precisando um novo prescrição, apenas como genérico medicamentos podem ser substituídos por medicamentos de marca.



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals .

Referir para **Capítulo 12** para definições de o tipos de drogas que poderia ser sobre o *Lista de medicamentos* .

Nosso plano também capas certo Sem receita drogas e produtos. Alguns Sem receita drogas Custam menos que medicamentos prescritos e funcionam tão bem quanto. Para mais informações, ligue para o Serviço de Atendimento ao Cliente.

B2. Como para encontrar um medicamento sobre nossa *droga Lista*

Para encontrar fora se um medicamento você pegar é sobre nosso *Medicamento Lista* , você pode:

- Visita nosso planos site em www.nhpri.org/INTEGRITYDuals . O *Medicamento Lista* sobre nosso site é sempre o mais atual.
- Chamar Membro Serviços para encontrar fora se um medicamento é sobre nosso *Medicamento Lista* ou para perguntar para um cópia da lista.
- Usar nosso "Real Tempo Beneficiar Ferramenta" no www.caremark.com para pesquisar para drogas em a *droga Lista* para obter uma estimativa do que você pagará e se existem drogas alternativas na *Lista de Medicamentos* que podem tratar a mesma condição. Você também pode ligar para o Serviço de Atendimento ao Cliente.

B3. Drogas não sobre nosso *Medicamento Lista*

Não cobrimos todos os medicamentos.

- Alguns medicamentos não estão na nossa *Lista de Medicamentos* porque a lei não nos permite cobri-los.
- Em outros casos, decidimos não incluir um medicamento em nossa *Lista de Medicamentos* .
- Em alguns casos, você poderá obter um medicamento que não consta na nossa *Lista de Medicamentos*. Para mais informações, consulte o **Capítulo 9**.

Nosso plano não cobre os tipos de medicamentos descritos nesta seção. Eles são chamados de **medicamentos excluídos** . Se você pegar um prescrição para um excluídos droga, você pode precisar pagar para isto você mesmo. Se você pensar nós Se você precisar pagar por um medicamento excluído devido ao seu caso, você pode recorrer. Consulte o **Capítulo 9** deste *Manual do Membro* para obter mais informações sobre recursos.

Aqui são três em geral regras para excluídos drogas:

1. A cobertura de medicamentos ambulatoriais do nosso plano (que inclui medicamentos



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals .

do Medicare Parte D e do Medicaid de Rhode Island) não cobre medicamentos já cobertos pelo Medicare Parte A ou Parte B. Nosso plano cobre medicamentos cobertos por Medicare Papel UM ou Medicare Parte B gratuito, mas esses medicamentos não são considerados parte dos seus benefícios de medicamentos ambulatoriais.

2. Nosso plano não pode cobrir um medicamento comprado fora o Unido Estados e isso é territórios.
3. O uso do medicamento deve ser aprovado pela FDA ou respaldado por determinadas referências médicas como tratamento para a sua condição. Seu médico ou outro profissional de saúde pode prescrever um medicamento específico para tratar a sua condição, mesmo que não tenha sido aprovado para o tratamento. o doença. Esse é chamado de “ off-label” usar.” Nosso plano geralmente não cobrir drogas prescrito para uso off-label.

Também, por lei, o Medicare ou o Medicaid de Rhode Island não podem cobrir o tipos de drogas listado abaixo .

- Drogas usado para promover fertilidade
- Drogas usado para cosmético propósitos ou para promover cabelo crescimento
- Drogas usado para o tratamento de sexual ou erétil disfunção
- Ambulatorial drogas feito por um empresa que diz que você deve fazer testes ou serviços somente com eles

B4. Medicamento Listar níveis de compartilhamento de custos

Todo medicamento sobre nosso *Medicamento Lista* é em um de 5 camadas. UM nível é um grupo de drogas de geralmente o mesmo tipo (por exemplo, medicamentos de marca, genéricos ou de venda livre). Em geral, quanto maior o nível de compartilhamento de custos, maior o custo do medicamento.

- O Nível 1 de Compartilhamento de Custos inclui medicamentos genéricos preferenciais (nível mais baixo)
- O Nível 2 de Compartilhamento de Custos inclui medicamentos genéricos
- O Nível 3 de Compartilhamento de Custos inclui medicamentos de marca preferenciais



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals .

- O Nível 4 de Compartilhamento de Custos inclui medicamentos não preferenciais
 - O Nível 5 de Compartilhamento de Custos inclui medicamentos especializados (nível mais alto)
- Para descobrir em qual nível de compartilhamento de custos seu medicamento está, procure-o em nossa *Lista de Medicamentos* .

Capítulo 6 deste *Manual do Membro* conta o quanto você pagar para drogas em cada nível.

C. Limites sobre algumas drogas

Para certos medicamentos, regras especiais limitam como e quando nosso plano os cobre. Geralmente, nossas regras encorajar você para pegar um medicamento isso funciona para seu médico doença e é seguro e eficaz. Quando um medicamento seguro e de baixo custo funciona tão bem quanto um medicamento de alto custo, esperamos que seu médico prescreva o medicamento de menor custo.

Observe que, às vezes, um medicamento pode aparecer mais de uma vez em nossa *Lista de Medicamentos*. Isso ocorre porque os mesmos medicamentos podem diferir com base na concentração, quantidade ou forma prescrita pelo seu médico, e restrições diferentes podem ser aplicadas às diferentes versões dos medicamentos (por exemplo, 10 mg versus 100 mg; um por dia versus dois por dia; comprimido versus líquido).

Se houver uma regra especial para o seu medicamento, isso geralmente significa que você ou seu médico devem tomar medidas adicionais para que possamos cobrir o medicamento.

Por exemplo, seu médico pode ter que nos informar seu diagnóstico. ou fornecer resultados de sangue testes primeiro. Se você ou seu provedor pensa nosso regra não deveria aplicar Dependendo da sua situação, peça-nos para usar o processo de decisão de cobertura para abrir uma exceção. Podemos ou não concordar em permitir que você use o medicamento sem tomar medidas adicionais.

Para aprender mais sobre perguntando para exceções, referir-se para **Capítulo 9** deste *Manual do Membro* .

1. Limitando usar de um marca nome medicamento ou original biológico produtos quando, respectivamente, uma versão biosimilar genérica ou intercambiável está disponível

Geralmente, um medicamento genérico ou biossimilar intercambiável funciona da mesma forma que um medicamento de marca ou um produto biológico original e geralmente custa menos. Na maioria dos casos, casos, se houver um versão biosimilar genérica ou intercambiável de um marca nome medicamento ou produto biológico



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals .

original disponível, nossa rede de farmácias fornecerá a você, respectivamente, a versão biossimilar genérica ou intercambiável.

- Nós geralmente não pagamos para o nome de marca de medicamento ou produto biológico original quando houver um genérico disponível ou versão biossimilar intercambiável.
- No entanto, se seu provedor contatado por nós ou o médico explicar que o genérico, medicamento ou biossimilar intercambiável não funcionará para você **ou** escreveu “Sem substituições” na sua receita para um medicamento de marca ou produto biológico original ou nos informou o motivo médico pelo qual o medicamento genérico, biossimilar intercambiável ou outros medicamentos cobertos que tratam a mesma condição não funcionarão para você, então cobriremos o medicamento de marca.
- Seu copagamento pode ser maior para o medicamento de marca ou produto biológico original do que para o medicamento genérico ou biossimilar intercambiável.

2. Recebendo plano aprovação em avançar

Para alguns medicamentos, você ou seu médico devem obter a aprovação do nosso plano antes de preencher sua prescrição. Isso se chama autorização prévia. Ela é implementada para garantir a segurança dos medicamentos e ajudar a orientar o uso adequado de determinados medicamentos. Se você não pegar aprovação, nós não podemos cobrir o medicamento. Ligue para o Serviço de Atendimento ao Cliente no número no final da página ou em nosso site

<https://www.medicareplanrx.com/jccf/medicare/H7635/001/PACriteria2026.pdf> para obter mais informações sobre autorização prévia.

3. Tentando um diferente medicamento primeiro

Em geral, queremos que você experimente medicamentos de menor custo que sejam tão eficazes antes de cobrir drogas que custam mais. Para exemplo, se Medicamento UM e Medicamento B tratar a mesma condição médica e o medicamento A custa menos que o medicamento B, podemos exigir que você experimente o medicamento A primeiro.

Se Medicamento UM não funcionar para você, então cobriremos Medicamento B. Esse é chamado etapa Terapia. Ligue para o Serviço de Atendimento ao Cliente no número no final da página ou acesse nosso site em

<https://www.medicareplanrx.com/jccf/medicare/H2126/001/PACriteria2026.pdf> para obter mais informações sobre a terapia em etapas.

4. Quantidade limites



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Para alguns drogas, nós limite o quantia de o medicamento você pode ter. Esse é chamado um quantidade limite. Por exemplo, se normalmente é considerado seguro tomar apenas um comprimido por dia para um determinado medicamento, podemos limitar a quantidade de medicamento que você pode tomar a cada vez que abastecer sua receita.

Para encontrar fora se houver de o regras acima aplicar para um medicamento você pegar ou querer para pegar, confira nosso *Medicamento Lista* . Para obter as informações mais atualizadas, ligue para o Serviço de Atendimento ao Membro ou consulte nosso site em www.nhpri.org/INTEGRITYDuals . Caso discorde da nossa decisão de cobertura por qualquer um dos motivos acima, você pode solicitar um recurso. Consulte o **Capítulo 9** deste *Manual do Membro*.

D. Razões seu medicamento poder não ser abordado

Nós tentar para fazer seu cobertura de medicamentos trabalhar bem para você, mas às vezes um medicamento poderia não ser abordado da maneira que você gosta. Por exemplo:

- Nosso plano não cobre o medicamento você querer para pegue. O droga pode não ser em nossa *Lista de Medicamentos* . Podemos oferecer uma versão genérica do medicamento, mas não a versão de marca que você deseja tomar. Um medicamento pode ser novo e ainda não tivermos revisado sua segurança e eficácia.
- Nosso plano cobre o medicamento, mas lá são especial regras ou limites de cobertura . Como explicado em o seção acima, alguns drogas nosso plano cobre ter regras que limitam seu uso. Em alguns casos, você ou seu médico podem querer nos solicitar uma exceção.
- O medicamento é coberto, mas em um nível de compartilhamento de custos que torna seu custo mais caro do que você acha que deveria ser.

Lá são coisas você pode fazer se nós não cobrimos um medicamento o caminho você quer que a gente cubra isso .

D1. Obtendo um suprimento temporário

Em alguns casos, nós pode dar você um temporário fornecer de um medicamento quando o medicamento não é sobre nossa *Lista de Medicamentos* ou é limitada de alguma forma. Isso lhe dá tempo para conversar com seu médico sobre a possibilidade de adquirir um medicamento diferente ou para nos solicitar a cobertura do medicamento.



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals .

Para pegar um temporário fornecer de um medicamento, você deve encontrar o dois regras abaixo:

1. O medicamento você tem estive tirando:

- é não mais longo sobre nosso *Medicamento Lista* **ou**
- era nunca sobre nossa *droga Lista* **ou**
- é agora limitado em alguns caminho.

2. Você deve ser em um de estas situações:

- Você eram em o plano durar ano.
 - Nós cobrimos um fornecimento temporário do seu medicamento durante os primeiros 90 dias de o calendário ano .
 - Esse temporário fornecer é para até :
 - UM 30 dias fornecer se você **não** ao vivo em um longo prazo cuidado instalação
 - UM 31 dias fornecer se você fazer ao vivo em um longo prazo cuidado instalação
 - Se seu prescrição é escrito para menos dias, nós permitir múltiplo recargas para fornecer até 30 dias de medicação. Você deve retirar a receita em uma farmácia da rede.
 - Longo prazo cuidado farmácias poderia fornecer seu medicamento em pequenas quantidades de cada vez para evitar desperdício.
- Você é novo para nosso plano.
 - Nós cobrimos um temporário fornecer de seu medicamento **durante o primeiro 90 dias de sua adesão ao nosso plano** .
 - Esse temporário fornecer é para até :
 - UM 30 dias fornecer se você não ao vivo em um longo prazo cuidado instalação
 - UM 31 dias fornecer se você fazer ao vivo em um longo prazo cuidado instalação, e
 - Se seu prescrição é escrito para menos dias, bem permitir múltiplo recargas para fornecer para um máximo de 30 dias de medicamentos. Você deve obter a receita em uma farmácia da rede.
 - Longo prazo cuidado farmácias poderia fornecer seu medicamento em pequenas quantidades de cada vez para evitar desperdício.
- Você tem estive em nosso plano para mais que 90 dias e ao vivo em um longo



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals .

prazo cuidado instalação e precisa de um suprimento imediatamente.

- Nós cobrir um 31 dias fornecer, ou menos se seu prescrição é escrito por menos dias. Isso se soma ao suprimento temporário mencionado acima.
- Se seu nível de cuidado mudanças então bem cobrir no ao menos um Suprimento para 31 dias

D2. Solicitando um fornecimento temporário

Para perguntar para um temporário fornecer de um medicamento, chamar Membro Serviços.

Quando você pegar um temporário fornecer de um medicamento, falar com seu provedor o mais rápido possível para decidir o que para O que fazer quando seu estoque acabar. Aqui estão suas opções:

- Mudar para outro medicamento.

Nosso plano pode cobrir um medicamento diferente que funcione para você. Ligue para o Serviço de Atendimento ao Cliente para solicitar uma lista de medicamentos que cobrimos e que tratam a mesma condição médica. O lista pode ajuda seu provedor encontrar um abordado medicamento que poderia trabalhar para você.

OU

- Perguntar para um exceção.

Você e seu provedor podem nos pedir para abrir uma exceção. Por exemplo, você pode pedir nós para cobrir uma droga que não é sobre nosso *Medicamento Lista* ou perguntar nos permite cobrir o medicamento sem limites. Se o seu provedor disser que você tem um bom motivo médico para uma exceção, ele pode ajudá-lo a solicitá-la.

D3. Solicitando uma exceção

Se um medicamento você pegar vai ser levado desligado nosso *Medicamento Lista* ou limitado em alguns caminho próximo ano, nós permitir que você peça uma exceção antes do ano que vem.

- Nós informamos você sobre qualquer mudança em o cobertura para seu medicamento para ano que vem. Uma pergunta nós para fazer um exceção e cobrir o medicamento para o próximo ano o caminho você seria como.
- Nós responder seu solicitar para um exceção dentro de 72 horas depois nós



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

pegar sua solicitação (ou declaração de apoio do seu médico).

- Se aprovarmos sua solicitação, autorizaremos a cobertura do medicamento antes que a alteração entre em vigor.

Para saber mais sobre como solicitar uma exceção, consulte o **Capítulo 9** deste *Manual do Membro*.

Se você precisar ajuda perguntando para um exceção, contate Membro Serviços.

E. Mudanças na cobertura para seu drogas

Maioria mudanças em medicamento cobertura acontecer sobre Janeiro 1, mas nós poderia adicionar ou remover medicamentos da nossa *Lista de Medicamentos* ao longo do ano. Também podemos alterar nossas regras sobre medicamentos. Por exemplo, podemos:

- Decidir para requerer ou não requerer anterior aprovação (PA) para um medicamento. (permissão de nós antes que você possa obter um medicamento).
- Adicionar ou mudar o quantia de um medicamento você pode pegar (limites de quantidade).
- Adicionar ou mudar etapa terapia restrições sobre um medicamento. (você deve (Experimente um medicamento antes de abordar outro.)

Devemos seguir os requisitos do Medicare antes de alterar a Lista de Medicamentos do nosso plano . mais Informação sobre esses medicamento regras, referir-se para **Seção C** .

Se você pegar um medicamento que nós abordado no o **começo** de o ano, nós geralmente não removerá ou alterar a cobertura desse medicamento **durante o resto do ano**, a menos que :

- um novo, mais barato medicamento vem sobre o mercado que funciona como bem como um medicamento sobre nosso *Medicamento Lista* agora, **ou**
- nós aprender que um medicamento não é seguro, **ou**
- um medicamento é removido de o mercado.

O que acontece se cobertura mudanças para um medicamento você é tirando?

Para pegar mais Informação sobre o que acontece quando nosso *Medicamento Lista* mudanças, você pode sempre:

- Verificar nossa *droga* atual *Lista* on-line em www.nhpri.org/INTEGRITYDuals **ou**



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals .

- Chamar Membro Serviços no número no final da página para verificar nossa corrente *Medicamento Lista* .

Mudanças nós poderia fazer para o *Medicamento Lista* que afetar você durante o atual plano ano

Alguns mudanças para o *Medicamento Lista* vai acontecer imediatamente. Para exemplo:

- Um novo medicamento genérico fica disponível . Às vezes, um novo medicamento genérico ou biossimilar vem sobre o mercado que funciona como bem como um marca nome medicamento ou produto biológico original na *Lista de Medicamentos* agora. Quando isso acontecer, poderemos remover o medicamento de marca e adicione o novo medicamento genérico, mas seu custo para o novo medicamento permanecerá o mesmo.

Quando nós adicionar o novo genérico droga, nós poderia também decidir para manter o marca nome medicamento na lista, mas altera suas regras ou limites de cobertura.

- Nós poderia não dizer você antes nós fazer esse mudar, mas nós enviaremos informações sobre a alteração específica que fizemos quando ela acontecer.
- Você ou seu provedor podem solicitar uma “exceção” a essas alterações. Enviaremos você um perceber com o passos você pode pegar para perguntar para um exceção. Consulte o **Capítulo 9** deste manual para obter mais informações sobre exceções.

Remover medicamentos perigosos e outros medicamentos que são retirados do mercado.

Às vezes, um medicamento pode ser considerado inseguro ou retirado do mercado por outro motivo. Se isso acontecer, podemos retirá-lo imediatamente da nossa *Lista de Medicamentos* . Se você estiver tomando o medicamento, enviaremos um aviso após fazermos a alteração.

Nós poderia fazer outro mudanças que afetar o drogas você pegue. Nós dizer você em avançar sobre estas outras alterações na nossa *Lista de Medicamentos* . Estas alterações podem ocorrer se:

- O FDA fornece novo orientação ou lá são novo clínico diretrizes sobre um medicamento.

Quando esses mudanças acontecer, nós :

- Dizer você no ao menos 30 dias antes nós fazer o mudar para nosso *Medicamento Lista* ou
- Deixar você saber e dar você 30 dias fornecer de o medicamento depois você perguntar para um



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpr.org/INTEGRITYDuals .

reabastecer.

Esse dá você tempo para falar para seu doutor ou outro prescritor. Eles pode ajuda você decidir:

- Se há um semelhante medicamento sobre nosso *Medicamento Lista* você pode pegar em vez de **ou**
- Se você deve perguntar por um exceção de esses mudanças para continuar cobertura o medicamento ou a versão do medicamento que você está tomando. Para saber mais sobre como solicitar exceções, consulte o **Capítulo 9** deste *Manual do Membro* .

Mudanças para o *Medicamento Lista* que não afetar você durante o plano ano

Nós poderia fazer mudanças para drogas você pegar que não são descrito acima e não afetar você agora. Para tal mudanças, se você é tirando um medicamento nós abordado no o **começo** de o ano, geralmente não removemos ou alteramos a cobertura desse medicamento **durante o resto do ano** .

Para exemplo, se nós remover um medicamento você é tirando ou limite isso é usar, então o mudar não afeta seu uso da droga pelo resto do ano.

Se qualquer de esses mudanças acontecer para um medicamento você é tirando (exceto para o mudanças observado em o seção acima), a alteração não afetará seu uso até 1º de janeiro do ano seguinte.

Não informaremos você sobre esses tipos de mudanças diretamente durante o ano atual. Você precisará verificar o *Medicamento Lista* para o próximo plano ano (quando o lista é disponível durante o abrir inscrição período) para ver se há alguma alteração que impactará você durante o próximo ano do plano.

F. Medicamento cobertura em especial casos

coberta pelo nosso plano

Se você for internado em um hospital ou unidade de enfermagem especializada para uma estadia coberta pelo nosso plano, geralmente cobrir o custo de seu drogas durante seu ficar. Você não vai pagar um Coparticipação. Após a alta do hospital ou da unidade de enfermagem especializada, cobrimos seus medicamentos, desde que eles atendam a todas as nossas regras de cobertura.

Para saber mais sobre cobertura e o que você paga, consulte o **Capítulo 6** deste *Manual do Membro* .



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals .

F2. Em uma unidade de cuidados de longa duração

Normalmente, um longo prazo cuidado instalação, tal como um enfermagem instalação, tem isso é ter farmácia ou um farmácia que fornece medicamentos para todos os seus residentes. Se você mora em uma instituição de cuidados de longa permanência, pode obter seus medicamentos na farmácia da instituição, caso ela faça parte da nossa rede.

Verificar seu *Provedor e Farmácia Diretório* para encontrar fora se seu longo prazo cuidado da instalação farmácia faz parte da nossa rede. Caso não faça parte ou precise de mais informações, entre em contato com o Atendimento ao Cliente.

F3. Em um programa de cuidados paliativos certificado pelo Medicare

Drogas são nunca abordado por ambos hospício e nosso plano no o mesmo tempo.

- Você pode estar inscrito em um hospício do Medicare e precisar de certos medicamentos (por exemplo, analgésicos, antináuseas, laxantes ou ansiolíticos) que seu hospício não cobre porque não está relacionado para seu terminal prognóstico e condições. Nesse caso, nosso plano precisa receber uma notificação do médico prescritor ou do seu prestador de cuidados paliativos informando que o medicamento não está relacionado antes de podermos cobri-lo.
- Para evitar atrasos na obtenção de quaisquer medicamentos não relacionados que nosso plano deve cobrir, você pode perguntar seu hospício provedor ou prescritor para fazer claro nós ter o notificação de que o medicamento não tem relação com o seu antes de pedir à farmácia para preencher sua receita.

Se você deixar o hospício, nosso plano cobre todos os seus medicamentos. Para evitar atrasos na farmácia quando o seu benefício de hospício do Medicare terminar, leve a documentação à farmácia para verificar se você deixou o hospício.

Consulte as partes anteriores deste capítulo que abordam os medicamentos cobertos pelo nosso plano. Consulte o **Capítulo 4.** deste *Manual do Membro* para mais informações sobre o benefício de cuidados paliativos.

G. Programas sobre medicamento segurança e gerenciando drogas

G1. Programas para ajudar você a usar drogas com segurança

Cada tempo você preencher um prescrição, nós olhar para possível problemas, tal como medicamento erros, ou drogas que:



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

- poderia não ser necessário porque você pega outro semelhante medicamento que faz a mesma coisa
- poderia não ser seguro para sua idade ou gênero
- poderia ferir você se você pegar eles no mesmo tempo
- ter ingredientes que você é ou poderia ser alérgico para
- pode haver um erro na quantidade (dosagem)
- ter inseguras quantidades de opioides e outros medicamentos

Se nós encontramos um possível problema em seu uso de drogas, nós trabalhamos com seu provedor para corrigir o problema.

G2. Programas para ajudar você a gerenciar seus medicamentos

Nosso plano oferece um programa para ajudar membros com necessidades de saúde complexas. Nesses casos, você pode ter direito a serviços gratuitos por meio de um programa de gerenciamento de terapia medicamentosa (MTM). Este programa é voluntário e gratuito. Ele ajuda você e seu médico a garantir que seus medicamentos estejam funcionando para melhorar sua saúde. Se você se qualificar para o programa, um farmacêutico ou outro profissional de saúde fará uma revisão completa de todos os seus medicamentos e conversará com você sobre:

- como obter o máximo benefício dos medicamentos que você toma
- quaisquer preocupações que você tenha, como custos de medicamentos e reações a medicamentos
- qual a melhor forma de tomar seus medicamentos
- quaisquer dúvidas ou problemas que você tenha sobre seus medicamentos prescritos e de venda livre

Então, eles lhe darão:

- Um resumo escrito desta discussão. O resumo contém um plano de ação medicamentosa que recomenda o que você pode fazer para aproveitar ao máximo seus medicamentos.
- Uma lista pessoal de medicamentos que inclui todos os medicamentos que você toma, a quantidade que toma, quando e por que os toma.
- Informações sobre o descarte seguro de medicamentos prescritos que são substâncias controladas.



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

É uma boa ideia conversar com seu médico sobre seu plano de ação e lista de medicamentos.

- Leve seu plano de ação e lista de medicamentos para sua consulta ou sempre que conversar com seus médicos, farmacêuticos e outros profissionais de saúde.
- Leve sua lista de medicamentos com você se for ao hospital ou ao pronto-socorro.

MTM Os programas são voluntários e gratuitos para os membros qualificados. Se tivermos um programa que atenda às suas necessidades, nós o inscreveremos e enviaremos as informações. Se você não quiser participar do programa, avise-nos e nós o retiraremos.

Se você tiver dúvidas sobre esses programas, entre em contato com o Atendimento ao Cliente.

G3. Programa de gerenciamento de medicamentos (DMP) para ajudar os membros a usar medicamentos opioides com segurança

Temos um programa que ajuda a garantir que os membros usem opioides prescritos e outros medicamentos de abuso frequente com segurança. Este programa é chamado de Programa de Gerenciamento de Medicamentos (DMP).

Se você usa medicamentos opioides obtidos de vários médicos ou farmácias, ou se teve uma overdose recente de opioides, podemos conversar com o seu médico para garantir que o uso de medicamentos opioides seja apropriado e clinicamente necessário. Trabalhando com o seu médico, se decidirmos pelo uso de opioides prescritos ou os medicamentos benzodiazepínicos podem não ser seguros, podemos limitar a forma como você pode obtê-los. Se o incluirmos em nosso DMP, as limitações podem incluir:

- Exigir que você obtenha todas as receitas de medicamentos opioides ou benzodiazepínicos de uma determinada(s) farmácia(s)
- Exigir que você obtenha todas as suas receitas de medicamentos opioides ou benzodiazepínicos de um determinado(s) prescritor(es)
- Limitando a quantidade de medicamentos opioides ou benzodiazepínicos que cobriremos para você

Se planejamos limitar a forma como você obtém esses medicamentos ou a quantidade que pode obter, enviaremos uma carta com antecedência. A carta informará se limitaremos a cobertura desses medicamentos para você ou se você precisará obter as receitas desses medicamentos apenas de um provedor ou farmácia específica.

Você terá a oportunidade de nos informar quais médicos ou farmácias prefere usar e



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

qualquer informação que considere importante para nós . Após sua resposta, se decidirmos limitar sua cobertura para esses medicamentos, enviaremos outra carta confirmando as limitações.

Se você acredita que cometemos um erro ou discorda da nossa decisão ou da limitação, você e seu médico podem recorrer. Se recorrer, revisaremos seu caso e emitiremos uma nova decisão. Se continuarmos a negar qualquer parte do seu recurso relacionado às limitações que se aplicam ao seu acesso a esses medicamentos, encaminharemos automaticamente seu caso a uma Organização de Revisão Independente (OIR). (Para saber mais sobre recursos e a OIR, consulte o **Capítulo 9** deste *Manual do Membro* .)

O DMP pode não se aplicar a você se:

- tem certas condições médicas, como câncer ou anemia falciforme,
- estão recebendo cuidados paliativos, de hospício ou de fim de vida, **ou**
- morar em uma instituição de cuidados de longa duração.



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals .

Capítulo 6: O que paga pelos seus medicamentos do Medicare e do Rhode Island Medicaid

Introdução

Este capítulo informa o que paga pelos seus medicamentos de ambulatório. Por “medicamentos” entendemos:

- Medicamentos do Medicare Parte D e
- Medicamentos e itens cobertos pelo Medicaid, e
- Medicamentos e itens cobertos pelo nosso plano como benefícios adicionais.

Como é elegível para o Rhode Island Medicaid, recebe “Ajuda Extra” do Medicare para ajudar a pagar os seus medicamentos do Medicare Parte D. Enviamos-lhe um encarte separado, chamado “Anexo de prova de cobertura para pessoas que recebem ajuda extra para pagar medicamentos sujeitos a receita médica” (também conhecido como “Anexo de Subsídio para Baixos Rendimentos” ou Anexo LIS”), que lhe dá informações sobre a sua cobertura de medicamentos. Se não tiver este anexo, ligue para os Serviços para Membros e peça o “Anexo LIS.”

A **Ajuda Extra** é um programa do Medicare que ajuda as pessoas com rendimentos e recursos limitados a reduzir os custos dos medicamentos sujeitos a receita médica do Medicare Parte D, tais como prémios, franquias e coparticipações. A Ajuda Extra é também designada por “Subsídio de Baixo Rendimento” ou “LIS”

Outros termos importantes e suas definições aparecem em ordem alfabética no último capítulo deste *Manual do Membro*.

Para saber mais sobre medicamentos, pode consultar estes locais:

- A nossa *Lista de Medicamentos Cobertos*.
 - Chamamos isso de *Lista de Medicamentos*. Informa-o sobre:
 - Que medicamentos são cobertos pelo nosso plano
 - Em qual dos 5 escalões cada medicamento se encontra
 - Se há algum limite para os medicamentos



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

- Se precisar de uma cópia da nossa *Lista de Medicamentos*, ligue para os Serviços para Membros. Também pode encontrar a versão mais atualizada da nossa *Lista de Medicamentos* no nosso website em www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.
- **Capítulo 5** deste *Manual do Membro*.
 - Explica como obter os seus medicamentos de ambulatório através do nosso plano.
 - Inclui regras que precisa a seguir. Também informa quais tipos de medicamentos o nosso plano não cobre.
 - Quando utiliza a “Real Time Benefit Tool (Ferramenta de Benefícios em Tempo Real)” do plano para consultar a cobertura de medicamentos (consulte o **Capítulo 5, Seção B2**), o custo apresentado é uma estimativa dos custos que deverá pagar do seu bolso. Também pode ligar para os Serviços para Membros para mais informações.
- O nosso *Diretório de Prestadores e Farmácias*.
 - Na maioria dos casos, deve utilizar uma farmácia da rede para obter os seus medicamentos cobertos. As farmácias da rede são farmácias que concordam em trabalhar connosco.
 - O *Diretório de Prestadores e Farmácias* lista as farmácias da nossa rede. Consulte o **Capítulo 5** deste *Manual do Membro* para obter mais informações sobre as farmácias da rede.



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Índice

A. <i>A Explicação dos Benefícios (EOB)</i>	146
B. Como para manter acompanhar de seu medicamento custa	147
C. Etapas de pagamento de medicamentos para medicamentos do Medicare Parte D	149
C1. Nosso plano tem 5 níveis de compartilhamento de custos	149
C2. Suas opções de farmácia	150
C3. Obter um fornecimento de longo prazo de um medicamento	150
C4. O que você paga	150
D. Etapa 1: A Etapa de Cobertura Inicial	152
D1. Suas escolhas de farmácia	153
D2. Obtenção de um fornecimento de longo prazo de um medicamento	153
D3. O que você paga	154
D4. Fim da Etapa de Cobertura Inicial	156
E. Estágio 2: O Estágio de Cobertura Catastrófica	156
F. Os custos dos seus medicamentos se o seu médico prescrever menos do que o fornecimento para um mês inteiro	156
G. O que você paga pelas vacinas da Parte D	157
G1. O que você precisa saber antes de tomar uma vacina	157
G2. Quanto você paga por uma vacina coberta pelo Medicare Parte D	157



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

A. A Explicação dos Benefícios (*Explanation of Benefits, EOB*)

O nosso plano controla os custos dos seus medicamentos e os pagamentos que efetua quando obtém receitas médicas na farmácia. Controlamos dois tipos de custos:

- Os seus **custos diretos**. É o valor que o membro, ou outras pessoas em seu nome, pagam pelas suas receitas médicas. Isso inclui o que pagou quando adquiriu um medicamento coberto pela Parte D, quaisquer pagamentos pelos seus medicamentos feitos por familiares ou amigos, quaisquer pagamentos pelos seus medicamentos feitos pela Ajuda Extra do Medicare, planos de saúde do empregador ou sindicais, Serviço de Saúde Indígena, programas de assistência a medicamentos para SIDA, instituições de caridade e a maioria dos Programas Estaduais de Assistência Farmacêutica (State Pharmaceutical Assistance Programs, SPAP).
- O **custo total dos seus medicamentos**. Este é o total de todos os pagamentos efetuados pelos seus medicamentos cobertos pela Parte D. Inclui o que o nosso plano pagou e o que outros programas ou organizações pagaram pelos seus medicamentos cobertos pela Parte D.

Quando obtém medicamentos através do nosso plano, enviamos-lhe um resumo chamado *Explicação de Benefícios*. Chamamos-lhe EOB, para abreviar. A EOB não é uma fatura. A EOB tem mais informações sobre os medicamentos que toma. A EOB inclui:

- **Informações do mês**. O resumo informa quais medicamentos recebeu no mês anterior. Mostra os custos totais dos medicamentos, o que pagámos e o que o membro e outras pessoas pagaram por si.
- **Totais do ano desde 1 de janeiro**. Mostra os custos totais com medicamentos e os pagamentos totais pelos seus medicamentos desde o início do ano.
- **Informações sobre preços de medicamentos**. Este é o preço total do medicamento e as alterações no preço do medicamento desde a primeira vez que foi aviado para cada pedido de receita médica da mesma quantidade.
- **Alternativas de custo mais baixo**. Quando aplicável, informações sobre outros medicamentos disponíveis com menor partilha de custos para cada receita médica.

Oferecemos cobertura para medicamentos não cobertos pelo Medicare.

- Os pagamentos efetuados por esses medicamentos não são contabilizados no total das suas despesas.



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

- Para saber que medicamentos o nosso plano cobre, consulte a nossa *Lista de Medicamentos*. Além dos medicamentos cobertos pelo Medicare, alguns medicamentos com e sem receita médica são cobertos pelo Rhode Island Medicaid. Esses medicamentos estão incluídos na *Lista de Medicamentos*.

B. Como controlar os custos com medicamentos

Para acompanhar os custos dos seus medicamentos e os pagamentos que efetua, utilizamos os registros que recebemos de si e da sua farmácia. Veja como pode ajudar-nos:

1. Utilize o seu Cartão de Identificação do Membro.

Mostre o seu Cartão de Identificação do Membro de cada vez que levantar uma receita. Isso ajuda-nos a saber quais as receitas médicas que o membro avia e quanto paga.

1. Certifique-se de que temos as informações necessárias.

Envie-nos cópias dos recibos dos medicamentos cobertos que pagou. Pode solicitar-nos o reembolso da nossa parte do custo do medicamento.

Aqui estão alguns exemplos de quando deve fornecer-nos cópias dos seus recibos:

- Quando compra um medicamento coberto numa farmácia da rede a um preço especial ou utiliza um cartão de desconto que não faz parte dos benefícios do nosso plano
- Quando paga uma coparticipação por medicamentos que obtém ao abrigo do programa de assistência ao paciente de um fabricante de medicamentos
- Quando compra medicamentos cobertos numa farmácia fora da rede
- Quando paga o preço total por um medicamento coberto em circunstâncias especiais

Para obter mais informações sobre como solicitar o reembolso da nossa parte do custo de um medicamento, consulte o **Capítulo 7** deste *Manual do Membro*.

2. Envie-nos informações sobre pagamentos que outras pessoas fazem por si.

Os pagamentos efetuados por determinadas outras pessoas e organizações também contam para os seus custos diretos. Por exemplo, os pagamentos efetuados por um Programa Estadual de Assistência Farmacêutica (State Pharmaceutical Assistance Program), um programa de assistência a medicamentos para SIDA (AIDS drug assistance program, ADAP), o Serviço de Saúde Indígena e a maioria das instituições



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

de caridade contam para os seus custos diretos. Isso pode ajudá-lo a se qualificar para cobertura contra catástrofes. Quando chegar à Fase de Cobertura Catastrófica, o nosso plano paga todos os custos dos seus medicamentos do Medicare Parte D no resto do ano.

3. Verifique as EOB que lhe enviamos.

Quando receber uma EOB pelo correio, certifique-se de que está completa e correta.

- **Reconhece o nome de cada farmácia?** Verifique as datas. Recebeu medicamentos nesse dia?
- **Recebeu os medicamentos listados?** Eles correspondem aos listados nos seus recibos? Os medicamentos correspondem ao que o seu médico prescreveu?

E se encontrar erros neste resumo?

Se algo estiver confuso ou não parecer correto nesta EOB, ligue para os Serviços para Membros do Neighborhood INTEGRITY for Duals. Também pode encontrar respostas para muitas perguntas no nosso website: www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

E quanto a possíveis fraudes?

Se este resumo mostrar medicamentos que não está a tomar ou qualquer outra coisa que lhe pareça suspeita, entre em contacto connosco.

- Ligue para os Serviços para Membros do Neighborhood INTEGRITY for Duals.
- Ou ligue para o Medicare através do número 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Os utilizadores de TTY devem ligar para o número 1-877-486-2048. Pode ligar para estes números gratuitamente.
- Também pode ligar para o Gabinete de Integridade do Programa de Rhode Island pelo número 1-401-462-6503 (TTY 711) ou para o Departamento do Procurador-Geral de Rhode Island para denúncias sobre fraudes ao Medicaid, abuso ou negligência de pacientes ou desvio de medicamentos pelo número 1-401-222-2556 ou 1-401-274-4400 extensão 2269.

Se achar que alguma coisa está errada ou em falta, ou se tiver alguma dúvida, contacte os Serviços para Membros. Tem a opção de receber a sua Explicação de Benefícios da Parte D por via eletrónica. Fornece as mesmas informações e no mesmo formato que o



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

documento em papel Explicação dos Benefícios que recebe atualmente. Para começar a receber uma Explicação de Benefícios sem papel, acesse a www.caremark.com para se registrar. Receberá uma notificação por e-mail quando tiver uma nova Explicação de Benefícios para visualizar. Guarde essas EOB. Elas são um registro importante das suas despesas com medicamentos.

C. Etapas de pagamento de medicamentos para medicamentos do Medicare Parte D

Há duas etapas de pagamento para a sua cobertura de medicamentos do Medicare Parte D em nosso plano. O valor que você paga por cada receita depende da etapa em que você se encontra ao receber ou renovar a receita. Estas são as duas etapas:

Etapa 1: Etapa de cobertura inicial	Estágio 2: Estágio de Cobertura Catastrófica
<p>Durante esta fase, pagamos parte dos custos dos seus medicamentos, e você paga a sua parte. Essa parte é chamada de coparticipação.</p> <p>Você começa nesta fase quando preenche sua primeira receita do ano.</p>	<p>Durante esta fase, pagamos todos os custos dos seus medicamentos até 31 de dezembro de 2026.</p> <p>Você inicia esta etapa quando tiver pago uma certa quantia de custos do próprio bolso.</p>

C1. Nosso plano tem 5 níveis de compartilhamento de custos

As faixas de compartilhamento de custos são grupos de medicamentos com a mesma coparticipação. Cada medicamento da *Lista de Medicamentos do nosso plano* está em uma das cinco (5) faixas de compartilhamento de custos. Em geral, quanto maior o número da faixa, maior a coparticipação. Para encontrar as faixas de compartilhamento de custos para seus medicamentos, consulte nossa *Lista de Medicamentos*.

- Os medicamentos de Nível 1 têm a coparticipação mais baixa . Incluem medicamentos genéricos preferenciais ou medicamentos não cobertos pelo Medicare, cobertos pelo Medicaid de Rhode Island. A coparticipação é de US\$ 0.
- Os medicamentos de Nível 2 têm a coparticipação mais baixa . Eles incluem medicamentos genéricos. A coparticipação é de US\$ 0.



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals .

- Os medicamentos de Nível 3 têm a coparticipação mais alta . Eles incluem medicamentos de marca preferenciais. Sua coparticipação depende do nível de Ajuda Extra que você recebe. A coparticipação é de US\$ 0 ou US\$ 4,90/US\$ 12,65, dependendo da sua renda.
- Os medicamentos de Nível 4 têm a coparticipação mais alta . Eles incluem medicamentos não preferenciais. Sua coparticipação depende do nível de Ajuda Extra que você recebe. A coparticipação varia de US\$ 0 ou US\$ 1,60/US\$ 5,10 ou US\$ 4,90/US\$ 12,65, dependendo da sua renda e se o medicamento é genérico ou de marca.
- Os medicamentos de Nível 5 têm a coparticipação mais alta . Eles incluem medicamentos especiais. Sua coparticipação depende do nível de Ajuda Extra que você recebe. A coparticipação varia de US\$ 0 ou US\$ 1,60/US\$ 5,10 ou US\$ 4,90/US\$ 12,65, dependendo da sua renda e se o medicamento é genérico ou de marca.

C2. Suas escolhas de farmácia

Como muito você pagar para um medicamento depende sobre se você pegar o medicamento de:

- Uma farmácia de varejo de rede, **ou**
- Uma farmácia fora da rede. Em casos limitados, cobrimos receitas médicas aviadas em farmácias fora da rede. Consulte o **Capítulo 5** deste Manual do Membro para saber quando fazemos isso.
- Nosso plano é vender farmácia por correspondência.

Consulte o **Capítulo 9** deste *Manual do Membro* Para saber como entrar com um recurso caso lhe digam que um medicamento não será coberto. Para saber mais sobre essas opções de farmácias, consulte o **Capítulo 5** deste *Manual do Membro* e nosso *Diretório de Prestadores e Farmácias* .

C3. Obter um fornecimento de longo prazo de um medicamento

Para alguns medicamentos, você pode obter um suprimento de longo prazo (também chamado de "suprimento estendido") ao adquirir sua receita. Um suprimento de longo prazo é um suprimento para até 90 dias. Custa o mesmo que um suprimento para um mês.

Para obter detalhes sobre onde e como obter um suprimento de longo prazo de um medicamento, consulte o **Capítulo 5** deste *Manual do Membro* ou o *Diretório de Provedores e Farmácias* do nosso plano .

C4. O que você paga

Você pode pagar uma coparticipação ao aviar uma receita. Se o medicamento coberto custar menos que a coparticipação, você paga o preço menor.



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals .

Entre em contato com o Atendimento ao Cliente para descobrir quanto é sua coparticipação para qualquer medicamento coberto.

Sua parte de o custo quando você pegar um um mês ou longo prazo fornecedor de um aboradado droga de:

	UM farmácia de rede UM um mês ou até um suprimento de 90 dias	O serviço de venda por correspondência do nosso plano UM um mês ou até um suprimento de 90 dias	Uma rede de longo prazo farmácia de cuidados Acima para um Suprimento para 31 dias	Um farmácia fora da rede Suprimento para até 30 dias. Cobertura está limitado a certos casos. Consulte o Capítulo 5 deste <i>Manual do Membro</i> para obter mais detalhes.
Custo Compartilhamento Nível 1 (Medicamentos genéricos preferidos)	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
Custo Compartilhamento Nível 2 (Medicamentos genéricos)	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
Custo Compartilhamento Nível 3 (Medicamentos de marca preferidos)	Sua participação nos custos varia de acordo com o nível de ajuda extra que você recebe. \$ 0 ou \$ 4,90/\$ 12,65			



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

	UM farmácia de rede UM um mês ou até um suprimento de 90 dias	O serviço de venda por correspondência do nosso plano UM um mês ou até um suprimento de 90 dias	Uma rede de longo prazo farmácia de cuidados Acima para um Suprimento para 31 dias	Um farmácia fora da rede Suprimento para até 30 dias. Cobertura está limitado a certos casos. Consulte o Capítulo 5 deste <i>Manual do Membro</i> para obter mais detalhes.
Custo Compartilhamento Nível 4 (Medicamentos não preferenciais)	Sua participação nos custos varia de acordo com o nível de ajuda extra que você recebe. US\$ 0 ou US\$ 1,60/US\$ 5,10 (genérico) ou US\$ 4,90/US\$ 12,65 (marca)			
Custo Compartilhamento Nível 5 (Medicamentos especiais)	Sua participação nos custos varia de acordo com o nível de ajuda extra que você recebe. US\$ 0 ou US\$ 1,60/US\$ 5,10 (genérico) ou US\$ 4,90/US\$ 12,65 (marca)			
	Não há suprimento para 90 dias de medicamentos de Nível 5.	Não há suprimento para 90 dias de medicamentos de Nível 5.	Sua participação nos custos varia de acordo com o nível de ajuda extra que você recebe.	Sua participação nos custos varia de acordo com o nível de ajuda extra que você recebe.

D. Etapa 1: A Etapa de Cobertura Inicial

Durante a Fase de Cobertura Inicial, pagamos uma parcela do custo dos seus medicamentos cobertos, e você paga a sua parcela. A sua parcela é chamada de coparticipação. A coparticipação depende do nível de coparticipação do medicamento e de onde você o obtém.

As faixas de compartilhamento de custos são grupos de medicamentos com a mesma coparticipação. Cada medicamento da *Lista de Medicamentos do nosso plano* está em uma das cinco (5) faixas de compartilhamento de custos. Em geral, quanto maior o número da faixa, maior a coparticipação. Para encontrar as faixas de compartilhamento de custos para seus medicamentos, consulte nossa *Lista de Medicamentos*.



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

- Os medicamentos de Nível 1 têm a coparticipação mais baixa . Incluem medicamentos genéricos preferenciais ou medicamentos não cobertos pelo Medicare, cobertos pelo Medicaid de Rhode Island. A coparticipação é de US\$ 0.
- Os medicamentos de Nível 2 têm a coparticipação mais baixa . Eles incluem medicamentos genéricos. A coparticipação é de US\$ 0.
- Os medicamentos de Nível 3 têm a coparticipação mais alta . Eles incluem medicamentos de marcas preferenciais. Sua coparticipação depende do nível de Ajuda Extra que você recebe. A coparticipação é de US\$ 0 ou US\$ 4,90/US\$ 12,65, dependendo da sua renda.
- Os medicamentos de Nível 4 têm a maior coparticipação . Eles incluem medicamentos não preferenciais. Sua coparticipação depende do nível de Ajuda Extra que você recebe. A coparticipação varia de US\$ 0 ou US\$ 1,60/US\$ 5,10 ou US\$ 4,90/US\$ 12,65, dependendo da sua renda e se o medicamento é genérico ou de marca.
- Os medicamentos de Nível 5 têm a maior coparticipação . Eles incluem medicamentos especiais. Sua coparticipação depende do nível de Ajuda Extra que você recebe. A coparticipação varia de US\$ 0 ou US\$ 1,60/US\$ 5,10 ou US\$ 4,90/US\$ 12,65, dependendo da sua renda e se o medicamento é genérico ou de marca.

D1. Suas escolhas de farmácia

Como muito você pagar para um medicamento depende sobre se você pegar o medicamento de:

- Uma farmácia de varejo de rede, **ou**
- Uma farmácia fora da rede. Em casos limitados, cobrimos receitas médicas aviadas em farmácias fora da rede. Consulte o **Capítulo 5** deste Manual do Membro para saber quando fazemos isso.
- Nosso plano é uma farmácia de venda por correspondência.

Para saber mais sobre essas opções, consulte o **Capítulo 5** deste *Manual do Membro* e nosso *Diretório de Provedores e Farmácias* .

D2. Obter um fornecimento de longo prazo de um medicamento

Para alguns medicamentos, você pode obter um suprimento de longo prazo (também chamado de "suprimento estendido") ao adquirir sua receita. Um suprimento de longo prazo é um suprimento para até 90 dias. Custa o mesmo que um suprimento para um mês.



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals .

Para obter detalhes sobre onde e como obter um suprimento de longo prazo de um medicamento, consulte o **Capítulo 5** deste *Manual do Membro ou o Diretório de Provedores e Farmácias* do nosso plano .

D3. O que você paga

Durante a Fase de Cobertura Inicial, você pode pagar uma coparticipação cada vez que aviar uma receita. Se o medicamento coberto custar menos que a coparticipação, você paga o preço menor.

Entre em contato com o Atendimento ao Cliente para descobrir quanto é sua coparticipação para qualquer medicamento coberto.

Sua parte de o custo quando você pegar um um mês ou longo prazo fornecer de um abordado droga de:

	UM farmácia de rede UM um mês ou até um suprimento de 90 dias	O serviço de venda por correspondência do nosso plano UM um mês ou até um suprimento de 90 dias	Uma rede de longo prazo farmácia de cuidados Acima para um Suprimento para 31 dias	Um farmácia fora da rede Suprimento para até 30 dias. Cobertura está limitado a certos casos. Consulte o Capítulo 5 deste <i>Manual do Membro</i> para obter mais detalhes.
Custo Compartilhamento Nível 1 (Medicamentos genéricos preferidos)	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
Custo Compartilhamento Nível 2 (Medicamentos genéricos)	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals .

	UM farmácia de rede UM um mês ou até um suprimento de 90 dias	O serviço de venda por correspondência do nosso plano UM um mês ou até um suprimento de 90 dias	Uma rede de longo prazo farmácia de cuidados Acima para um Suprimento para 31 dias	Um farmácia fora da rede Suprimento para até 30 dias. Cobertura está limitado a certos casos. Consulte o Capítulo 5 deste <i>Manual do Membro</i> para obter mais detalhes.
Custo Compartilhamento Nível 3 (Medicamentos de marca preferidos)	Sua participação nos custos varia de acordo com o nível de ajuda extra que você recebe. \$ 0 ou \$ 4,90/\$ 12,65			
Custo Compartilhamento Nível 4 (Medicamentos não preferenciais)	Sua participação nos custos varia de acordo com o nível de ajuda extra que você recebe. \$ 0 ou \$ 1,60/\$ 5,10 ou \$ 4,90/\$ 12,65			
Custo Compartilhamento Nível 5 (Medicamentos especiais)	Sua participação nos custos varia de acordo com o nível de ajuda extra que você recebe. \$ 0 ou \$ 1,60/\$ 5,10 ou \$ 4,90/\$ 12,65			
	Não há suprimento para 90 dias de medicamentos de Nível 5.	Não há suprimento para 90 dias de medicamentos de Nível 5.	Sua participação nos custos varia de acordo com o nível de ajuda extra que você recebe.	Sua participação nos custos varia de acordo com o nível de ajuda extra que você recebe.

Para Informação sobre qual farmácias pode dar você longo prazo suprimentos, referir-se para nosso Diretório de Prestadores e Farmácias do plano .



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals .

D4. Fim da Etapa de Cobertura Inicial

A Fase de Cobertura Inicial termina quando o total dos seus custos diretos atingir US\$ 2.100. Nesse momento, inicia-se a Fase de Cobertura Catastrófica. Cobrimos todos os seus custos com medicamentos a partir desse momento até o final do ano.

Seu EOB ajuda você a controlar quanto pagou por seus medicamentos ao longo do ano. Avisaremos se você atingir o limite de US\$ 2.100. Muitas pessoas não o atingem em um ano.

E. Estágio 2: O Estágio de Cobertura Catastrófica

Ao atingir o limite de desembolso de US\$ 2.100 para seus medicamentos, a Fase de Cobertura Catastrófica começa. Você permanece nessa Fase até o final do ano civil. Durante essa fase, você não paga nada pelos medicamentos cobertos pela Parte D.

F. Os custos dos seus medicamentos se o seu médico prescrever menos do que um suprimento para um mês inteiro

Normalmente, você paga uma coparticipação para cobrir o suprimento de um mês inteiro de um medicamento coberto. No entanto, seu médico pode prescrever medicamentos para menos de um mês.

- Pode haver momentos em que você queira perguntar ao seu médico sobre a prescrição de um suprimento de medicamento inferior a um mês (por exemplo, quando você estiver experimentando um medicamento pela primeira vez).
- Se o seu médico concordar, você não paga pelo suprimento mensal completo de certos medicamentos.

Quando você recebe um medicamento para menos de um mês, o valor pago é baseado no número de dias de uso do medicamento. Calculamos o valor que você paga por dia pelo seu medicamento (a "taxa de compartilhamento de custos diários") e multiplicamos pelo número de dias de uso do medicamento que você recebe.

- Aqui está um exemplo: digamos que a coparticipação do seu medicamento para um suprimento mensal completo (suprimento para 30 dias) seja de US\$ 1,60. Isso significa que o valor que você paga pelo seu medicamento é inferior a US\$ 0,05 por dia. Se você receber um suprimento do medicamento para 7 dias, seu pagamento será inferior a US\$ 0,05 por dia multiplicado por 7 dias, resultando em um pagamento total inferior a US\$ 0,37.
- O compartilhamento diário de custos permite que você tenha certeza de que um medicamento funciona para você antes de pagar pelo suprimento de um mês inteiro.



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

- Você também pode pedir ao seu médico para prescrever um suprimento de medicamento inferior a um mês inteiro para ajudá-lo a:
 - Planeje melhor quando reabastecer seus medicamentos,
 - Coordenar as recargas com outros medicamentos que você toma e
 - Faça menos viagens à farmácia.

G. Quanto você paga pelas vacinas da Parte D

Mensagem importante sobre o que você pagar para vacinas: Algumas vacinas são considerado benefícios médicos e são cobertos pelo Medicare Parte B. Outras vacinas são consideradas medicamentos do Medicare Parte D. Você pode encontrar essas vacinas listado em nossa *Lista de Medicamentos* . Nosso coberturas do plano maioria adulto Medicare Papel D vacinas no não custo para você. Referir para seu planos *Lista de medicamentos* ou contato Membro Serviços para cobertura e custo compartilhamento detalhes sobre vacinas específicas .

Lá são dois partes para nosso cobertura de Medicare Papel D vacinas:

1. O primeira parte é para o custo do vacina em si.
2. O segundo papel é para o custo de dando você o vacina. Para Por exemplo, às vezes você pode tomar a vacina por meio de uma injeção aplicada pelo seu médico.

G1. O que você precisa saber antes de tomar uma vacina

Nós recomendar que você chamar Membro Serviços se você planeja para pegar uma vacina.

- Nós pode dizer você sobre como nosso plano cobre sua vacina e explica sua parte do custo .
- Podemos lhe dizer como manter seus custos baixos usando farmácias e provedores da rede. As farmácias e os prestadores de serviços da rede concordam em trabalhar com nosso plano. Um provedor de rede trabalha conosco para garantir que você não tenha custos iniciais para uma vacina do Medicare Parte D.

G2. Quanto você paga por uma vacina coberta pelo Medicare Parte D

O que você paga por uma vacina depende do tipo de vacina (para o que você está sendo vacinado).

- Algumas vacinas são consideradas benefícios à saúde, e não medicamentos.



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals .

Essas vacinas são cobertas gratuitamente. Para saber mais sobre a cobertura dessas vacinas, consulte a Tabela de Benefícios no **Capítulo 4** deste *Manual do Membro*.

- *Lista de Medicamentos* do nosso plano. Talvez você tenha que pagar uma coparticipação pelas vacinas do Medicare Parte D. Se a vacina for recomendada para adultos por uma organização chamada **Comitê Consultivo sobre Práticas de Imunização (ACIP)**, ela não custará nada.

Aqui estão três maneiras comuns de obter a vacina do Medicare Parte D.

1. Você recebe a vacina do Medicare Parte D e sua injeção em uma farmácia da rede.
 - Para a maioria das vacinas da Parte D para adultos, você não pagará nada.
 - Para outras vacinas da Parte D, você não paga nada pela vacina.
2. Você toma a vacina do Medicare Parte D no consultório do seu médico, e ele lhe aplica a injeção.
 - Você não paga nada ao médico pela vacina.
 - Nosso plano cobre o custo da aplicação da vacina.
 - O consultório médico deve ligar para o nosso plano nessa situação para que possamos ter certeza de que você não pagará nada apenas pela vacina.
3. Você recebe o medicamento da vacina do Medicare Parte D em uma farmácia e o leva ao consultório médico para tomar a vacina.
 - Para a maioria das vacinas da Parte D para adultos, você não pagará nada pela vacina em si.
 - Para outras vacinas da Parte D, você não paga nada ou recebe uma coparticipação pela vacina.
 - Nosso plano cobre o custo da aplicação da vacina.



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Capítulo 7: Pedir-nos para pagar a nossa parte de uma fatura que recebeu por serviços ou medicamentos cobertos

Introdução

Este capítulo informa-o como e quando enviar uma fatura para solicitar o pagamento. Também explica como apresentar um recurso caso não concorde com uma decisão de cobertura. Os termos-chave e as suas definições aparecem por ordem alfabética no último capítulo do *Manual do Membro*.

Índice

A. Perguntando nós para pagar para seu serviços ou drogas	160
B. Enviando- nos um solicitar para pagamento	163
C. Cobertura decisões	163
D. Recursos	164



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

A. Pedir-nos para pagar pelos seus serviços ou medicamentos

Os nossos prestadores da rede devem cobrar o plano pelos serviços e medicamentos cobertos após a sua utilização. Um prestador da rede é um prestador que trabalha com o plano de saúde.

Não permitimos que os prestadores do Neighborhood INTEGRITY for Duals lhe cobrem por esses serviços. Pagamos aos nossos prestadores diretamente e protegemos o membro de quaisquer cobranças.

Se receber uma fatura com o custo total dos cuidados de saúde ou medicamentos, não pague a fatura e envie-a para nós. Para nos enviar uma fatura, consulte a Secção B.

- Se cobrarmos os serviços ou medicamentos, pagaremos diretamente ao prestador.
- Se cobrarmos os serviços ou medicamentos e já tiver pago mais do que a sua parte do custo, tem o direito de ser reembolsado.
 - Se pagou por serviços cobertos pelo Medicare, nós reembolsá-lo-emos.
 - Se pagou por serviços cobertos pelo Rhode Island Medicaid, não podemos reembolsá-lo, mas o prestador poderá fazê-lo. Os Serviços para Membros ou o seu gestor de cuidados podem ajudá-lo a entrar em contacto com o consultório do prestador. Consulte o número de telefone dos Serviços para Membros na parte inferior da página.
- Se não cobrirmos os serviços ou medicamentos, iremos informar o membro.

Ligue para os Serviços para Membros se tiver alguma dúvida. Se não sabe quanto deveria ter pago ou se recebeu uma fatura e não sabe o que fazer, nós podemos ajudar. Também pode ligar-nos se quiser fornecer informações sobre um pedido de pagamento que já nos enviou.

Exemplos de situações em que poderá precisar de nos pedir para o reembolsarmos ou pagarmos uma fatura que recebeu incluem:

1. Quando o membro recebe atendimento médico de emergência ou de urgência de um prestador fora da rede

Peça ao prestador para nos enviar a fatura.

- Se pagar o valor total quando receber os cuidados, peça-nos para o reembolsar. Envie-nos a fatura e o comprovativo de qualquer pagamento que tenha efetuado.
- Pode receber uma fatura do prestador solicitando um pagamento que considera não dever. Envie-nos a fatura e o comprovativo de qualquer pagamento que tenha efetuado.



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

- Se o prestador tiver de ser pago, pagaremos diretamente ao prestador.
- Se já pagou pelo serviço Medicare, nós reembolsaremos o valor.

2. Quando um prestador da rede lhe envia uma fatura

Os prestadores da rede devem sempre enviar-nos a fatura. É importante apresentar o seu Cartão de Identificação do Membro quando solicitar serviços ou receitas médicas. Mas, às vezes, eles cometem erros e pedem que o membro pague pelos seus serviços ou mais do que a sua parte dos custos. **Ligue para os Serviço para Membros** no número indicado na parte inferior desta página **se receber alguma fatura**.

- Como pagamos o custo total dos seus serviços, não terá de arcar com nenhum custo. Os prestadores não devem cobrar nada por esses serviços.
- Sempre que receber uma fatura de um prestador da rede, envie-nos a fatura. Entraremos em contacto diretamente com o prestador e trataremos do problema.
- Se já pagou uma conta de um prestador da rede por serviços cobertos pelo Medicare, envie-nos a fatura e o comprovativo de qualquer pagamento que tenha feito. Reembolsaremos os serviços cobertos.

3. Se estiver inscrito retroativamente no nosso plano

Às vezes, a sua inscrição no plano pode ser retroativa. (Isso significa que o primeiro dia da sua matrícula já passou. Pode até ter sido no ano passado.)

- Se foi inscrito retroativamente e pagou uma fatura após a data de inscrição, pode solicitar-nos o reembolso.
- Envie-nos a fatura e o comprovativo de qualquer pagamento que tenha efetuado.

4. Quando utiliza uma farmácia fora da rede para aviar uma receita médica

Se utilizar uma farmácia fora da rede, pagará o custo total da sua receita médica.

- Em apenas alguns casos, cobriremos receitas médicas aviadas em farmácias fora da rede. Envie-nos uma cópia do seu recibo quando nos solicitar o reembolso.
- Consulte o **Capítulo 5** deste *Manual do Membro* para saber mais sobre farmácias fora da rede.
- Não poderemos reembolsá-lo pela diferença entre o valor que pagou pelo



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

medicamento na farmácia fora da rede e o valor que pagaríamos numa farmácia dentro da rede.

5. Quando paga o custo total da receita médica do Medicare Parte D porque não tem o seu Cartão de Identificação do Membro consigo

Se não tiver o seu Cartão de Identificação de Membro consigo, pode pedir à farmácia para nos ligar ou consultar as informações de inscrição do seu plano.

- Se a farmácia não conseguir obter as informações corretas, poderá ter de arcar com o custo total da receita ou voltar à farmácia com o seu Cartão de Identificação de Membro.
- Envie-nos uma cópia do seu recibo quando nos solicitar o reembolso da nossa parte do custo.
- Podemos não reembolsar o custo total que pagou se o preço à vista que pagou for superior ao preço negociado por nós para a receita médica.

6. Quando paga o custo total da receita do Medicare Parte D por um medicamento que não está coberto

Poderá ter de pagar o custo total da receita médica, pois o medicamento não está coberto.

- O medicamento pode não constar da nossa *Lista de Medicamentos Cobertos (Lista de Medicamentos)* no nosso website, ou pode ter um requisito ou restrição que desconhece ou que considera não se aplicar ao seu caso. Se decidir adquirir o medicamento, poderá ter de pagar o custo total.
 - Se não pagar pelo medicamento, mas achar que devemos cobri-lo, pode solicitar uma decisão de cobertura (consulte o **Capítulo 9** deste *Manual do Membro*).
 - Se o membro e o seu médico ou outro profissional de saúde responsável pela receita médica considerarem que precisa do medicamento imediatamente (dentro de 24 horas), pode solicitar uma decisão rápida sobre a cobertura (consulte o **Capítulo 9** deste *Manual do Membro*).
- Envie-nos uma cópia do seu recibo quando nos solicitar o reembolso. Em alguns casos, poderemos precisar obter mais informações do seu médico ou outro prestador para o reembolsar pela nossa parte do custo do medicamento. Poderemos não o reembolsar pelo custo total que pagou se o preço que pagou for superior ao preço negociado por nós para a receita médica.

Quando nos envia um pedido de reembolso, analisamo-lo e decidimos se o serviço ou medicamento deve ser coberto. Isto é chamado de “decisão de cobertura”. Se decidirmos que o



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

serviço ou medicamento deve ser coberto, pagamos a nossa parte do custo.

Se recusarmos o seu pedido de pagamento, poderá recorrer da nossa decisão. Para aprender como para fazer um apelo, referir-se para **Capítulo 9** deste *Manual do Membro*.

B. Enviando- nos um solicitar para pagamento

Enviar nós seu conta e prova de qualquer pagamento você fez para os serviços do Medicare ou ligue para nós. Prova de pagamento pode ser um cópia de o cheque que você escreveu ou um recibo de o provedor. **É um bom ideia para fazer uma cópia do seu faturas e recibos para seus registros.** Você pode pedir ajuda ao seu gerente de cuidados.

Para fazer claro você dá nós todos o Informação nós precisar para decida, você pode preencher preencha nosso formulário de solicitação para solicitar o pagamento.

- Você não são obrigados a usar o forma, mas ajuda nós processo o Informação mais rápido.
- Você pode pegue o forma sobre nosso site (www.nhpri.org/INTEGRITYDuals), ou você pode ligar para o Atendimento ao Cliente e solicitar o formulário.

Correspondência seu solicitar para pagamento junto com qualquer contas ou recibos para este endereço:

Neighborhood Health Plan of Rhode Island

Atenção: Member Services
910 Douglas Pike
Smithfield, RI 02917

Papel D prescrição medicamento solicitar para pagamento

CVS Caremark®
PO BOX 52066
Phoenix, AZ 85072-2066

Você poderia também chamar nós para perguntar para pagamento. Por favor chamar Neighborhood INTEGRITY for Duals Ligue para 1-844-812-6896 e ligue para TTY 711, das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita.

C. Cobertura decisões



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Quando nós pegar seu solicitar para pagamento, nós fazer um cobertura decisão. Esse significa que Nós decidimos se o nosso plano cobre o seu serviço, item ou medicamento. Também decidimos o valor, se houver, que você deverá pagar.

- Bem deixar você saber se nós precisar mais Informação de você.
- Se decidirmos que nosso plano cobre o serviço, item ou medicamento e você seguiu todas as regras para obtê-lo isto, nós pagaremos a nossa parte do custo. Se você já pago para o serviço ou medicamento, bem Enviaremos um cheque pelo correio com a nossa parte do custo. Se você pagou o custo total de um medicamento, poderá não receber o reembolso do valor total pago (por exemplo, se você comprou um medicamento em uma farmácia fora da rede ou se o preço à vista for superior ao nosso preço negociado). Se você não tiver pago, pagaremos diretamente ao prestador.

Capítulo 3 deste *Manual do Membro* explica o regras para recebendo seu serviços abordado.

Capítulo 5 deste *Manual do Membro* explica as regras para cobrir seus medicamentos do Medicare Parte D.

- Se nós decidir não para pagar pela nossa parte do custo do serviço ou medicamento, nós enviaremos você um carta com os motivos. A carta também explica seus direitos de apelar.
- Para aprender mais sobre cobertura decisões, referir-se para **Capítulo 9**.

D. Apelações

Se você pensar nós feito um erro em virando abaixo seu solicitar para pagamento, você pode perguntar nós para mudar nossa decisão. Isso se chama "apresentar um recurso". Você também pode apresentar um recurso se não concordar com o valor que pagamos.

Os apelos formais processo tem detalhado procedimentos e prazos. Para para saber mais sobre recursos, consulte o **Capítulo 9** deste *Manual do Membro*.

- Para fazer um apelo sobre a obtenção pago voltar para um saúde cuidado serviço, referir-se para a **Seção F**.
- Para fazer um apelo sobre a obtenção pago voltar para um medicamento, referir-se para **Seção G**.



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Capítulo 8: Os seus direitos e responsabilidades

Introdução

Este capítulo inclui os seus direitos e responsabilidades como membro do nosso plano. Devemos respeitar os seus direitos. Os termos-chave e as suas definições aparecem por ordem alfabética no último capítulo do *Manual do Membro*.

Índice

A. Seu certo para pegar serviços e Informação em um caminho que encontra suas necessidades	166
B. Nosso responsabilidade para o seu oportuno acesso para serviços e medicamentos cobertos	168
C. Nosso responsabilidade para proteger seu pessoal saúde Informação (PHI)	169
C1. Como protegemos suas informações de saúde protegidas (PHI)	169
C2. Seu direito de consultar seus registros médicos	170
D. Nosso responsabilidade para dar você informação	170
E. Incapacidade dos provedores de rede de cobrar diretamente de você	171
F. Seu certo para deixar nosso plano	172
G. Seu certo para fazer decisões sobre seu saúde cuidado	172
G1. Seu direito de conhecer suas opções de tratamento e tomar decisões	172
G2. Seu direito de dizer o que você quer que aconteça se você não puder tomar decisões sobre cuidados de saúde por si mesmo	173
G3. O que fazer se suas instruções não forem seguidas	174
H. Seu certo para fazer reclamações e perguntar nós para reconsiderar nossas decisões	174
H1. O que fazer em caso de tratamento injusto ou para obter mais informações sobre seus direitos	175
Eu. Seu responsabilidades como um membro do plano	175



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

A. O seu direito de obter serviços e informações de uma forma que satisfaça as suas necessidades

Devemos garantir que todos os serviços, clínicos e não clínicos, sejam prestados de forma culturalmente competente e acessível, incluindo para pessoas com proficiência limitada em inglês, habilidades de leitura limitadas, incapacidade auditiva ou pessoas com origens culturais e étnicas diversas. Também devemos informá-lo sobre os benefícios do nosso plano e os seus direitos de uma forma que possa compreender. Devemos informá-lo sobre os seus direitos a cada ano em que estiver no nosso plano.

- Para obter informações de uma forma que possa compreender, ligue para os Serviços para Membros. O nosso plano oferece serviços de interpretação gratuitos para responder a perguntas em diferentes idiomas.
- O nosso plano também pode fornecer materiais em outros idiomas além do inglês, incluindo espanhol e português, e em formatos como letras grandes, braille ou áudio. Para obter materiais em um desses formatos alternativos, ligue para os Serviços para Membros ou escreva para Neighborhood Health Plan of Rhode Island, 910 Douglas Pike, Smithfield, RI 02917.
- Pode solicitar este documento e materiais futuros no seu idioma preferido e/ou formato alternativo ligando para os Serviços para Membros. Isso é chamado de

”pedido permanente”. Os Serviço para Membros documentará o seu pedido permanente no seu registo de membro para que possa receber materiais agora e no futuro no seu idioma e/ou formato preferido. Pode alterar ou excluir o seu pedido permanente a qualquer momento ligando para os Serviço para Membros.

- Se tiver dificuldade em obter informações sobre o nosso plano devido a problemas de idioma ou deficiência e quiser apresentar uma reclamação, ligue para:
 - Medicare: 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Os utilizadores de TTY devem ligar para o número 1-877-486-2048.
 - Rhode Island Medicaid pelo telefone 1-855-697-4347 (TTY 711). Também pode dirigir-se ao escritório local do Departamento de Serviços Humanos para obter assistência pessoalmente. Ligue para 1-855-697-4347 (TTY 711) para encontrar o escritório do DHS mais próximo de si.
 - Gabinete para os Direitos Civis através do número 1-800-368-1019. Os utilizadores de TTY devem ligar para o número 1-800-537-7697.

We must ensure **all** services, both clinical and non-clinical are provided to you in a culturally competent and accessible manner including for those with limited English proficiency, limited reading skills, hearing incapacity, or those with diverse cultural and ethnic backgrounds. We must



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

also tell you about our plan's benefits and your rights in a way that you can understand. We must tell you about your rights each year that you're in our plan.

- To get information in a way that you can understand, call Member Services. Our plan has free interpreter services available to answer questions in different languages.
- Our plan can also give you materials in languages other than English including Spanish and Portuguese and in formats such as large print, braille, or audio. To get materials in one of these alternative formats, please call Member Services or write to Neighborhood Health Plan of Rhode Island, 910 Douglas Pike, Smithfield, RI 02917.
 - You can ask to get this document and future materials in your preferred language and/or alternate format by calling Member Services. This is called a “standing request”. Member Services will document your standing request in your member record so that you can receive materials now and in the future in your preferred language and/or format. You can change or delete your standing request at any time by calling Member Services.

If you have trouble getting information from our plan because of language problems or a disability and you want to file a complaint, call:

- Medicare at 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). TTY users should call 1-877-486-2048.
- Rhode Island Medicaid at 1-855-697-4347 (TTY 711). You may also go to your local Department of Human Services office for in-person assistance. Call 1-855-697-4347 (TTY 711) to find the nearest DHS office to you.
- Office for Civil Rights at 1-800-368-1019. TTY users should call 1-800-537-7697.

Debemos garantizar que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se le brinden de manera culturalmente competente y accesible, incluso para personas con dominio limitado del inglés, habilidades de lectura limitadas, discapacidad auditiva o con diversos orígenes culturales y étnicos. También debemos informarle sobre los beneficios de nuestro plan y sus derechos de forma que pueda comprenderlos. Debemos informarle sobre sus derechos cada año que participe en INTEGRITY for Duals.

- Para obtener información comprensible, llame a Servicios para Miembros. Nuestro plan cuenta con servicios de interpretación gratuitos para responder preguntas en diferentes idiomas.
- Nuestro plan también puede proporcionarle materiales en otros idiomas, como español y portugués, y en formatos como letra grande, braille o audio. Para obtener materiales en uno de estos formatos alternativos, llame a Servicios para Miembros o escriba a Neighborhood



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Health Plan of Rhode Island, 910 Douglas Pike, Smithfield, RI 02917.

- Puede solicitar este documento y materiales futuros en su idioma o formato preferido llamando a Atención al Miembro. Esto se denomina "solicitud permanente". Atención al Miembro documentará su solicitud permanente en su expediente para que pueda recibir los materiales, ahora y en el futuro, en su idioma o formato preferido. Puede modificar o eliminar su solicitud permanente en cualquier momento llamando a Atención al Miembro.
- Si tiene problemas para obtener información de nuestro plan debido a problemas de idioma o una discapacidad y desea presentar una queja, llame al:
 - Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
 - Medicaid de Rhode Island al 1-855-697-4347 (TTY 711). También puede acudir a su oficina local del Departamento de Servicios Humanos para obtener asistencia en persona. Llame al 1-855-697-4347 (TTY 711) para encontrar la oficina del DHS más cercana.
 - Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697.

B. A nossa responsabilidade pelo seu acesso atempado aos serviços e medicamentos cobertos

Como membro do nosso plano, tem direitos.

- Tem o direito de escolher um prestador de cuidados primários (primary care provider, PCP) na nossa rede. Um prestador da rede é um prestador que trabalha conosco. Pode encontrar mais informações sobre os tipos de prestadores que podem atuar como PCP e como escolher um PCP no **Capítulo 3** deste *Manual do Membro*.
 - Ligue para os Serviços para Membros ou acesse ao *Diretório de Prestadores e Farmácias* para saber mais sobre os prestadores da rede e quais médicos estão a aceitar novos pacientes.
- **Não** exigimos que obtenha encaminhamentos.
- Tem o direito de obter serviços cobertos por prestadores da rede dentro de um prazo razoável.
 - Isso inclui o direito de obter serviços oportunos de especialistas.



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

- Se não conseguir obter os serviços dentro de um prazo razoável, teremos de pagar pelos cuidados fora da rede.
- Tem o direito de obter serviços de emergência ou cuidados urgentes sem aprovação prévia (prior approval, PA).
- Tem o direito de aviar as suas receitas em qualquer uma das farmácias da nossa rede sem longas demoras.
- Tem o direito de saber quando pode recorrer a um prestador fora da rede. Para saber mais sobre prestadores fora da rede, consulte o **Capítulo 3** deste *Manual do Membro*.

O **Capítulo 9** deste *Manual do Membro* explica o que pode fazer se achar que não está a receber os seus serviços ou medicamentos dentro de um prazo razoável. Também informa o que pode fazer se recusarmos a cobertura dos seus serviços ou medicamentos e não concordar com a nossa decisão.

C. A nossa responsabilidade de proteger as suas informações pessoais de saúde (personal health information, PHI)

Protegemos as suas PHI conforme exigido pelas leis federais e estaduais.

As suas PHI incluem as informações pessoais que nos forneceu quando se inscreveu no nosso plano. Também incluem os seus registos médicos e outras informações médicas e de saúde.

Tem direitos no que diz respeito às suas informações e ao controlo da forma como as suas PHI são utilizadas. Enviamos-lhe um aviso por escrito que o informa sobre esses direitos e explica como protegemos a privacidade das suas PHI. O aviso é denominado “Aviso de Práticas de Privacidade.”

C1. Como protegemos as suas PHI

Garantimos que nenhuma pessoa não autorizada veja ou altere os seus registos.

Exceto nos casos indicados abaixo, não fornecemos as suas PHI a ninguém que não esteja a prestar cuidados de saúde ou a pagar pelos seus cuidados. Se o fizermos, precisamos primeiro da sua autorização por escrito. O membro, ou alguém legalmente autorizado a tomar decisões por si, pode dar essa autorização por escrito.

Por vezes, não precisamos de obter primeiro a sua autorização por escrito. Estas exceções são permitidas ou exigidas por lei.



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

- Temos de divulgar as PHI a agências governamentais que verificam a qualidade dos cuidados do nosso plano.
- Temos de divulgar as PHI por ordem judicial.
- Temos de fornecer ao Medicare as suas PHI, incluindo informações sobre os seus medicamentos do Medicare Parte D. Se o Medicare divulgar as suas PHI para investigação ou outros fins, fá-lo-á de acordo com as leis federais.
- Somos obrigados a comunicar informações médicas anónimas sobre a utilização e os custos dos cuidados de saúde dos membros à Base de Dados de Reclamações de todos os Pagadores de Rhode Island (All-Payer Claims Database, APCD), HealthFacts RI. Informações pessoais, tais como o seu nome, número de segurança social, morada, data de nascimento e número de identificação de membro do Neighborhood INTEGRITY for Duals, nunca são comunicadas. Se optar

por não incluir as suas informações, pode cancelar a sua inscrição visitando o website www.riapcd-optout.com. Se desejar cancelar a sua inscrição por telefone, ligue para a Linha de Apoio ao Consumidor de Seguros de Saúde de RI (RI Health Insurance Consumer Support Line, RI-REACH) através do número 1-855-747-3224.

C2. O seu direito de consultar os seus registos médicos

- Tem o direito de consultar os seus registos médicos e obter uma cópia dos mesmos.
- Tem o direito de nos solicitar a atualização ou correção dos seus registos médicos. Se nos solicitar isso, trabalharemos com o seu prestador de cuidados de saúde para decidir se as alterações devem ser feitas.
- Tem o direito de saber se e como partilhamos as suas PHI com terceiros para quaisquer fins que não sejam rotineiros.

Se tiver dúvidas ou preocupações sobre a privacidade das suas PHI, ligue para os Serviços para Membros.

D. Nosso responsabilidade para dar você Informação

Como membro do nosso plano, você tem o direito para obter informações sobre nosso plano, nossos provedores de rede e seus serviços cobertos.

Se você não fala inglês, temos serviços de intérprete para responder às suas perguntas sobre o



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

nosso plano. Para contratar um intérprete, ligue para o Atendimento ao Cliente. Este é um serviço gratuito. Nosso plano pode também dar você materiais em Espanhol e português. Nós pode também dar você informações em letras grandes, braille ou áudio.

Se você quiser Informação sobre qualquer de o seguindo, chamar Membro Serviços:

- Como escolher ou alterar planos
- Nosso plano, incluindo:
 - financeiro Informação
 - como os membros do plano nos avaliaram
 - o número de apelações feito por membros
 - como para deixar nosso plano
- Nosso rede provedores e nosso rede farmácias, incluindo:
 - como para escolher ou mudar primário cuidado provedores
 - qualificações de nosso rede provedores e farmácias
 - como nós pagar provedores em nosso rede
- Abordado serviços e drogas, incluindo:
 - serviços (consulte **os Capítulos 3 e 4** deste *Manual do Membro*) e medicamentos (consulte **os Capítulos 5 e 6** deste *Manual do Membro*) abordado por nosso plano
 - limites para seu cobertura e drogas
 - regras você deve seguir para pegar abordado serviços e drogas
- Por que algo não é abordado e o que você pode fazer sobre isto (consulte para **Capítulo 9** deste *Manual do Membro*), incluindo nos pedir para:
 - colocar em escrita por que algo não é abordado
 - mudar um decisão nós fizemos
 - pagar para um conta você pegou

E. Incapacidade dos provedores de rede de cobrar diretamente de você



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Médicos, hospitais e outros prestadores de serviços da nossa rede não podem cobrar por serviços cobertos. Eles também não podem cobrar de você se pagarmos menos do que o valor cobrado pelo prestador. Para saber o que fazer se um prestador de serviços tentar cobrar por serviços cobertos, consulte o **Capítulo 7** deste *Manual do Membro*.

F. Seu certo para deixar nosso plano

Não um pode fazer você ficar em nosso plano se você não quiser para.

- Você tem o certo para pegar a maioria de seu saúde cuidado serviços através Original Medicare ou outro plano Medicare Advantage (MA).
- Você pode pegar seu Medicare Papel D medicamento benefícios de um plano de medicamentos ou de outro plano MA.
- Referir para **Capítulo 10** deste *Manual do Membro*
 - Para obter mais informações sobre quando você pode aderir a um novo plano de benefícios de MA ou medicamentos.
 - Para obter informações sobre como você receberá seus benefícios do Medicaid de Rhode Island se sair do nosso plano.

G. Seu certo para fazer decisões sobre seu saúde cuidado

Você tem o direito de receber informações completas de seus médicos e outros profissionais de saúde para ajudá-lo a tomar decisões sobre seus cuidados de saúde.

G1. Seu direito de conhecer suas opções de tratamento e tomar decisões

Seus provedores deve explicar seu doença e seu opções de tratamento em um caminho que você pode entender. Você tem o direito de:

- **Conheça o seu escolhas.** Você tem o certo para ser contado sobre todas as opções de tratamento.
- **Conheça os riscos.** Você tem o direito ser informado sobre quaisquer riscos envolvidos. Devemos informá-lo com antecedência se algum serviço ou tratamento fizer parte de um experimento de pesquisa. Você tem o direito de recusar tratamentos experimentais.



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

- **Pegar um segundo opinião.** Você tem o certo para usar outro doutor antes decidindo em tratamento.
- **Dizer não.** Você tem o certo para recusar qualquer tratamento. Esse inclui o certo para deixar um hospital ou outra unidade médica, mesmo que seu médico recomende o contrário. Você tem o direito de parar de tomar um medicamento prescrito. Se você recusar o tratamento ou parar de tomar um medicamento prescrito, não o excluiremos do nosso plano. No entanto, se você recusar o tratamento ou parar de tomar um medicamento, você assume total responsabilidade pelo que acontecer com você.
- **Peça-nos para explicar por que um prestador de serviços negou atendimento.** Você tem o direito de obter uma explicação. de nós se um provedor negado cuidado que você pensar você deve pegar.
- **nos para cobrir um serviço ou medicamento que negamos ou que normalmente não cobrimos.** é chamado um cobertura decisão. **Capítulo 9** deste *Manual do Membro* informa como nos solicitar uma decisão de cobertura.

G2. Seu direito de dizer o que você quer que aconteça se você não puder tomar decisões sobre cuidados de saúde por si mesmo

Às vezes pessoas são impossível para fazer assistência médica decisões para eles mesmos. Antes que acontece para você, você pode:

- Preencher fora um escrito forma **dando alguém o certo para fazer saúde cuidado decisões para você** se você alguma vez se tornar incapaz de tomar decisões por si mesmo .
- **Dê aos seus médicos instruções por escrito** sobre como lidar com seus cuidados de saúde caso você não consiga tomar decisões por si mesmo, incluindo cuidados que não **deseja** .

O jurídico documento você usar para dar seu instruções é chamado um “ avanço diretiva.” Lá Existem diferentes tipos de diretivas antecipadas e diferentes nomes para elas. Exemplos são o testamento vital e a procuração para cuidados de saúde.

Você não é obrigado a ter uma diretiva antecipada, mas pode. Veja o que fazer se quiser usar uma diretiva antecipada:

- **Obtenha o formulário.** Você pode obtê-lo com seu médico, um advogado, um assistente social, ou algumas lojas de materiais de escritório. Farmácias e consultórios médicos



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals .

costumam ter os formulários. Você pode encontrar um formulário gratuito online e baixá-lo.

- **Preencher preencha o formulário e assine-o.** O forma é um jurídico documento. Considere pedir ajuda a um advogado ou a alguém de sua confiança, como um familiar ou seu médico de atenção primária, para preenchê-lo.
- **Entregue cópias do formulário a quem precisar saber.** Entregue uma cópia ao seu médico. Você também deve entregar uma cópia à pessoa que você nomear para tomar decisões por você, caso não possa. Você pode dar cópias a amigos próximos ou familiares. Guarde uma cópia em casa.
- Se você é ser hospitalizado e você tem um assinado avançar diretiva, **tomar uma cópia para o hospital** .
 - O hospital vai perguntar se você tem um assinado avançar diretiva forma e se você tem com você.
 - Se você não tiver um formulário de diretiva antecipada assinado, o hospital tem formulários e perguntará se você deseja assinar um.

Você tem o direito de:

- Coloque sua diretiva antecipada em seu prontuário médico.
- Altere ou cancele sua diretiva antecipada a qualquer momento.

Por lei, ninguém pode negar-lhe cuidados ou discriminá-lo com base na sua assinatura ou não de uma diretiva antecipada. Ligue para o Serviço de Atendimento ao Cliente para obter mais informações.

G3. O que fazer se suas instruções não forem seguidas

Se você assinou uma diretiva antecipada e acha que um médico ou hospital não seguiu as instruções nela contidas, você pode fazer uma reclamação ao Departamento de Saúde de Rhode Island ligando para 1-401-222-5960 (TTY 711) ou pelo correio em:

Department of Health
3 Capitol Hill
Providence, RI 02908

H. Seu certo para fazer reclamações e perguntar nós para reconsiderar nossas decisões



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

O **Capítulo 9** deste *Manual do Membro* informa o que você pode fazer caso tenha algum problema ou preocupação com os serviços ou cuidados cobertos. Por exemplo, você pode nos solicitar uma decisão sobre cobertura, entrar com um recurso para alterar uma decisão sobre cobertura ou fazer uma reclamação.

Você tem o direito de obter informações sobre recursos e reclamações que outros membros do plano tenham apresentado contra nós. Ligue para o Serviço de Atendimento ao Associado para obter essas informações.

H1. O que fazer em caso de tratamento injusto ou obter mais informações sobre seus direitos

Se você acha que o tratamos injustamente — e **não se** trata de discriminação pelos motivos listados no **Capítulo 11** deste *Manual do Membro* — ou se quiser mais informações sobre seus direitos, ligue para:

- Membro Serviços.
- O Programa Estadual de Assistência ao Seguro Saúde (SHIP) é oferecido pelo Escritório de Envelhecimento Saudável pelo telefone 1-888-884-8721. Para mais detalhes sobre o SHIP, consulte o **Capítulo 2**.

Medicare em 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), usuários de TTY devem ligar para 1-877-486-2048. (Você também pode ler ou baixar “Direitos e Proteções do Medicare”, encontrado no site do Medicare em <https://www.medicare.gov/publications/11534-medicare-direitos-e-proteções.pdf>.)

I. Seu responsabilidades como um membro do plano

Como um membro do plano, você tem um responsabilidade para fazer o coisas que são listado abaixo. Caso tenha alguma dúvida, ligue para o Atendimento ao Cliente.

- **Ler esse *Membro Manual*** para aprender o que nosso plano capas e o regras a seguir para obter serviços e medicamentos cobertos. Para obter detalhes sobre:
 - Serviços abrangidos, consulte **os Capítulos 3 e 4** deste *Manual do Membro*. Esses capítulos informam o que é abordado, o que não é abordado, o que regras você precisar para seguir, e o que você pagar.
 - Abordado drogas, referir-se para **Capítulos 5 e 6** deste *Manual do Membro*.
- **Conte-nos sobre qualquer outra cobertura de saúde ou medicamentos** que você tenha. Devemos fazer claro você usar todos de seu cobertura opções quando você pegar



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

assistência médica. Ligue para o Serviço de Atendimento ao Cliente se você tiver outra cobertura.

- **Dizer seu doutor e outro saúde cuidado provedores** que você é membro do nosso plano. Apresente seu Cartão de Identificação de Membro ao receber serviços ou medicamentos.
- **Ajuda seu médicos e outro saúde cuidado provedores** dar você o melhor cuidado .
 - Dar eles Informação eles precisar sobre você e seu saúde. Aprender como o máximo que puder sobre seus problemas de saúde. Siga os planos de tratamento e as instruções acordados entre você e seus médicos.
 - Fazer claro seu médicos e outro provedores saber sobre todos o drogas que você toma. Isso inclui medicamentos prescritos, medicamentos de venda livre, vitaminas e suplementos.
 - Pergunte qualquer dúvida que você tiver. Seu médicos e outro provedores deve explicar coisas em um caminho você pode entender. Se você perguntar um pergunta e você não entendeu a resposta, pergunte novamente.
- **Ser atencioso.** Nós esperar todos membros do plano para respeito o direitos de outros. Também esperamos que você aja com respeito no consultório médico, em hospitais e em outros consultórios médicos.
- **Pagar o que você dever.** Como um plano membro, você é responsável para esses pagamentos:
 - Prêmios do Medicare Parte A e Medicare Parte B. Para a maioria dos Neighborhood INTEGRITY for Duals membros, Medicaid paga para sua Parte do Medicare UM prêmio e para seu Medicare Prêmio da Parte B.
 - Para alguns dos medicamentos cobertos pelo nosso plano, você deverá pagar a sua parte do custo ao recebê-los. Este será um valor de copagamento. **O Capítulo 6** informa o que você deve pagar pelos seus medicamentos.
 - **Se você receber quaisquer serviços ou medicamentos que não sejam cobertos pelo nosso plano, você deverá pagar o custo integral.** (**Observação:** se você discordar da nossa decisão de não cobrir um serviço ou medicamento, você pode apelar. Consulte o **Capítulo 9** para saber como fazer uma apelação.)
- **Dizer nós se você mover.** Se você planeja mover, dizer nós imediatamente. Ligue para o Serviço de Atendimento ao Cliente.
 - **Se você se mudar para fora de nossa área de serviço, você não pode ficar em**



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações,** visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

nosso plano. Somente pessoas Quem ao vivo em nosso serviço área pode sejam membros deste plano. **Capítulo 1** deste *Manual do Membro* fala sobre nossa área de atuação.

- Podemos ajudá-lo a descobrir se você está se mudando para fora da nossa área de cobertura. Durante um especial inscrição período, você pode trocar para Original Medicare ou Inscreva-se em um plano de saúde ou de medicamentos Medicare em sua nova localidade. Podemos informar se temos um plano na sua nova região.
 - Informe o Medicare e Rhode Island Medicaid seu novo endereço quando você se mudar. Consulte o **Capítulo 2** deste *Manual do Membro* para obter os números de telefone do Medicare e do Medicaid de Rhode Island.
 - **Se você mover e ficar em nosso serviço área, nós ainda precisar para sabe.** Nós precisar para mantenha seu registro de membro atualizado e saiba como entrar em contato com você.
 - **Se você se mudar, informe a Previdência Social (ou o Conselho de Aposentadoria Ferroviária).**
- **Chamar Membro Serviços para ajuda se você tem questões ou preocupações.**



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações,** visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Capítulo 9: O que fazer se tiver um problema ou reclamação (decisões de cobertura, recursos, reclamações)

Introdução

Este capítulo contém informações sobre os seus direitos. Leia este capítulo para descobrir o que fazer se:

- Tem um problema ou reclamação sobre o seu plano.
- Precisa de um serviço, item ou medicamento que o seu plano disse que não pagaria.
- Discorda de uma decisão que o seu plano tomou sobre os seus cuidados.
- Acha que os seus serviços cobertos estão a terminar muito cedo.

Este capítulo está dividido em diferentes secções para o ajudar a encontrar facilmente o que procura. **Se tiver um problema ou preocupação, leia as partes deste capítulo que se aplicam à sua situação.**

Índice

A. O que fazer se você tiver um problema ou preocupação	181
A1. Sobre os termos legais	181
B. Onde obter ajuda	181
B1. Para mais informações e ajuda	181
C. Compreendendo as reclamações e recursos do Medicare e do Medicaid de Rhode Island em nosso plano	182
D. Problemas com seus benefícios	183
E. Decisões de cobertura e recursos	183
E1. Decisões de cobertura	183
E2. Recursos	184
E3. Auxílio com decisões de cobertura e recursos	184
E4. Qual seção deste capítulo pode ajudá-lo	185
F. Médico cuidado	186



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

F1. Usando esta seção	186
F2. Solicitação de decisão de cobertura	187
F3. Apresentando um Recurso de Nível 1	189
F4. Apresentando um Recurso de Nível 2	193
F5. Problemas de pagamento	198
G. Parte Medicare D drogas	199
G1. Decisões e recursos sobre a cobertura do Medicare Parte D	199
G2. Exceções do Medicare Parte D	201
G3. Coisas importantes a saber sobre como solicitar uma exceção	202
G4. Solicitação de decisão de cobertura, incluindo uma exceção	203
G5. Apresentando um Recurso de Nível 1	205
G6. Apresentando um Recurso de Nível 2	207
H. Pedindo-nos para cobrir uma estadia hospitalar mais longa	209
H1. Aprendendo sobre seus direitos no Medicare	210
H2. Apresentando um Recurso de Nível 1	211
H3. Apresentando um Recurso de Nível 2	212
I. Pedindo-nos para continuar a cobrir certos serviços médicos	213
I1. Aviso prévio antes do término da sua cobertura	214
I2. Apresentando um Recurso de Nível 1	214
I3. Apresentando um Recurso de Nível 2	216
J. Levando seu recurso além do Nível 2	217
J1. Próximos passos para serviços e itens do Medicare	217
J2. Recursos adicionais do Medicaid de Rhode Island	218
J3. Níveis de apelação 3, 4 e 5 para solicitações de medicamentos do Medicare Parte D	218
K. Como fazer uma reclamação	220



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpr.org/INTEGRITYDuals.

K1. Que tipos de problemas devem ser reclamados	220
K2. Reclamações internas	222
K3. Reclamações externas	223



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpr.org/INTEGRITYDuals.

A. O que fazer se tiver algum problema ou preocupação

Este capítulo explica como lidar com problemas e preocupações. O processo que utiliza depende do tipo de problema que tem. Utilize um processo para **decisões de cobertura e recursos** e outro para **apresentação de reclamações** (também chamadas de queixas).

Para garantir justiça e rapidez, cada processo tem um conjunto de regras, procedimentos e prazos que nós e o membro devemos seguir.

A1. Sobre os termos jurídicos

Este capítulo contém termos jurídicos relativos a algumas regras e prazos. Muitos destes termos podem ser difíceis de entender, por isso, sempre que possível, utilizamos palavras mais simples em vez de certos termos jurídicos. Utilizamos o menos possível as abreviaturas.

Por exemplo, dizemos:

- “Apresentar uma reclamação” em vez de “apresentar uma queixa”
- “Decisão de cobertura” em vez de “determinação da organização”, “determinação do benefício”, “determinação do risco”, ou “determinação da cobertura”
- “Decisão rápida sobre a cobertura” em vez de “determinação acelerada”
- “Organização de Revisão Independente” (Independent Review Organization, IRO) em vez de “Entidade de Revisão Independente” (Independent Review Entity, IRE)

Conhecer os termos jurídicos adequados pode ajudá-lo a comunicar de forma mais clara, pelo que também os fornecemos.

B. Onde obter ajuda

B1. Para mais informações e ajuda

Às vezes, pode ser confuso iniciar ou seguir o processo para lidar com um problema. Isso pode ser especialmente verdade se não se sentir bem ou tiver energia limitada. Outras vezes, pode não ter as informações necessárias para dar o próximo passo.

Ajuda do Programa Estadual de Assistência ao Seguro Saúde

Pode ligar para o Programa Estadual de Assistência ao Seguro Saúde (State Health Insurance Assistance Program, SHIP). Os conselheiros do SHIP podem responder às suas perguntas e ajudá-lo a entender o que fazer em relação ao seu problema. O SHIP não está ligado a nós nem a qualquer companhia de seguros ou plano de saúde. O SHIP tem conselheiros treinados em



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

todos os condados, e os serviços são gratuitos. O número de telefone do SHIP é 1-888-884-8721 (TTY 1-401-462-0740).

Ajuda e informações do Medicare

Para obter mais informações e ajuda, pode entrar em contacto com o Medicare. Aqui estão duas maneiras de obter ajuda do Medicare:

- Ligue para 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Os utilizadores de Telefone de texto devem ligar para: 1-877-486-2048.
- Visite o website do Medicare (www.medicare.gov).

Ajuda e informações do Rhode Island Medicaid

Para mais informações e ajuda, entre em contato com o Rhode Island Medicaid. Contacte a Linha de Informações do Departamento de Serviços Humanos de Rhode Island (Rhode Island Department of Human Service, DHS) pelo número 1-855-697-4347 (TTY 711) para obter ajuda com o Medicaid e os Longo prazo Serviços e Suportes (Long-Term Services and Supports, LTSS) do DHS pelo número 1-401-574-9915 para obter ajuda com o Medicaid LTSS.

Ajuda da Organização de Melhoria da Qualidade (Quality Improvement Organization, QIO) de Rhode Island

Rhode Island tem uma organização chamada Acentra Health. A organização é um grupo de médicos e outros profissionais de saúde que ajudam a melhorar a qualidade dos cuidados prestados às pessoas com Medicare. A Acentra Health não está ligada ao Neighborhood INTEGRITY for Duals. Ligue para 1-888-319-8452, das 9:00 a.m. às 5:00 p.m., de segunda a sexta-feira; das 10:00 a.m. às 4:00 p.m. aos sábados, domingos e feriados. A caixa postal está disponível 24 horas por dia. Os utilizadores de TTY devem ligar para o número 711. Ou visite o website da Acentra Health em www.acentraqio.com/.

C. Compreender as reclamações e recursos do Medicare e do Rhode Island Medicaid no nosso plano

Tem o Medicare e o Rhode Island Medicaid. As informações contidas neste capítulo aplicam-se a **todos** os seus benefícios do Medicare e do Rhode Island Medicaid. Isto é por vezes chamado de “processo integrado”, porque combina, ou integra, os processos do Medicare e do Rhode Island Medicaid.

Por vezes, os processos do Medicare e do Rhode Island Medicaid não podem ser combinados. Nessas situações, utiliza um processo para um benefício do Medicare e outro processo para um benefício do Rhode Island Medicaid. A **Secção F4** explica estas situações.



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpr.org/INTEGRITYDuals.

D. Problemas com os seus benefícios

Se tiver algum problema ou preocupação, leia as partes deste capítulo que se aplicam à sua situação. A tabela a seguir ajuda a encontrar a seção correta deste capítulo para problemas ou reclamações.

O seu problema ou preocupação é sobre os seus benefícios ou cobertura?	
Isso inclui problemas sobre se determinados cuidados médicos (itens médicos, serviços e/ou medicamentos da Parte B) são cobertos ou não, a forma como são cobertos e problemas relacionados ao pagamento de cuidados médicos.	
Sim. O meu problema é sobre benefícios ou cobertura. Consulte a Secção E , “Decisões de cobertura e recursos”.	Não. O meu problema não é sobre benefícios ou cobertura. Consulte a Secção K , “Como apresentar uma reclamação”.

E. Decisões de cobertura e recursos

O processo para solicitar uma decisão de cobertura e interpor um recurso trata de problemas relacionados com os seus benefícios e cobertura para os seus cuidados médicos (serviços, itens e medicamentos da Parte B, incluindo pagamento). Para simplificar, geralmente referimo-nos a itens médicos, serviços e medicamentos da Parte B como **cuidados médicos**.

E1. Decisões de cobertura

Uma decisão de cobertura é uma decisão que tomamos sobre os seus benefícios e cobertura ou sobre o valor que pagamos pelos seus serviços médicos ou medicamentos. Por exemplo, se o seu prestador da rede do plano o encaminhar para um especialista médico fora da rede, esse encaminhamento é considerado uma decisão favorável, a menos que o seu prestador da rede possa comprovar que recebeu um aviso de recusa padrão para esse especialista médico ou que o serviço encaminhado nunca é coberto em nenhuma circunstância (consulte o **Capítulo 4, Secção H** deste *Manual do Membro*).

O membro ou o seu médico também podem entrar em contacto connosco e solicitar uma decisão de cobertura. O membro ou o seu médico podem não ter a certeza se cobrimos um serviço médico específico ou se podemos recusar-nos a prestar os cuidados médicos que considera necessários. **Se quiser saber se cobrimos um serviço médico antes de o obter, pode solicitar-nos que tomemos uma decisão de cobertura por si.**

Tomamos uma decisão de cobertura sempre que decidimos o que está coberto para si e quanto pagamos. Em alguns casos, podemos decidir que um serviço ou medicamento não está coberto ou



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpr.org/INTEGRITYDuals.

não está mais coberto para si pelo Medicare ou Rhode Island Medicaid. Se discordar dessa decisão de cobertura, pode apresentar um recurso.

E2. Recursos

Se tomarmos uma decisão de cobertura e você não estiver satisfeito com ela, você pode "recorrer" da decisão. Uma apelação é uma forma formal de nos pedir para revisar e alterar uma decisão de cobertura que tomamos.

Quando você recorre de uma decisão pela primeira vez, isso é chamado de Recurso de Nível 1. Nesse recurso, revisamos a decisão de cobertura que tomamos para verificar se seguimos todas as regras corretamente. Revisores diferentes daqueles que tomaram a decisão desfavorável original lidam com o seu recurso.

Quando concluímos a revisão, damos você nossa decisão. Em determinadas circunstâncias, explicadas mais adiante neste capítulo, você pode solicitar uma decisão de cobertura expedita ou "rápida" ou um "recurso rápido" de uma decisão de cobertura.

Se dissermos "**Não**" a parte ou à totalidade do que você solicitou, enviaremos uma carta. Se o seu problema for sobre a cobertura de um plano de saúde do Medicare, a carta informará que encaminhamos seu caso à Organização de Revisão Independente (IRO) para um Recurso de Nível 2. Se o seu problema for sobre a cobertura de um serviço ou item do Medicare Parte D ou Medicaid, a carta informará como entrar com um Recurso de Nível 2. Consulte a **Seção F4** para obter mais informações sobre Recursos de Nível 2. Se o seu problema for sobre a cobertura de um serviço ou item coberto pelo Medicare e pelo Medicaid, a carta fornecerá informações sobre ambos os tipos de Recursos de Nível 2.

Se você não estiver satisfeito com a decisão do Recurso de Nível 2, poderá recorrer a níveis adicionais de recurso.

E3. Auxílio com decisões de cobertura e recursos

Você pode pedir ajuda a qualquer um dos seguintes:

- **Serviços para associados** nos números na parte inferior da página.
- **Programa Estadual de Assistência ao Seguro Saúde (SHIP)** em 1-888-884-8721 (TTY 711)
- Ligue para o **The POINT** para obter ajuda gratuita. O The POINT é uma organização independente. Não está vinculado a este plano. O número de telefone é 1-401-462-4444 (TTY 711).
- **Seu médico ou outro profissional de saúde** . Seu médico ou outro profissional de saúde pode solicitar uma decisão de cobertura ou apelar em seu nome.
- **Um amigo ou familiar** . Você pode nomear outra pessoa para agir em seu nome como seu "representante" e solicitar uma decisão de cobertura ou fazer um recurso.



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals .

- **Um advogado** . Você tem direito a um advogado, mas **não é obrigado a ter um advogado** para solicitar uma decisão de cobertura ou fazer um recurso.
 - Ligue para o seu próprio advogado ou peça o nome de um advogado na Ordem dos Advogados local ou em outro serviço de referência. Alguns grupos jurídicos oferecem serviços jurídicos gratuitos, caso você se qualifique.

Preencha o formulário de Nomeação de Representante se desejar que um advogado ou outra pessoa atue como seu representante. O formulário autoriza alguém a agir em seu nome.

Ligue para o Serviço de Atendimento ao Membro pelos números na parte inferior da página e solicite o formulário de “Nomeação de Representante”. Você também pode obtê-lo acessando www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf ou em nosso site em www.nhpri.org/INTEGRITYDuals . **Você deve nos fornecer uma cópia do formulário assinado.**

E4. Qual seção deste capítulo pode ajudá-lo

Há quatro situações que envolvem decisões de cobertura e recursos. Cada situação tem regras e prazos diferentes. Forneceremos detalhes sobre cada uma delas em uma seção separada deste capítulo. Consulte a seção aplicável:

- **Seção F** , “Assistência médica” . Por exemplo, use esta seção se:
 - Você não está recebendo o atendimento médico que deseja e acredita que nosso plano cobre esse atendimento.
 - Não aprovamos o atendimento médico que seu provedor deseja lhe oferecer, e você acredita que esse atendimento deve ser coberto.
 - Você recebeu assistência médica que acha que deveria ser coberta, mas não estamos pagando por essa assistência.
 - Disseram a você que a cobertura dos cuidados médicos que você estava recebendo será reduzida ou interrompida, e você discorda da nossa decisão.
- **Seção G** , “Medicamentos do Medicare Parte D” . Por exemplo, use esta seção se:
 - Você quer nos pedir para abrir uma exceção para cobrir um medicamento da Parte D que não está na nossa Lista de Medicamentos.
 - Você quer nos pedir para abrir mão dos limites na quantidade de droga que você recebe.
 - Você quer nos pedir para cobrir um medicamento que requer aprovação de autorização prévia (AP).
 - Não aprovamos sua solicitação ou exceção, e você, seu médico ou outro prescritor acham que deveríamos ter feito isso.



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals .

- **Seção H** , “Solicitando cobertura para internação hospitalar mais longa”. Use esta seção se você estiver internado em um hospital e achar que o provedor pediu para você deixar o hospital muito cedo.
- **Seção I** , “Solicitando que continuemos cobrindo certos serviços médicos” (Esta seção se aplica somente a estes serviços: assistência médica domiciliar, assistência em instalações de enfermagem especializada e serviços de Centro de Reabilitação Ambulatorial Abrangente (CORF).)

Se não tiver certeza de qual seção usar, ligue para o Atendimento ao Cliente nos números na parte inferior da página.

F. Médico cuidado

Esta seção explica o que fazer se você tiver problemas para obter cobertura para assistência médica ou se quiser que lhe reembolsemos pelos seus cuidados.

Esta seção aborda seus benefícios para assistência médica descritos no **Capítulo 4** deste *Manual do Membro* , na tabela de benefícios . Em alguns casos, regras diferentes podem ser aplicadas a um medicamento da Parte B do Medicare. Quando isso acontece, explicamos como as regras para medicamentos da Parte B do Medicare diferem das regras para serviços e itens médicos.

F 1. Usando esta seção

Esse seção explica o que você pode fazer em qualquer de o cinco seguindo situações:

1. Você pensar nós cobrir médico cuidado você precisar mas não são recebendo.

O que você pode fazer: Você pode perguntar nós para fazer um cobertura decisão. Referir para **Seção F2**.

2. Nós não aprovar o médico cuidado seu médico ou outro profissional de saúde quer para dar você, e você pensar nós deve .

O que você pode fazer: Você pode apelo nosso decisão. Referir para **Seção F3** .

3. Você pegou médico cuidado que você pensar nós cobrir, mas nós não vai pagar.

O que você pode fazer: Você pode apelo nosso decisão não para pagar. Referir para **Seção F5**.

4. Você consegui e pago para médico cuidado você pensamos que nós cobrir, e você nos quer para pagar você de volta.

O que você pode fazer: Você pode perguntar nós para pagar você voltar. Consulte para **Seção F5**.



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals .

5. Nós reduzido ou parou seu cobertura para certos médicos cuidado, e você pensar nosso decisão pode prejudicar sua saúde.

O que você pode fazer: Você pode apelo nosso decisão para reduzir ou parar o cuidados médicos. R efer para a **Seção F4**.

- Se a cobertura for para atendimento hospitalar, atendimento domiciliar, atendimento em enfermaria especializada ou serviços CORF, regras especiais se aplicam. Consulte a **Seção H** ou a **Seção I** para saber mais.
- Para todas as outras situações que envolvam redução ou interrupção de sua cobertura para determinados cuidados médicos, use esta seção (**Seção F**) como guia.

F2. Solicitando uma decisão de cobertura

Quando uma decisão de cobertura envolve seus cuidados médicos, ela é chamada de **determinação de organização integrada** .

Você, seu médico ou seu representante podem nos solicitar uma decisão de cobertura por:

- Chamando: 1-844-812-6896, TTY: 711
- Fax: 1-401-459-6023
- Escrita: Neighborhood Health Plan of Rhode Island
Attention: Utilization Management
910 Douglas Pike
Smithfield, RI 02917

Decisão de cobertura padrão

Ao comunicarmos a nossa decisão, utilizamos os prazos “padrão”, a menos que concordemos em utilizar os prazos “rápidos”. Uma decisão de cobertura padrão significa nós lhe damos uma resposta dentro de :

- **7 dias corridos** após recebermos sua solicitação **de um serviço ou item médico sujeito às nossas regras de autorização prévia** .
- **14 dias corridos** após recebermos sua solicitação **para todos os outros serviços ou itens médicos** .
- **72 horas** após recebermos sua solicitação **de um medicamento do Medicare Parte B**.

Para um item ou serviço médico, Podemos levar até 14 dias corridos a mais se você solicitar mais tempo ou se precisarmos de mais informações que possam lhe beneficiar (como registros



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpr.org/INTEGRITYDuals .

médicos de provedores fora da rede). Se levarmos dias extras para tomar a decisão, informaremos você por escrito. **Não podemos levar dias extras se sua solicitação for para um medicamento do Medicare Parte B.**

Se você acha que **não devemos** estender os dias, pode fazer uma "reclamação rápida" sobre nossa decisão de estender os dias. Ao fazer uma reclamação rápida, responderemos à sua reclamação em até 24 horas. O processo para fazer uma reclamação é diferente do processo para decisões de cobertura e recursos. Para obter mais informações sobre como fazer uma reclamação, incluindo uma reclamação rápida, consulte a **Seção K**.

Decisão de cobertura rápida

O termo legal para decisão de cobertura rápida é **determinação expedita** .

Quando você nos pede para tomar uma decisão de cobertura sobre seus cuidados médicos e sua saúde exige uma resposta rápida, peça-nos para tomar uma "decisão rápida de cobertura". Uma decisão rápida de cobertura significa que lhe daremos uma resposta dentro de:

- **72 horas** após recebermos sua solicitação **de serviço ou item médico** .
- **24 horas** após recebermos sua solicitação **de Medicare Parte B medicamento** .

Para um item ou serviço médico, Podemos levar até 14 dias corridos a mais se constatarmos que faltam informações que possam beneficiá-lo (como registros médicos de provedores fora da rede) ou se você precisar de tempo para nos fornecer informações para análise. Se levarmos dias extras para tomar a decisão, informaremos você por escrito. **Não podemos levar mais tempo se a sua solicitação for para um medicamento do Medicare Parte B.**

Se você acha que **não devemos** levar dias extras para tomar a decisão sobre a cobertura, você pode fazer uma "reclamação rápida" sobre nossa decisão de levar dias extras. Para mais informações sobre como fazer uma reclamação, incluindo uma reclamação rápida, consulte a **Seção K**. Entraremos em contato assim que tomarmos a decisão .

Para obter uma decisão de cobertura rápida , você deve atender a dois requisitos:

- Você está solicitando cobertura para itens e/ou serviços médicos que **não recebeu** . Você não pode solicitar uma decisão rápida sobre a cobertura do pagamento de itens ou serviços que já recebeu.
- Usar os prazos padrão **pode causar sérios danos à sua saúde** ou prejudicar sua capacidade de funcionar .

Nós lhe daremos automaticamente uma decisão rápida de cobertura se o seu médico nos informar que sua saúde exige. Se você solicitar sem o apoio do seu médico, nós decidiremos se você receberá uma decisão rápida de cobertura.



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals .

- Se decidirmos que sua saúde não atende aos requisitos para uma decisão rápida de cobertura, enviaremos uma carta informando isso e, em vez disso, usaremos os prazos padrão. A carta informa:
 - Nós lhe daremos automaticamente uma decisão rápida de cobertura se seu médico solicitar.
 - Como você pode registrar uma "reclamação rápida" sobre nossa decisão de conceder uma decisão de cobertura padrão em vez de uma decisão de cobertura rápida. Para obter mais informações sobre como fazer uma reclamação, incluindo uma reclamação rápida, consulte a **Seção K**.

Se dissermos Não a parte ou à totalidade do seu pedido , enviaremos uma carta explicando os motivos.

- Se dissermos "**Não**" , você tem o direito de apelar . Se você acha que cometemos um erro, apelar é uma forma formal de nos pedir para revisar nossa decisão e alterá-la.
- Se decidir apelar, você passará para o Nível 1 do processo de apelação (consulte a **Seção F3**).

Em circunstâncias limitadas, podemos rejeitar sua solicitação de decisão de cobertura, o que significa que não a analisaremos. Exemplos de quando uma solicitação será rejeitada incluem:

- se a solicitação estiver incompleta,
- se alguém fizer a solicitação em seu nome, mas não estiver legalmente autorizado a fazê-lo, **ou**
- se você solicitar que sua solicitação seja retirada.

Se rejeitarmos uma solicitação de decisão de cobertura, enviaremos um aviso explicando o motivo da rejeição e como solicitar uma revisão da rejeição. Essa revisão é chamada de recurso. Os recursos serão discutidos na próxima seção.

F3. Apresentando um Recurso de Nível 1

Para iniciar um recurso, você, seu médico ou seu representante devem entrar em contato conosco. Ligue para 1-844-812-6896.

Solicite um recurso padrão ou um recurso rápido por escrito ou ligando para nós em 1-844-812-6896.

- Se o seu médico ou outro prescritor solicitar a continuação de um serviço ou item que você já está recebendo durante o seu recurso, talvez seja necessário nomeá-lo como seu representante para agir em seu nome.



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals .

- Se outra pessoa que não o seu médico fizer o apelo por você, inclua um formulário de Nomeação de Representante autorizando essa pessoa a representá-lo. Você pode obter o formulário em www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf.
- Podemos aceitar uma solicitação de apelação sem o formulário, mas não podemos iniciar ou concluir nossa análise até recebê-lo. Se não recebermos o formulário antes do prazo para tomar uma decisão sobre a sua apelação:
 - Nós rejeitamos o seu pedido e
 - Enviamos a você uma notificação por escrito explicando seu direito de solicitar ao IRO que revise nossa decisão de rejeitar seu recurso.
- Você deve solicitar um recurso **dentro de 65 dias corridos** a partir da data da carta que enviamos para lhe informar nossa decisão.
- Caso você perca o prazo e tenha um bom motivo para isso, podemos lhe dar mais tempo para interpor seu recurso. Exemplos de bons motivos são situações como: você teve uma doença grave ou nós lhe demos informações erradas sobre o prazo. Explique o motivo do atraso do seu recurso ao apresentá-lo.
- Você tem o direito de nos solicitar uma cópia gratuita das informações sobre o seu recurso. Você e seu médico também podem nos fornecer mais informações para fundamentar o seu recurso.

Se sua saúde exigir, peça um recurso rápido.

O termo legal para “recurso rápido” é “**reconsideração acelerada**”.

- Se você apelar de uma decisão que tomamos sobre a cobertura do tratamento, você e/ou seu médico decidirão se precisa de um recurso rápido.

Nós automaticamente lhe daremos um recurso rápido se o seu médico nos informar que sua saúde exige. Se você solicitar sem o apoio do seu médico, nós decidiremos se você receberá um recurso rápido.

- Se decidirmos que seu estado de saúde não atende aos requisitos para um recurso rápido, enviaremos uma carta informando isso e, em vez disso, usaremos os prazos padrão. A carta informa:
 - Nós lhe daremos automaticamente um recurso rápido se o seu médico solicitar.
 - Como você pode registrar uma "reclamação rápida" sobre nossa decisão de conceder a você um recurso padrão em vez de um recurso rápido. Para obter mais informações



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

sobre como fazer uma reclamação, incluindo uma reclamação rápida, consulte a **Seção K**.

Se lhe dissermos que estamos interrompendo ou reduzindo serviços ou itens que você já recebe, você poderá continuar a receber esses serviços ou itens durante sua apelação .

- Se decidirmos alterar ou interromper a cobertura de um serviço ou item que você adquiriu, enviaremos um aviso antes de tomarmos alguma providência .
- Se você discordar da nossa decisão, você pode entrar com um Recurso de Nível 1.
- Continuaremos cobrindo o serviço ou item se você solicitar um Recurso de Nível 1 dentro de 10 dias corridos a partir da data em nossa carta ou até a data efetiva pretendida da ação, o que ocorrer por último.
 - Se você cumprir esse prazo, receberá o serviço ou item sem alterações enquanto seu recurso de Nível 1 estiver pendente.
 - Você também receberá todos os outros serviços ou itens (que não são objeto do seu recurso) sem alterações.
 - Se você não recorrer antes dessas datas, seu serviço ou item não continuará sendo prestado enquanto você aguarda a decisão do seu recurso.

Consideramos seu apelo e lhe damos nossa resposta.

- Ao analisarmos seu recurso, examinaremos cuidadosamente todas as informações sobre sua solicitação de cobertura de assistência médica.
- Verificamos se seguimos todas as regras quando dissemos **Não** ao seu pedido.
- Coletaremos mais informações se necessário. Podemos entrar em contato com você ou seu médico para obter mais informações.

Há prazos para um recurso rápido.

- Quando utilizamos os prazos rápidos, devemos fornecer nossa resposta **em até 72 horas após o recebimento do seu recurso** . Responderemos mais cedo se o seu estado de saúde exigir.
- Se você solicitar mais tempo ou se precisarmos de mais informações que possam lhe beneficiar, podemos **levar até 14 dias corridos a mais** se sua solicitação for para um item ou serviço médico .
 - Se precisarmos de mais dias para tomar a decisão, informaremos você por escrito.



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpr.org/INTEGRITYDuals .

- Se sua solicitação for para um medicamento do Medicare Parte B, não podemos levar mais tempo para tomar a decisão.
- Se não lhe dermos uma resposta dentro de 72 horas ou até o final dos dias extras que levamos, devemos encaminhar sua solicitação para o Nível 2 do processo de apelação. Um IRO então a analisará. Mais adiante neste capítulo, falaremos sobre essa organização e explicaremos o processo de apelação de Nível 2. Se o seu problema for sobre a cobertura de um serviço ou item do Medicaid, você pode entrar com uma Apelação de Nível 2 no Escritório de Audiências Justas do EOHHS (Escritório Executivo de Saúde e Serviços Humanos) assim que o prazo terminar.
- **Se dissermos Sim a parte ou à totalidade da sua solicitação**, devemos autorizar ou fornecer a cobertura que concordamos em fornecer dentro de 72 horas após recebermos sua apelação.
- **Se dissermos Não a parte ou à totalidade da sua solicitação**, enviaremos seu recurso ao IRO para um Recurso de Nível 2.

Há prazos para um recurso padrão.

- Quando usamos os prazos padrão, devemos fornecer nossa resposta **dentro de 30 dias corridos** após recebermos sua apelação para cobertura de serviços que você não recebeu.
- Se sua solicitação for para um medicamento do Medicare Parte B que você não recebeu, daremos a resposta **em até 7 dias corridos** após recebermos sua apelação ou antes, se sua saúde exigir.
- Se você solicitar mais tempo ou se precisarmos de mais informações que possam lhe beneficiar, podemos **levar até 14 dias corridos a mais** se sua solicitação for para um item ou serviço médico .
 - Se precisarmos de mais dias para tomar a decisão, informaremos você por escrito.
 - Se sua solicitação for para um medicamento do Medicare Parte B, não podemos levar mais tempo para tomar a decisão.
 - Se você acha que **não devemos** levar mais dias, pode registrar uma reclamação rápida sobre nossa decisão. Ao registrar uma reclamação rápida, daremos uma resposta em até 24 horas. Para mais informações sobre como fazer reclamações, incluindo reclamações rápidas, consulte a **Seção K**.
 - Se não lhe dermos uma resposta dentro do prazo ou ao final dos dias extras que levamos, devemos enviar sua solicitação para o Nível 2 do processo de apelação. Um IRO então a analisa. Mais adiante neste capítulo, falaremos sobre essa organização e



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpr.org/INTEGRITYDuals.

explicaremos o processo de apelação de Nível 2. Se o seu problema for sobre a cobertura de um serviço ou item do Medicaid, você mesmo pode entrar com uma Audiência Justa de Nível 2 junto ao estado assim que o prazo terminar. Em Rhode Island, uma Audiência Justa é chamada de Audiência Justa Estadual.

Se dissermos Sim a parte ou à totalidade da sua solicitação, devemos autorizar ou fornecer a cobertura que concordamos em fornecer dentro de 30 dias corridos, ou **dentro de 7 dias corridos** se sua solicitação for para um medicamento do Medicare Parte B, após recebermos sua apelação.

Se dissermos **Não** a parte ou à totalidade do seu pedido, **você terá direitos adicionais de recurso:**

- Se dissermos **Não** a parte ou a tudo o que você pediu, lhe enviaremos uma carta.
- Se o seu problema for sobre a cobertura de um serviço ou item do Medicare, a carta informa que enviamos seu caso ao IRO para um Recurso de Nível 2.
- Se o seu problema for sobre a cobertura de um serviço ou item do Medicaid de Rhode Island, a carta informa como registrar um recurso de nível 2.

F4. Apresentando um Recurso de Nível 2

Se recusarmos **parte** ou a totalidade do seu Recurso de Nível 1, enviaremos uma carta. Esta carta informa se o Medicare, o Medicaid de Rhode Island ou ambos os programas geralmente cobrem o serviço ou item.

- Se o seu problema for sobre um serviço ou item que o Medicare normalmente cobre, enviaremos automaticamente seu caso para o Nível 2 do processo de apelação assim que a apelação de Nível 1 for concluída.
- Se o seu problema for sobre um serviço ou item que o Medicaid de Rhode Island normalmente cobre, você mesmo pode entrar com um Recurso de Nível 2. A carta explica como fazer isso. Também incluiremos mais informações posteriormente neste capítulo.
- Se o seu problema for sobre um serviço ou item coberto **tanto pelo Medicare quanto pelo Medicaid de Rhode Island**, você automaticamente terá direito a um Recurso de Nível 2 com o IRO. Você também pode solicitar uma Audiência Justa com o estado.

Se você se qualificou para a continuação dos benefícios quando entrou com seu Recurso de Nível 1, seus benefícios para o serviço, item ou medicamento sob recurso também podem continuar durante o Nível 2. Consulte a **Seção F3** para obter informações sobre como continuar seus benefícios durante os Recursos de Nível 1.

- Se o seu problema for sobre um serviço geralmente coberto apenas pelo Medicare, seus benefícios para esse serviço não continuarão durante o processo de apelação de Nível 2 com o IRO.



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

- Se o seu problema for sobre um serviço geralmente coberto apenas pelo Medicaid de Rhode Island , seus benefícios para esse serviço continuarão se você enviar um Recurso de Nível 2 dentro de 10 dias corridos após receber nossa carta de decisão.

Quando o seu problema é sobre um serviço ou item que o Medicare geralmente cobre

O IRO analisa seu recurso. É uma organização independente contratada pelo Medicare.

O nome formal da Organização de Revisão Independente (IRO) é **Entidade de Revisão Independente** , às vezes chamada de **IRE** .

- Esta organização não tem vínculo conosco e não é uma agência governamental. O Medicare escolheu a empresa para ser o Diretor Executivo, e o Medicare supervisiona o trabalho dela.
- Enviamos informações sobre o seu recurso (seu “processo”) para esta organização. Você tem direito a uma cópia gratuita do seu processo.
- Você tem o direito de fornecer ao IRO informações adicionais para fundamentar seu recurso.
- Os revisores do IRO analisam cuidadosamente todas as informações relacionadas ao seu recurso.

Se você teve um recurso rápido no Nível 1, você também terá um recurso rápido no Nível 2.

- Se você fez um apelo rápido para nós no Nível 1, você automaticamente receberá um apelo rápido no Nível 2. O IRO deve fornecer uma resposta ao seu Recurso de Nível 2 **dentro de 72 horas** após o recebimento do seu recurso.
- Se a sua solicitação for para um item ou serviço médico e o IRO precisar coletar mais informações que possam ser úteis para você, **isso pode levar até 14 dias corridos a mais** . O IRO não pode levar mais tempo para tomar uma decisão se a sua solicitação for para um medicamento do Medicare Parte B.

Se você teve um recurso padrão no Nível 1, você também terá um recurso padrão no Nível 2.

- Se você fez um recurso padrão para nós no Nível 1, você automaticamente receberá um recurso padrão no Nível 2.
- Se sua solicitação for de um item ou serviço médico, o IRO deverá fornecer uma resposta ao seu Recurso de Nível 2 **dentro de 30 dias corridos** após o recebimento do seu recurso.



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpi.org/INTEGRITYDuals .

- Se sua solicitação for para um medicamento do Medicare Parte B, o IRO deverá fornecer uma resposta ao seu Recurso de Nível 2 **dentro de 7 dias corridos** após o recebimento do seu recurso.
- Se a sua solicitação for para um item ou serviço médico e o IRO precisar coletar mais informações que possam lhe beneficiar, **isso pode levar até 14 dias corridos a mais**. O IRO levará mais tempo para tomar uma decisão se a sua solicitação for para um medicamento da Parte B do Medicare.

O IRO lhe dará uma resposta por escrito e explicará os motivos.

- **Se o IRO disser Sim a parte ou à totalidade de uma solicitação de um item ou serviço médico, devemos:**
 - Autorizar a cobertura de assistência médica **em até 72 horas, ou**
 - Prestar o serviço no prazo de **14 dias corridos** depois de recebermos a decisão do IRO para **solicitações padrão, ou**
 - Fornecer o serviço **dentro de 72 horas** a partir da data em que recebermos a decisão do IRO para **solicitações rápidas**.
- **Se o IRO disser Sim a parte ou à totalidade de uma solicitação de um medicamento do Medicare Parte B, devemos autorizar ou fornecer o medicamento do Medicare Parte B em disputa:**
 - **dentro de 72 horas** após recebermos a decisão do IRO para **solicitações padrão, ou**
 - **dentro de 24 horas** a partir da data em que recebermos a decisão do IRO para **solicitações aceleradas**.
- **Se o IRO disser "Não" a parte ou à totalidade do seu recurso, significa que concorda que não devemos aprovar o seu pedido (ou parte dele) de cobertura para assistência médica. Isso se chama "manter a decisão" ou "rejeitar o seu recurso".**
 - Se o seu caso atender aos requisitos, você escolhe se deseja prosseguir com o recurso.
 - Há três níveis adicionais no processo de apelação após o Nível 2, totalizando cinco níveis.
 - Se o seu Recurso de Nível 2 for rejeitado e você atender aos requisitos para continuar o processo de recurso, deverá decidir se deseja prosseguir para o Nível 3 e apresentar um terceiro recurso. Os detalhes sobre como fazer isso estão na notificação por escrito que você receberá após o seu Recurso de Nível 2.



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpr.org/INTEGRITYDuals.

- Um Juiz Administrativo (ALJ) ou advogado julgador lida com um Recurso de Nível 3. Consulte a **Seção J** para obter mais informações sobre Recursos de Níveis 3, 4 e 5.

Quando o seu problema for sobre um serviço ou item que o Medicaid geralmente cobre, ou que é coberto pelo Medicare e pelo Medicaid de Rhode Island

Um Recurso de Nível 2 para serviços geralmente cobertos pelo Medicaid de Rhode Island é uma Audiência Justa Estadual com o estado ou com uma organização de Revisão Externa de Rhode Island. Você deve solicitar qualquer um desses recursos de Nível 2 por escrito ou por telefone **dentro de 120 dias corridos** a partir da data em que enviamos a carta de decisão sobre o seu Recurso de Nível 1. A carta que você receber de nós indicará onde enviar sua solicitação de Audiência Justa.

Caso você perca o prazo e tenha um bom motivo para isso, o EOHHS ou a organização de Revisão Externa do RI podem lhe dar mais tempo para apresentar sua apelação. Exemplos de bons motivos são:

- você teve uma doença grave, ou
- Nós lhe demos informações erradas sobre o prazo para solicitar um recurso.

Se o seu problema for sobre um serviço ou item do Medicaid, você pode solicitar um Recurso de Nível 2 ao escritório de Audiência Justa Estadual do EOHHS e/ou à organização de Revisão Externa de RI/Audiência Justa Estadual do EOHHS.

Como faço um recurso de nível 2: Audiência justa estadual do EOHHS?

Para iniciar seu recurso de Nível 2, você, seu médico ou outro provedor, ou seu representante, deve preencher um formulário para solicitar uma audiência dentro de 120 dias da data de envio da nossa decisão de Nível 1.

Você ou seu representante podem solicitar o formulário:

- Ligando para o Escritório de Apelações do Escritório Executivo de Saúde e Serviços Humanos (Executive Office of Health and Human Services, EOHHS) em (401) 462-2132 (TTY 711).
- Enviando sua solicitação por e-mail para OHHS.AppealsOffice@ohhs.ri.gov.
- Enviando a solicitação por fax para (401) 462-0458.

O formulário de Audiência Justa Estadual pode ser enviado por correio, fax ou e-mail. Você também pode solicitar uma Audiência Justa Estadual rápida (expedida) no formulário.

Você pode enviar uma solicitação de apelação para o seguinte endereço:

EOHHS Appeals Office
Virks Building, 3 West Rd.
Cranston, RI 02920



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

O Escritório Estadual de Audiências Justas agendará uma audiência. Eles enviarão um aviso com a data, hora e local da audiência com até 15 dias de antecedência.

Como faço um Recurso de Nível 2: Revisão Externa de RI?

Você pode solicitar uma Revisão Externa de RI entrando em contato conosco pelo telefone 1-844-812-6896 e pelo telefone TTY 711 em até quatro (4) meses a partir da data de envio da nossa decisão de Nível 1. Encaminharemos as informações do recurso à organização de Revisão Externa de RI em até cinco dias úteis após o recebimento da sua solicitação. Você receberá uma resposta por escrito da organização de Revisão Externa de RI em até 10 dias úteis após o recebimento de todas as informações necessárias para a análise do seu caso, mas em até 45 dias a partir do recebimento da solicitação.

Alguns recursos negados não são elegíveis para uma Revisão Externa do RI. Se não tiver certeza se pode solicitar uma Revisão Externa do RI, entre em contato conosco pelo telefone 1-844-812-6896 e pelo telefone TTY 711. Podemos ajudar você a descobrir se uma Revisão Externa do RI está disponível para a sua situação.

O escritório de Audiência Justa lhe dará sua decisão por escrito e explicará os motivos.

- Se o escritório de Audiência Justa disser **Sim** a parte ou à totalidade de uma solicitação de um item ou serviço médico, devemos autorizar ou fornecer o serviço ou item **dentro de 72 horas** após recebermos a decisão.
- Se o escritório de Audiência Justa disser **"Não"** a parte ou à totalidade do seu recurso, significa que concorda que não devemos aprovar o seu pedido (ou parte dele) de cobertura para assistência médica. Isso se chama "manter a decisão" ou "rejeitar o seu recurso".

Se a decisão do IRO ou do Fair Hearing Office for **Não** para toda ou parte da sua solicitação, você terá direitos adicionais de apelação.

Se o seu Recurso de Nível 2 foi para o **IRO**, você só poderá recorrer novamente se o valor em dólares do serviço ou item desejado atingir um determinado valor mínimo. Um ALJ ou advogado adjudicador lida com um Recurso de Nível 3. **A carta que você recebe do IRO explica os direitos adicionais de recurso que você pode ter.**

A carta que você recebe do escritório de Audiência Justa descreve a próxima opção de apelação.

E se o escritório de Audiências Justas do Estado do EOHHS e/ou a organização de Revisão Externa de RI e a Entidade de Revisão Independente revisarem o Recurso de Nível 2 e tomarem decisões diferentes?

Se o escritório de Audiências Justas do EOHHS, a organização de Revisão Externa de RI ou o IRO decidirem **Sim** para todo ou parte do que você solicitou, nós lhe daremos o serviço ou item aprovado que for mais próximo do que você solicitou em sua apelação.



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Consulte a **Seção J** para obter mais informações sobre seus direitos de apelação após o Nível 2.

F5. Problemas de pagamento

Não permitimos que nossas operadoras cobrem por serviços e itens cobertos. Isso se aplica mesmo que paguemos à operadora menos do que ela cobra por um serviço ou item coberto. Você nunca é obrigado a pagar o saldo restante de nenhuma fatura. A única exceção é se você estiver recebendo serviços e apoios de longo prazo e o Medicaid de Rhode Island estipular que você deve pagar parte do custo desses serviços. Isso se chama "coparticipação de custos", e o valor é determinado pelo Medicaid de Rhode Island.

Se você receber uma fatura por serviços e itens cobertos, envie-a para nós. Não pague a fatura você mesmo. Entraremos em contato diretamente com o provedor e resolveremos o problema. Se você pagar a fatura, poderá obter um reembolso do nosso plano se tiver seguido as regras para a aquisição de serviços ou itens.

Para mais informações, consulte o **Capítulo 7** deste *Manual do Membro*. Ele descreve situações em que você pode precisar nos solicitar o reembolso ou o pagamento de uma fatura recebida de um prestador de serviços. Também explica como nos enviar a documentação que solicita o pagamento.

Se você solicitar o reembolso, estará solicitando uma decisão sobre a cobertura. Verificaremos se o serviço ou item pelo qual você pagou está coberto e se você seguiu todas as regras de utilização da sua cobertura.

- Se o serviço ou item pelo qual você pagou estiver coberto e você tiver seguido todas as regras, enviaremos o pagamento pelo serviço ou item normalmente em até 30 dias corridos, mas no máximo 60 dias corridos após recebermos sua solicitação.
- Se você ainda não pagou pelo serviço ou item, enviaremos o pagamento diretamente ao provedor. Quando enviamos o pagamento, é o mesmo que dizer "**Sim**" à sua solicitação de decisão de cobertura.
- Se o serviço ou item não estiver coberto ou você não seguir todas as regras, enviaremos uma carta informando que não pagaremos pelo serviço ou item e explicando o motivo.

Caso não concorde com nossa decisão de não pagar, **você pode recorrer**. Siga o processo de recurso descrito na **Seção F3**. Ao seguir estas instruções, observe:

- Se você fizer uma apelação para que lhe paguemos de volta, devemos lhe dar uma resposta dentro de 30 dias corridos após recebermos sua apelação.

Se a nossa resposta à sua apelação for "**Não**" e o **Medicare** geralmente cobrir o serviço ou item, encaminharemos o seu caso ao IRO. Enviaremos uma carta se isso acontecer.



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

- Se o IRO reverter nossa decisão e decidir que devemos pagar a você, devemos enviar o pagamento a você ou ao provedor em até 30 dias corridos. Se a resposta à sua apelação for "**Sim**" em qualquer etapa do processo de apelação após o Nível 2, devemos enviar o pagamento a você ou ao provedor de saúde em até 60 dias corridos.
- Se o IRO disser "**Não**" ao seu recurso, significa que ele concorda que não devemos aprovar sua solicitação. Isso se chama "manter a decisão" ou "rejeitar seu recurso". Você receberá uma carta explicando os direitos adicionais de recurso que você pode ter. Consulte a **Seção J** para obter mais informações sobre os níveis adicionais de recurso.

Se a nossa resposta à sua apelação for **Não** e o Medicaid de Rhode Island geralmente cobrir o serviço ou item, você pode entrar com uma Apelação de Nível 2. Consulte a **Seção F4** para mais informações.

G. Parte do Medicare D drogas

Seus benefícios como membro do nosso plano incluem cobertura para diversos medicamentos. A maioria deles são Medicare Parte D drogas. Lá são um alguns drogas que Medicare Papel D não cobrir que o Medicaid de Rhode Island pode cobrir. **Esta seção se aplica apenas a recursos de medicamentos da Parte D do Medicare.** Usaremos "medicamento" no restante desta seção em vez de "medicamento da Parte D do Medicare" sempre.

Para ser coberto, o medicamento deve ser usado para uma indicação médica aceita. Isso significa que o medicamento é aprovado pela Food and Drug Administration (FDA) ou respaldado por determinadas referências médicas. Consulte o **Capítulo 5** deste *Manual do Membro* para obter mais informações sobre uma indicação médica aceita.

G1. Decisões e recursos sobre a cobertura do Medicare Parte D

Aqui são exemplos de cobertura decisões você perguntar nós para fazer sobre sua Parte do Medicare D drogas:

- Você perguntar nós para fazer um exceção, incluindo nos pedir para :
 - *Lista de Medicamentos* do nosso plano ou
 - deixar de lado uma restrição em nossa cobertura para um medicamento (como limites na quantidade que você pode obter)
- Você perguntar nós se um medicamento é abordado para você (como quando seu medicamento é sobre nosso planos *Medicamento Lista* mas nós deve approve para você antes nós cobrir isto)



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

OBSERVAÇÃO: Se sua farmácia conta com você que sua prescrição não pode ser preenchida conforme escrito, a farmácia lhe dá um aviso por escrito explicando como entrar em contato conosco para solicitar uma decisão de cobertura.

An initial coverage decision about your Medicare Part D drugs is called a **“coverage determination”**

- Você perguntar nós para pagar para um medicamento que você já comprou. Isto é perguntando para uma decisão de cobertura sobre o pagamento.

Se você discorda de uma decisão de cobertura que nós fizemos, você pode apelar nossa decisão. Essa seção explica como solicitar decisões de cobertura e como recorrer. Use o gráfico abaixo para ajudar.

Qual de essas situações são você em?

<p>Você precisa de um medicamento que não está em nossa <i>Lista de Medicamentos</i> ou precisa que anulemos uma regra ou restrição sobre um medicamento que cobrimos.</p>	<p>Você quer que cubramos um medicamento em nossa <i>Lista de Medicamentos</i> e acha que atende às regras ou restrições do plano (como obter aprovação antecipada) para o medicamento de que precisa.</p>	<p>Você quer nos pedir para lhe pagar por um medicamento que você já adquiriu e pelo qual pagou.</p>	<p>Nós lhe dissemos que não cobriríamos nem pagaríamos por um medicamento da maneira que você deseja.</p>
<p>Você pode nos pedir para abrir uma exceção. (Este é um tipo de decisão de cobertura.)</p>	<p>Você pode nos solicitar uma decisão de cobertura.</p>	<p>Você pode nos pedir para reembolsá-lo. (Este é um tipo de decisão de cobertura.)</p>	<p>Você pode fazer uma apelação. (Isso significa que você nos pede para reconsiderar.)</p>
<p>Comece com a Seção G2 e depois consulte as Seções G3 e G4.</p>	<p>Consulte a Seção G4.</p>	<p>Consulte a Seção G4.</p>	<p>Consulte a Seção G5.</p>



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações,** visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

G2. Exceções da Parte D do Medicare

Se não cobrirmos um medicamento da maneira que você gostaria, você pode nos pedir para abrir uma "exceção". Se recusarmos sua solicitação de exceção, você pode apelar da nossa decisão.

Quando você solicita uma exceção, seu médico ou outro prescritor precisa explicar os motivos médicos pelos quais você precisa da exceção.

Asking for coverage of a drug not on our *Drug List* or for removal of a restriction on a drug is sometimes called asking for a **“formulary exception.”**

Aqui estão alguns exemplos de exceções que você, seu médico ou outro prescritor podem nos pedir para fazer:

7. Cobrindo um medicamento que não está em nossa *Lista de Medicamentos*

- Se concordarmos em abrir uma exceção e cobrir um medicamento que não esteja em nossa Lista de Medicamentos, você pagará a coparticipação aplicável aos medicamentos do Nível quatro (4).
- Você não pode obter uma exceção ao valor de copagamento exigido para o medicamento.

8. Removendo uma restrição para um medicamento coberto

- Regras ou restrições extras se aplicam a certos medicamentos em nossa *Lista de Medicamentos* (consulte o **Capítulo 5** deste *Manual do Membro* para obter mais informações).
- Regras e restrições adicionais para certos medicamentos incluem:
 - Sendo obrigado a usar a versão genérica de um medicamento em vez do medicamento de marca.
 - Obter nossa aprovação prévia antes de concordarmos em cobrir o medicamento para você. Isso às vezes é chamado de "autorização prévia (AP)".
 - Ser obrigado a experimentar um medicamento diferente antes de concordarmos em cobrir o medicamento que você solicitou. Isso às vezes é chamado de "terapia em etapas".
 - Limites de quantidade. Para alguns medicamentos, há restrições quanto à quantidade que você pode consumir.
- Se concordarmos com uma exceção para você e deixarmos de lado uma restrição, você poderá solicitar uma exceção ao valor da coparticipação que deverá pagar.



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpr.org/INTEGRITYDuals.

9. Alteração da cobertura de um medicamento para um nível de compartilhamento de custos mais baixo. Todos os medicamentos da nossa **Lista de Medicamentos** estão em um dos **cinco (5)** níveis de compartilhamento de custos. Em geral, quanto menor o número do nível de compartilhamento de custos, menor será o valor da sua coparticipação.

- Nossa *Lista de Medicamentos* geralmente inclui mais de um medicamento para tratar uma condição específica. Esses são chamados de medicamentos "alternativos".
- Se um medicamento alternativo para sua condição médica estiver em um nível de coparticipação inferior ao do medicamento que você toma, você pode nos solicitar a cobertura pelo valor da coparticipação do medicamento alternativo. Isso reduzirá o valor da sua coparticipação pelo medicamento.
- Se aprovarmos sua solicitação de exceção de escalonamento e houver mais de um escalonamento de custos menor com medicamentos alternativos que você não pode tomar, você normalmente pagará o menor valor.

G3. Coisas importantes a saber sobre como solicitar uma exceção

Seu doutor ou outro prescritor deve dizer nós o médico razões.

Seu doutor ou outro prescritor deve dar nós um declaração explicando o médico razões para Solicitando uma exceção. Para uma decisão mais rápida, inclua estas informações médicas do seu médico ou de outro profissional de saúde ao solicitar a exceção.

Nosso *Medicamento A lista* geralmente inclui mais que um medicamento para tratando um específico doença. Esses são chamados medicamentos "alternativos". Se um medicamento alternativo for tão eficaz quanto o medicamento que você pediu e não causar mais lado efeitos ou outros saúde problemas, nós geralmente **não** aprovamos seu Solicitação de exceção. Se você nos solicitar uma exceção de escalonamento, geralmente **não** aprovamos sua solicitação de exceção, a menos que todos os medicamentos alternativos nos estratos de compartilhamento de custos mais baixos não funcionem tão bem para você ou sejam suscetíveis de causar uma reação adversa ou outro dano.

Podemos dizer Sim ou Não para seu solicitar .

- Se nós dizer **Sim** para seu solicitação de exceção, o exceção geralmente dura até o fim de ano civil. Isso é válido desde que seu médico continue a prescrever o medicamento para você e que ele continue sendo seguro e eficaz para tratar sua condição.
- Se nós dizer **Não** para seu solicitação de exceção, Você pode fazer um recurso. Consulte a **Seção G5** para obter informações sobre como fazer um recurso caso diga "**Não**".

O próximo seção conta você como para perguntar para um cobertura decisão, incluindo um exceção.



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

G4. Solicitação de decisão de cobertura, incluindo uma exceção

- Solicite o tipo de decisão de cobertura que você deseja ligando para 1-844-812-6896, escrevendo ou enviando um fax. Você, seu representante legal ou seu médico (ou outro profissional de saúde) podem fazer isso. Inclua seu nome, informações de contato e informações sobre o pedido de reembolso.
- Você, seu médico (ou outro profissional de saúde) ou alguém agindo em seu nome pode solicitar uma decisão de cobertura. Você também pode contratar um advogado para agir em seu nome.
- Consulte a **Seção E3** para descobrir como nomear alguém como seu representante.
- Você não precisa dar permissão por escrito ao seu médico ou outro prescritor para solicitar uma decisão de cobertura em seu nome.
- Se você quiser nos pedir para reembolsá-lo por um medicamento, consulte o **Capítulo 7** deste *Manual do Membro* .
- Se você solicitar uma exceção, envie-nos uma “declaração de apoio”. A declaração de apoio inclui os motivos médicos do seu médico ou de outro prescritor para a solicitação de exceção.
- Seu médico ou outro profissional de saúde pode nos enviar a declaração de apoio por fax ou correio. Ele também pode nos informar por telefone e, em seguida, enviar a declaração por fax ou correio.

Se sua saúde exigir, peça-nos uma “decisão de cobertura rápida”.

Usamos os “prazos padrão”, a menos que concordemos em usar os “prazos rápidos”.

- Uma **decisão de cobertura padrão** significa que lhe daremos uma resposta dentro de 72 horas após recebermos a declaração do seu médico.
- Uma **decisão rápida de cobertura** significa que lhe daremos uma resposta dentro de 24 horas após recebermos a declaração do seu médico.

Uma “decisão de cobertura rápida” é chamada de “**determinação de cobertura acelerada**”.

de cobertura rápida se:

- É para um medicamento que você não adquiriu. Você não conseguirá uma decisão rápida sobre a cobertura se estiver nos pedindo para reembolsá-lo por um medicamento que você já comprou.



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpr.org/INTEGRITYDuals .

- Sua saúde ou capacidade de funcionar seria seriamente prejudicada se usássemos os prazos padrão.

Se o seu médico ou outro profissional de saúde nos disser que sua saúde exige uma decisão rápida sobre a cobertura, concordamos e a damos a você. Enviaremos uma carta informando.

- Se você solicitar uma decisão de cobertura rápida sem o apoio do seu médico ou outro prescritor, decidiremos se você receberá uma decisão de cobertura rápida.
- Se decidirmos que sua condição médica não atende aos requisitos para uma decisão de cobertura rápida, usaremos os prazos padrão.
 - Enviamos uma carta informando como você pode fazer uma reclamação sobre nossa decisão.
 - Você pode registrar uma reclamação rápida e obter uma resposta em até 24 horas. Para mais informações sobre como fazer reclamações, incluindo reclamações rápidas, consulte a **Seção K**.

Prazos para uma decisão rápida de cobertura

- Se utilizarmos os prazos rápidos, devemos dar-lhe a nossa resposta no prazo de 24 horas após recebermos sua solicitação. Se você solicitar uma exceção, responderemos em até 24 horas após recebermos a declaração de apoio do seu médico. Responderemos mais cedo se sua saúde exigir.
- Caso não cumpramos esse prazo, encaminharemos sua solicitação para o Nível 2 do processo de apelação para análise por um Diretor de Relações com Investidores (RIO). Consulte a **Seção G6** para obter mais informações sobre uma Recurso de Nível 2.
- Se dissermos **Sim** a parte ou à totalidade do seu pedido, Nós lhe damos a cobertura dentro de 24 horas após recebermos sua solicitação ou a declaração de apoio do seu médico.
- Se recusarmos **parte** ou a totalidade da sua solicitação, enviaremos uma carta com os motivos. A carta também informa como você pode recorrer.

Prazos para uma decisão de cobertura padrão sobre um medicamento que você não recebeu

- Se utilizarmos os prazos padrão, devemos fornecer nossa resposta em até 72 horas após o recebimento da sua solicitação. Se você solicitar uma exceção, forneceremos nossa resposta em até 72 horas após o recebimento da declaração de apoio do seu médico. Forneceremos nossa resposta mais cedo se o seu estado de saúde exigir.



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

- Se não cumprirmos esse prazo, enviaremos sua solicitação ao Nível 2 do processo de apelação para análise por um IRO.
- Se dissermos **Sim** a parte ou à totalidade da sua solicitação, daremos a cobertura dentro de 72 horas após recebermos sua solicitação ou a declaração de apoio do seu médico para uma exceção.
- Se recusarmos **parte** ou a totalidade da sua solicitação, enviaremos uma carta com os motivos. A carta também informa como apresentar uma apelação.

Prazos para uma decisão de cobertura padrão sobre um medicamento que você já comprou

- Devemos lhe dar uma resposta dentro de 14 dias corridos após recebermos sua solicitação.
- Se não cumprirmos esse prazo, enviaremos sua solicitação ao Nível 2 do processo de apelação para análise por um IRO.
- Se dissermos **Sim** a parte ou à totalidade do seu pedido, reembolsaremos-lhe no prazo de 14 dias corridos.
- Se recusarmos **parte** ou a totalidade da sua solicitação, enviaremos uma carta com os motivos. A carta também informa como apresentar uma apelação.

G5. Apresentando um Recurso de Nível 1

Um recurso ao nosso plano sobre uma decisão de cobertura de medicamentos do Medicare Parte D é chamado de “**redefinição**” do plano.

- Inicie seu **recurso padrão** ou rápido ligando para 1-844-812-6896, escrevendo ou enviando um fax. Você, seu representante legal ou seu médico (ou outro profissional de saúde) podem fazer isso. Inclua seu nome, informações de contato e informações sobre o seu recurso.
- Você deve solicitar um recurso **dentro de 65 dias corridos** a partir da data da carta que enviamos para lhe informar nossa decisão.
- Caso você perca o prazo e tenha um bom motivo para isso, podemos lhe dar mais tempo para interpor seu recurso. Exemplos de bons motivos são situações como: você teve uma doença grave ou nós lhe demos informações erradas sobre o prazo. Explique o motivo do atraso do seu recurso ao apresentá-lo.
- Você tem o direito de nos solicitar uma cópia gratuita das informações sobre o seu



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

recurso. Você e seu médico também podem nos fornecer mais informações para fundamentar o seu recurso.

Se sua saúde exigir, peça um recurso rápido.

Um recurso rápido também é chamado de “**reavaliação acelerada**”.

- Se você recorrer de uma decisão que tomamos sobre um medicamento que você não recebeu, você e seu médico ou outro prescritor decidirão se você precisa de um recurso rápido.
- Os requisitos para um recurso rápido são os mesmos para uma decisão de cobertura rápida. Consulte a **Seção G4** para mais informações.

Consideramos seu apelo e lhe damos nossa resposta.

- Analisamos seu recurso e analisamos cuidadosamente todas as informações sobre sua solicitação de cobertura.
- Verificamos se seguimos as regras quando dissemos **Não** ao seu pedido.
- Podemos entrar em contato com você, seu médico ou outro profissional de saúde para obter mais informações.

Prazos para recurso rápido no Nível 1

- Se usarmos os prazos rápidos, devemos dar-lhe uma resposta **dentro de 72 horas** após recebermos o seu recurso.
 - Nós lhe daremos uma resposta mais rápida se sua saúde exigir.
 - Caso não respondamos em até 72 horas, enviaremos sua solicitação para o Nível 2 do processo de apelação. Em seguida, um Diretor de Relações com Investidores (RIO) a analisará. Consulte a **Seção G6** para obter informações sobre a organização de análise e o processo de apelação do Nível 2.
- Se dissermos **Sim** a parte ou à totalidade do seu pedido, devemos fornecer a cobertura que concordamos em fornecer dentro de 72 horas após recebermos seu recurso.
- Se dissermos **Não** a parte ou à totalidade do seu pedido, enviamos uma carta que explica os motivos e informa como você pode fazer uma apelação.



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpr.org/INTEGRITYDuals.

Prazos para recurso padrão no Nível 1

- Se usarmos os prazos padrão, devemos lhe dar nossa resposta **dentro de 7 dias corridos** após recebermos sua apelação para um medicamento que você não recebeu.
- Comunicaremos nossa decisão mais rapidamente se você não recebeu o medicamento e seu estado de saúde exigir. Se você acredita que seu estado de saúde exige, solicite um recurso rápido.
 - Caso não lhe demos uma decisão dentro de 7 dias corridos, enviaremos sua solicitação para o Nível 2 do processo de apelação. Em seguida, um Diretor de Relações com Investidores (RIO) a analisará. Consulte a **Seção G6** para obter informações sobre a organização de revisão e o processo de apelação do Nível 2.

Se dissermos **Sim** a parte ou à totalidade do seu pedido:

- Devemos **fornecer a cobertura** que concordamos em fornecer o mais rápido possível, conforme sua saúde exigir, mas **no máximo 7 dias corridos** após recebermos seu recurso.
- Precisamos **enviar o pagamento** pelo medicamento que você comprou **dentro de 30 dias corridos** após recebermos seu recurso.

Se dissermos **Não** a parte ou à totalidade do seu pedido:

- Nós lhe enviamos uma carta que explica os motivos e informa como você pode fazer uma apelação.
- Precisamos lhe dar nossa resposta sobre o reembolso de um medicamento que você comprou **dentro de 14 dias corridos** após recebermos seu recurso.
 - Se não lhe dermos uma decisão dentro de 14 dias corridos, enviaremos sua solicitação para o Nível 2 do processo de apelação. Em seguida, um Diretor de Relações com Investidores a analisará. Consulte a **Seção G6** para obter informações sobre a organização de revisão e o processo de apelação de Nível 2.
- Se dissermos **Sim** a parte ou à totalidade do seu pedido, devemos pagar você dentro de 30 dias corridos após recebermos sua solicitação.
- Se dissermos **Não** a parte ou à totalidade do seu pedido, enviaremos uma carta que explica os motivos e informa como pode apresentar uma apelação.

G6. Apresentando um Recurso de Nível 2



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Se dissermos "**Não**" ao seu Recurso de Nível 1, você poderá aceitar nossa decisão ou interpor outro recurso. Se decidir interpor outro recurso, utilize o processo de recurso de Recurso de Nível 2. O IRO analisa nossa decisão quando dissermos "**Não**" ao seu primeiro recurso. Esta organização decide se devemos alterar nossa decisão.

O nome formal da "Organização de Revisão Independente" (IRO) é "**Entidade de Revisão Independente**", às vezes chamada de "**IRE**".

Para fazer um Recurso de Nível 2, você, seu representante, seu médico ou outro prescritor deve entrar em contato com o IRO **por escrito** e solicitar uma revisão do seu caso.

- Se recusarmos o seu Recurso de Nível 1, a carta que lhe enviaremos incluirá **instruções sobre como apresentar um Recurso de Nível 2** ao IRO. As instruções informam quem pode apresentar o Recurso de Nível 2, quais os prazos que você deve cumprir e como entrar em contato com a organização.
- Quando você faz um recurso ao IRO, enviamos as informações que temos sobre o seu recurso à organização. Essas informações são chamadas de "arquivo do caso". **Você tem direito a uma cópia gratuita do seu arquivo do caso**.
- Você tem o direito de fornecer ao IRO informações adicionais para fundamentar seu recurso.

O IRO analisa seu Recurso do Medicare Parte D Nível 2 e fornece uma resposta por escrito. Consulte a **Seção F4** para obter mais informações sobre o IRO.

Prazos para recurso rápido no Nível 2

Se sua saúde exigir, peça ao IRO um recurso rápido.

- Se eles concordarem com um recurso rápido, eles deverão lhe dar uma resposta **dentro de 72 horas** após receber sua solicitação de recurso.
- Se eles disserem **Sim** a parte ou a toda a sua solicitação, devemos fornecer a cobertura de medicamentos aprovada **dentro de 24 horas** após receber a decisão do IRO.

Prazos para recurso padrão no Nível 2

Se você tiver um recurso padrão no Nível 2, o IRO deverá lhe dar uma resposta:

- **dentro de 7 dias corridos** após receberem seu recurso para um medicamento que você não recebeu.



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpr.org/INTEGRITYDuals.

- **dentro de 14 dias corridos** após receber seu recurso para reembolso de um medicamento que você comprou.

Se o IRO disser **Sim** a parte ou a toda a sua solicitação:

- Devemos fornecer a cobertura de medicamentos aprovada **dentro de 72 horas** após recebermos a decisão do IRO.
- Devemos reembolsar você pelo medicamento que você comprou dentro de 30 dias corridos após recebermos a decisão do IRO.
- Se o IRO disser "**Não**" ao seu recurso, significa que ele concorda com a nossa decisão de não aprovar o seu pedido. Isso se chama "manter a decisão" ou "rejeitar o seu recurso".

Se o IRO disser "**Não**" ao seu Recurso de Nível 2, você terá direito a um Recurso de Nível 3 se o valor em dólares da cobertura de medicamentos solicitada atingir um valor mínimo. Se o valor em dólares da cobertura de medicamentos solicitada for inferior ao mínimo exigido, você não poderá interpor outro recurso. Nesse caso, a decisão do Recurso de Nível 2 é final. O IRO lhe enviará uma carta informando o valor mínimo necessário para prosseguir com um Recurso de Nível 3.

Se o valor em dólares da sua solicitação atender aos requisitos, você decide se deseja prosseguir com o seu recurso.

- Há três níveis adicionais no processo de apelação após o Nível 2.
- Se o IRO disser **Não** ao seu Recurso de Nível 2 e você atender ao requisito para continuar o processo de recurso, você:
 - Decida se você quer fazer um Recurso de Nível 3.
 - Consulte a carta que o IRO lhe enviou após seu Recurso de Nível 2 para obter detalhes sobre como fazer um Recurso de Nível 3.

Um ALJ ou advogado adjudicador lida com Recursos de Nível 3. Consulte a **Seção J** para obter informações sobre Recursos de Níveis 3, 4 e 5.

H. Pedindo-nos para cobrir uma estadia hospitalar mais longa

Ao ser internado em um hospital, você tem direito a todos os serviços hospitalares que cobrimos e que sejam necessários para diagnosticar e tratar sua doença ou lesão. Para mais informações sobre a cobertura hospitalar do nosso plano, consulte o **Capítulo 4** deste *Manual do Membro*.



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Durante a sua internação hospitalar coberta, seu médico e a equipe do hospital trabalham com você para se preparar para o dia da sua alta. Eles também ajudam a providenciar os cuidados que você pode precisar após a alta.

- O dia em que você sai do hospital é chamado de “data de alta”.
- Seu médico ou a equipe do hospital lhe informarão a data da sua alta.

Se você acha que está sendo solicitado a deixar o hospital muito cedo ou está preocupado com o seu atendimento após a alta, pode solicitar uma internação mais longa. Esta seção explica como solicitar.

H1. Aprenda sobre seus direitos no Medicare

Dentro de dois dias após sua internação no hospital, alguém no hospital, como um enfermeiro ou assistente social, lhe dará um aviso por escrito chamado "Uma mensagem importante do Medicare sobre seus direitos". Todos os segurados do Medicare recebem uma cópia deste aviso sempre que são internados em um hospital.

Caso não receba o aviso, peça-o a qualquer funcionário do hospital. Se precisar de ajuda, ligue para o Serviço de Atendimento ao Cliente nos números no final da página. Você também pode ligar para 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Usuários de TTY devem ligar para 1877-486-2048.

- **Leia o aviso** com atenção e faça perguntas caso não entenda. O aviso informa sobre seus direitos como paciente hospitalar, incluindo seus direitos a:
 - Obtenha serviços cobertos pelo Medicare durante e após sua internação hospitalar. Você tem o direito de saber quais são esses serviços, quem os pagará e onde você pode obtê-los.
 - Participe de quaisquer decisões sobre a duração da sua internação hospitalar.
 - Saiba onde relatar quaisquer preocupações que você tenha sobre a qualidade do seu atendimento hospitalar.
 - Recorra se você acha que está recebendo alta do hospital muito cedo.
- **Assine o aviso** para mostrar que você o recebeu e entende seus direitos.
 - Você ou alguém agindo em seu nome pode assinar o aviso.
 - Assinar o aviso **apenas** demonstra que você recebeu as informações sobre seus direitos. Assinar **não** significa que você concorda com a data de alta que seu médico ou a equipe do hospital possam ter informado.



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpr.org/INTEGRITYDuals.

- **Guarde uma cópia** do aviso assinado para ter as informações em mãos caso precise delas.

Se você assinar o aviso mais de dois dias antes de deixar o hospital, receberá outra cópia antes de receber alta.

Você pode consultar uma cópia do aviso com antecedência se:

- Ligue para o Serviço de Atendimento ao Cliente nos números na parte inferior da página
- Ligue para o Medicare pelo telefone 1-800 MEDICARE (1 -800-633-4227). Usuários de TTY devem ligar para 1-877-486-2048.
- Visite www.cms.gov/medicare/forms-notice/beneficiary-notice-initiative/ffs-ma-im .

H2. Apresentando um Recurso de Nível 1

Para solicitar que cubramos seus serviços de internação hospitalar por um período maior, faça um recurso. A Organização para a Melhoria da Qualidade (QIO) analisa o Recurso de Nível 1 para verificar se a data de alta planejada é clinicamente adequada para você.

O QIO é um grupo de médicos e outros profissionais de saúde pagos pelo governo federal. Esses especialistas verificam e ajudam a melhorar a qualidade do atendimento para pessoas com Medicare. Eles não fazem parte do nosso plano.

Em Rhode Island, o QIO é a Acentra Health. Ligue para 1-888-319-8452. As informações de contato também estão no aviso " Uma Mensagem Importante do Medicare sobre Seus Direitos" e no **Capítulo 2** .

Ligue para o QIO antes de sair do hospital e, o mais tardar, na data planejada para sua alta.

- **Se você ligar antes de sair** , poderá permanecer no hospital após a data planejada de alta sem pagar por isso enquanto aguarda a decisão do QIO sobre seu recurso.
- **Se você não ligar para apelar** e decidir permanecer no hospital após a data de alta planejada, você poderá pagar todos os custos dos cuidados hospitalares que receber após a data de alta planejada.

Peça ajuda se precisar . Se tiver dúvidas ou precisar de ajuda a qualquer momento:

- Ligue para o Atendimento ao Cliente nos números na parte inferior da página.
- Ligue para o Programa Estadual de Assistência ao Seguro Saúde (SHIP) em 1-888-884-8721.

Solicite uma revisão rápida. Aja rapidamente e entre em contato com o QIO para solicitar uma revisão rápida da sua alta hospitalar.



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals .

O termo legal para “revisão rápida” é “revisão imediata” ou “revisão acelerada”.

O que acontece durante a revisão rápida

- Os revisores do QIO perguntam a você ou ao seu representante por que você acha que a cobertura deve continuar após a data de alta planejada. Você não é obrigado a escrever uma declaração, mas pode.
- Os revisores analisam suas informações médicas, conversam com seu médico e analisam as informações que o hospital e nosso plano forneceram a eles.
- Ao meio-dia do dia seguinte à comunicação do seu recurso pelos nossos revisores ao nosso plano, você receberá uma carta com a data de alta planejada. A carta também explica os motivos pelos quais seu médico, o hospital e nós consideramos que essa é a data de alta correta e clinicamente apropriada para você.

O termo legal para esta explicação escrita é "**Aviso Detalhado de Alta**". Você pode obter um modelo ligando para o Atendimento ao Cliente nos números na parte inferior da página ou ligando para 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). (Usuários de TTY devem ligar para 1-877-486-2048.) Você também pode consultar um modelo de aviso online em www.cms.gov/medicare/forms-notice/beneficiary-notice-initiative/ffs-ma-im.

Dentro de um dia inteiro após obter todas as informações necessárias, o QIO lhe dará a resposta ao seu apelo.

Se o QIO disser **Sim** ao seu recurso:

- Forneceremos serviços hospitalares cobertos para internação enquanto os serviços forem clinicamente necessários.

Se o QIO disser **Não** ao seu recurso:

- Eles acreditam que a data de alta planejada é clinicamente apropriada.
- Nossa cobertura para seus serviços de internação hospitalar terminará ao meio-dia do dia seguinte ao da resposta do QIO ao seu recurso.
- Você poderá ter que pagar o custo total do atendimento hospitalar recebido após o meio-dia do dia seguinte ao da resposta do QIO ao seu recurso.
- Você pode fazer um Recurso de Nível 2 se o QIO rejeitar seu Recurso de Nível 1 e você permanecer no hospital após a data de alta planejada.

H3. Apresentando um Recurso de Nível 2



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpr.org/INTEGRITYDuals.

Para um Recurso de Nível 2, peça ao QIO para revisar novamente a decisão tomada no seu Recurso de Nível 1. Ligue para 1-888-319-8452.

Você deve solicitar essa revisão **dentro de 60 dias corridos** após o dia em que o QIO disse "**Não**" ao seu Recurso de Nível 1. Você pode solicitar essa revisão **somente** se permanecer no hospital após a data em que sua cobertura para o tratamento terminou.

Os revisores do QIO irão:

- Dê outra olhada cuidadosa em todas as informações relacionadas ao seu recurso.
- Informaremos sua decisão sobre seu Recurso de Nível 2 dentro de 14 dias corridos após o recebimento de sua solicitação de segunda revisão.

Se o QIO disser **Sim** ao seu recurso:

- Devemos reembolsar a você **nossa parte dos custos** do atendimento hospitalar desde o meio-dia do dia seguinte à data em que o QIO rejeitou seu Recurso de Nível 1.
- Forneceremos serviços hospitalares cobertos para internação enquanto os serviços forem clinicamente necessários.

Se o QIO disser **Não** ao seu recurso:

- Eles concordam com a decisão sobre seu Recurso de Nível 1 e não a mudarão.
- Eles lhe entregam uma carta que informa o que você pode fazer se quiser continuar o processo de apelação e fazer uma apelação de nível 3.

Um ALJ ou advogado adjudicador lida com Recursos de Nível 3. Consulte a **Seção J** para obter informações sobre Recursos de Níveis 3, 4 e 5.

I. Pedindo-nos para continuar cobrindo certos serviços médicos

Esta seção trata apenas de três tipos de serviços que você pode receber:

- serviços de assistência médica domiciliar
- cuidados de enfermagem especializados em uma unidade de enfermagem especializada e
- CORF aprovado pelo Medicare . Isso geralmente significa que você está recebendo tratamento para uma doença ou acidente, ou está se recuperando de uma grande cirurgia.

Com qualquer um desses três tipos de serviços, você tem o direito de receber serviços cobertos pelo tempo que o médico disser que você precisa deles.



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpr.org/INTEGRITYDuals.

Caso decidamos interromper a cobertura de qualquer um desses serviços, precisamos informá-lo **antes** do término da cobertura. Quando a cobertura do serviço terminar, deixaremos de pagá-lo.

Se você acha que estamos encerrando a cobertura do seu tratamento muito cedo, **pode recorrer da nossa decisão**. Esta seção explica como solicitar um recurso.

11. Aviso prévio antes do término da sua cobertura

Enviamos a você um aviso por escrito, que você receberá com pelo menos dois dias de antecedência antes de interrompermos o pagamento do seu tratamento. Trata-se de um "Aviso de Não Cobertura do Medicare". O aviso informa a data em que interromperemos o pagamento do seu tratamento e como recorrer da nossa decisão.

Você ou seu representante legal deve assinar o aviso para comprovar que recebeu as informações. Assinar o aviso **apenas** demonstra que você recebeu as informações. Assinar **não** significa que você concorda com a nossa decisão.

12. Apresentando um Recurso de Nível 1

Se você acha que estamos encerrando a cobertura do seu tratamento muito cedo, pode recorrer da nossa decisão. Esta seção explica o processo de Recurso de Nível 1 e o que fazer.

- **Cumpra os prazos.** Os prazos são importantes. Entenda e cumpra os prazos aplicáveis às suas obrigações. Nosso plano também deve respeitar os prazos. Se você acha que não estamos cumprindo nossos prazos, pode registrar uma reclamação. Consulte a **Seção K** para obter mais informações sobre reclamações.
- **Peça ajuda se precisar.** Se tiver dúvidas ou precisar de ajuda a qualquer momento:
 - Ligue para o Atendimento ao Cliente nos números na parte inferior da página.
 - Ligue para o Programa Estadual de Assistência ao Seguro Saúde (SHIP) em 1-888-884-8721.
- **Entre em contato com a QIO.**
 - Consulte a **Seção H2** ou o **Capítulo 2** deste *Manual do Membro* para obter mais informações sobre o QIO e como contatá-lo.
 - Peça que eles revisem seu recurso e decidam se devem alterar a decisão do nosso plano.
- **Aja rapidamente e peça um "recurso rápido".** Pergunte ao QIO se é clinicamente apropriado encerrarmos a cobertura dos seus serviços médicos.

Seu prazo para entrar em contato com esta organização



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpr.org/INTEGRITYDuals.

- Você deve entrar em contato com o QIO para iniciar seu recurso até o meio-dia do dia anterior à data efetiva no “Aviso de Não Cobertura do Medicare” que lhe enviamos.

O termo legal para a notificação por escrito é "**Notificação de Não Cobertura do Medicare**". Para obter uma cópia de amostra, ligue para o Serviço de Atendimento ao Cliente nos números na parte inferior da página ou ligue para o Medicare pelo telefone 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Usuários de TTY devem ligar para 1-877-486-2048. Ou obtenha uma cópia online em www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/FFS-Expedited-Determination-Notices.

O que acontece durante um recurso rápido

- Os revisores do QIO perguntam a você ou ao seu representante por que você acha que a cobertura deve continuar. Você não é obrigado a escrever uma declaração, mas pode.
- Os revisores analisam suas informações médicas, conversam com seu médico e analisam as informações que nosso plano forneceu a eles.
- Nosso plano também envia uma notificação por escrito explicando os motivos para encerrar a cobertura dos seus serviços. Você receberá a notificação até o final do dia em que os avaliadores nos informarem sobre o seu recurso.

O termo legal para a explicação do aviso é "**Explicação detalhada da não cobertura**".

- Os revisores informam sua decisão em até um dia após receberem todas as informações necessárias.

Se o QIO disser **Sim** ao seu recurso:

- Forneceremos seus serviços cobertos enquanto eles forem clinicamente necessários.

Se o QIO disser **Não** ao seu recurso:

- Sua cobertura termina na data que informamos.
- Deixamos de pagar os custos deste atendimento na data indicada no aviso.
- Você paga o custo total deste atendimento se decidir continuar com o atendimento domiciliar de saúde, o atendimento em uma unidade de enfermagem especializada ou os serviços CORF após a data de término da sua cobertura.



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

- Você decide se deseja continuar esses serviços e faz um Recurso de Nível 2.

13. Apresentando um Recurso de Nível 2

Para um Recurso de Nível 2, peça ao QIO para revisar novamente a decisão tomada no seu Recurso de Nível 1. Ligue para 1-888-319-8452.

Você deve solicitar essa revisão **em até 60 dias corridos** após o dia em que a QIO disse "**Não**" ao seu Recurso de Nível 1. **Você só** poderá solicitar essa revisão se continuar a receber cuidados após a data em que sua cobertura terminou.

Os revisores do QIO irão:

- Dê outra olhada cuidadosa em todas as informações relacionadas ao seu recurso.
- Informaremos sua decisão sobre seu Recurso de Nível 2 dentro de 14 dias corridos após o recebimento de sua solicitação de segunda revisão.

Se o QIO disser **Sim** ao seu recurso:

- Nós reembolsaremos os custos dos cuidados que você recebeu desde a data em que dissemos que sua cobertura terminaria.
- Nós forneceremos cobertura para o cuidado pelo tempo que for clinicamente necessário.

Se o QIO disser **Não** ao seu recurso:

- Eles concordam com nossa decisão de encerrar seu tratamento e não vão alterá-lo.
- Eles lhe entregam uma carta que informa o que você pode fazer se quiser continuar o processo de apelação e fazer uma apelação de nível 3.

Um ALJ ou advogado adjudicador lida com recursos de nível 3. Consulte a **Seção J.** para obter informações sobre recursos de nível 3, 4 e 5.



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

J. Levando seu apelo além do Nível 2

J1. Próximos passos para serviços e itens do Medicare

Se você fez um Recurso de Nível 1 e um Recurso de Nível 2 para serviços ou itens do Medicare, e ambos os seus recursos foram rejeitados, você pode ter direito a níveis adicionais de recurso.

Se o valor em dólares do serviço ou item do Medicare que você apelou não atingir um determinado valor mínimo, você não poderá recorrer mais. Se o valor em dólares for alto o suficiente, você poderá continuar o processo de apelação. A carta que você recebe do IRO para o seu Recurso de Nível 2 explica quem contatar e o que fazer para solicitar um Recurso de Nível 3.

Apelação de Nível 3

O nível 3 do processo de apelação é uma audiência com um juiz administrativo. A pessoa que toma a decisão é um juiz administrativo ou um advogado adjudicador que trabalha para o governo federal.

Se o ALJ ou o advogado adjudicador disser **Sim** ao seu recurso, temos o direito de apelar de uma decisão de Nível 3 que seja favorável a você.

- Caso decidamos **recorrer** da decisão, enviaremos uma cópia da solicitação de Recurso de Nível 4, acompanhada dos documentos que a acompanham. Poderemos aguardar a decisão do Recurso de Nível 4 antes de autorizar ou prestar o serviço em disputa.
- Se decidirmos **não apelar** da decisão, devemos autorizar ou fornecer o serviço a você dentro de 60 dias corridos após receber a decisão do ALJ ou do advogado adjudicador.
 - Se o ALJ ou o advogado adjudicador disser **Não** ao seu recurso, o processo de recurso pode não ter terminado.
- Se você decidir **aceitar** esta decisão que rejeita seu recurso, o processo de recurso estará encerrado.
- Caso decida **não aceitar** a decisão que indefere o seu recurso, você poderá prosseguir para a próxima etapa do processo de revisão. A notificação que você receberá informará o que fazer em caso de um Recurso de Nível 4.

Apelação de Nível 4

O Conselho de Apelações do Medicare (Conselho) analisa seu recurso e emite uma resposta. O Conselho faz parte do governo federal.



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Se o Conselho disser **Sim** ao seu Recurso de Nível 4 ou negar nossa solicitação de revisão de uma decisão de Recurso de Nível 3 favorável a você, temos o direito de apelar ao Nível 5.

- Se decidirmos **apelar** da decisão, informaremos você por escrito.
- Se decidirmos **não apelar** da decisão, devemos autorizar ou fornecer o serviço a você dentro de 60 dias corridos após receber a decisão do Conselho.

Se o Conselho disser **Não** ou negar nossa solicitação de revisão, o processo de apelação pode não ter terminado.

- Se você decidir **aceitar** esta decisão que rejeita seu recurso, o processo de recurso estará encerrado.
- Se você decidir **não aceitar** a decisão que rejeita o seu recurso, poderá prosseguir para a próxima fase do processo de revisão. A notificação que você receberá informará se você pode prosseguir para um Recurso de Nível 5 e o que fazer.

Apelação de Nível 5

- Um juiz do Tribunal Distrital Federal analisará seu recurso e todas as informações e decidirá "**Sim**" ou "**Não**". Esta é a decisão final. Não há outras instâncias de recurso além do Tribunal Distrital Federal.

J2. Recursos adicionais do Medicaid de Rhode Island

Você também tem outros direitos de apelação se a sua apelação for sobre serviços ou itens que o Medicaid de Rhode Island normalmente cobre. A carta que você receber do escritório de Audiência Justa informará o que fazer se desejar continuar o processo de apelação. A terceira fase do processo de apelação para um serviço, item ou medicamento do Medicaid é no Tribunal Estadual.

J3. Níveis de apelação 3, 4 e 5 para solicitações de medicamentos do Medicare Parte D

Esta seção pode ser adequada para você se você fez um Recurso de Nível 1 e um Recurso de Nível 2, e ambos os recursos foram rejeitados.

Se o valor do medicamento que você apelou atingir um determinado valor monetário, você poderá prosseguir para níveis adicionais de apelação. A resposta por escrito que você receber ao seu Recurso de Nível 2 explica quem contatar e o que fazer para solicitar um Recurso de Nível 3.



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Apelação de Nível 3

O nível 3 do processo de apelação é uma audiência com um juiz administrativo. A pessoa que toma a decisão é um juiz administrativo ou um advogado adjudicador que trabalha para o governo federal.

Se o ALJ ou o advogado adjudicador disser **Sim** ao seu recurso :

- O processo de apelação terminou.
- Devemos autorizar ou fornecer a cobertura de medicamentos aprovada dentro de 72 horas (ou 24 horas para um recurso rápido) ou fazer o pagamento em até 30 dias corridos após recebermos a decisão.

Se o ALJ ou o advogado adjudicador disser **Não** ao seu recurso, o processo de recurso pode não ter terminado.

- Se você decidir **aceitar** esta decisão que rejeita seu recurso, o processo de recurso estará encerrado.
- Caso decida **não aceitar** a decisão que indefere o seu recurso, você poderá prosseguir para a próxima etapa do processo de revisão. A notificação que você receberá informará o que fazer em caso de um Recurso de Nível 4.

Apelação de Nível 4

O Conselho analisa seu recurso e lhe dá uma resposta. O Conselho faz parte do governo federal.

Se o Conselho disser **Sim** ao seu apelo:

- O processo de apelação terminou.
- Devemos autorizar ou fornecer a cobertura de medicamentos aprovada dentro de 72 horas (ou 24 horas para um recurso rápido) ou fazer o pagamento em até 30 dias corridos após recebermos a decisão.

Se o Conselho disser **Não** ao seu recurso ou se o Conselho negar o pedido de revisão, o processo de recurso pode não ter terminado.

- Se você decidir **aceitar** a decisão que rejeita seu recurso, o processo de recurso estará encerrado.
- Se você decidir **não aceitar** a decisão que rejeita o seu recurso, poderá prosseguir para a próxima fase do processo de revisão. A notificação que você receberá informará se você pode prosseguir para um Recurso de Nível 5 e o que fazer.



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpr.org/INTEGRITYDuals.

Apelação de Nível 5

- Um juiz do Tribunal Distrital Federal analisará seu recurso e todas as informações e decidirá "**Sim**" ou "**Não**". Esta é a decisão final. Não há outras instâncias de recurso além do Tribunal Distrital Federal.

K. Como fazer uma reclamação

K1. Que tipos de problemas devem ser reclamados

O processo de reclamação é usado apenas para certos tipos de problemas, como problemas sobre qualidade do atendimento, tempos de espera, coordenação do atendimento e atendimento ao cliente. Aqui estão alguns exemplos dos tipos de problemas tratados pelo processo de reclamação.

Reclamação	Exemplo
Qualidade do seu atendimento médico	<ul style="list-style-type: none"> • Você está insatisfeito com a qualidade do atendimento, como o atendimento que recebeu no hospital.
Respeitando sua privacidade	<ul style="list-style-type: none"> • Você acha que alguém não respeitou seu direito à privacidade ou compartilhou informações confidenciais sobre você.
Desrespeito, mau atendimento ao cliente ou outros comportamentos negativos	<ul style="list-style-type: none"> • Um profissional de saúde ou funcionário foi rude ou desrespeitoso com você. • Nossa equipe tratou você mal. • Você acha que está sendo excluído do nosso plano.



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Reclamação	Exemplo
Acessibilidade e assistência linguística	<ul style="list-style-type: none"> • Você não pode acessar fisicamente os serviços e instalações de saúde em um consultório médico ou prestador de serviços. • Seu médico ou profissional de saúde não fornece um intérprete para o idioma que você não fala, exceto o inglês (como a Língua Americana de Sinais ou o espanhol). • Seu provedor não lhe oferece outras acomodações razoáveis que você precisa e solicita.
Tempos de espera	<ul style="list-style-type: none"> • Você tem dificuldade para conseguir uma consulta ou espera muito tempo para consegui-la. • Médicos, farmacêuticos ou outros profissionais de saúde, serviços de atendimento aos associados ou outros funcionários do plano fazem você esperar muito tempo.
Limpeza	<ul style="list-style-type: none"> • Você acha que a clínica, o hospital ou o consultório médico não estão limpos.
Informações que você recebe de nós	<ul style="list-style-type: none"> • Você acha que deixamos de lhe enviar um aviso ou carta que você deveria ter recebido. • Você acha que as informações escritas que lhe enviamos são muito difíceis de entender.



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpr.org/INTEGRITYDuals.

Reclamação	Exemplo
Pontualidade em relação a decisões de cobertura ou recursos	<ul style="list-style-type: none"> • Você acha que não cumprimos nossos prazos para tomar uma decisão de cobertura ou responder ao seu recurso. • Você acha que, depois de obter uma decisão de cobertura ou apelação a seu favor, não cumprimos os prazos para aprovar ou fornecer o serviço ou reembolsá-lo por determinados serviços médicos. • Você não acha que enviamos seu caso ao IRO a tempo.

Existem diferentes tipos de reclamações. Você pode fazer uma reclamação interna e/ou externa. Uma reclamação interna é registrada e analisada pelo nosso plano. Uma reclamação externa é registrada e analisada por uma organização não afiliada ao nosso plano. Se precisar de ajuda para fazer uma reclamação interna e/ou externa, ligue para o Serviço de Atendimento ao Cliente pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711) ou para o RIPIN Healthcare Advocate pelo telefone 1-855-747-3224 (TTY 711) .

O termo legal para uma “reclamação” é “**queixa**”.

O termo legal para “fazer uma reclamação” é “**registrar uma queixa**”.

K2. Reclamações internas

Para fazer uma reclamação interna, ligue para o Serviço de Atendimento ao Cliente pelo telefone 1-844-812-6896. Você pode fazer a reclamação a qualquer momento, a menos que seja sobre um medicamento do Medicare Parte D. Se a reclamação for sobre um medicamento do Medicare Parte D, você deve fazê-la **em até 60** dias corridos após o problema sobre o qual deseja reclamar.

- Se houver algo mais que você precise fazer, o Atendimento ao Cliente lhe informará.
- Você também pode escrever sua reclamação e enviá-la para nós. Se você fizer sua reclamação por escrito, responderemos a ela por escrito.

O termo legal para “reclamação rápida” é “**reclamação expedita**”.



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals .

Se possível, responderemos imediatamente. Se você nos ligar com uma reclamação, poderemos responder na mesma ligação. Se o seu problema de saúde exigir uma resposta rápida, faremos isso.

- Respondemos à maioria das reclamações em até 30 dias corridos. Caso não tomemos uma decisão dentro desse prazo por precisarmos de mais informações, notificaremos você por escrito. Também forneceremos uma atualização do status e o tempo estimado para você receber a resposta.
- Se você fizer uma reclamação porque negamos sua solicitação de uma “decisão de cobertura rápida” ou um “recurso rápido”, automaticamente lhe daremos uma “reclamação rápida” e responderemos à sua reclamação em até 24 horas.
- Se você fizer uma reclamação porque demoramos mais para tomar uma decisão de cobertura ou apelar, automaticamente lhe daremos uma “reclamação rápida” e responderemos à sua reclamação em até 24 horas.

Caso discordemos com parte ou toda a sua reclamação, informaremos e apresentaremos os motivos. Responderemos independentemente de concordarmos ou não com a reclamação.

K3. Reclamações externas

Medicare

Você pode comunicar sua reclamação ao Medicare ou enviá-la ao Medicare. O Formulário de Reclamação do Medicare está disponível em: www.medicare.gov/my/medicare-complaint. Você não precisa registrar uma reclamação no Neighborhood INTEGRITY for Duals antes de registrar uma reclamação no Medicare.

O Medicare leva suas reclamações a sério e usa essas informações para ajudar a melhorar a qualidade do programa Medicare.

Se tiver algum outro feedback ou preocupação, ou se achar que o plano de saúde não está resolvendo o seu problema, ligue para 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Usuários de TTY, liguem para 1-877-486-2048. A ligação é gratuita.

Você pode informar o Departamento de Saúde de Rhode Island ou o Gabinete do Comissário de Seguro Saúde de Rhode Island (OHIC) sobre sua reclamação.

Você pode registrar uma reclamação no Departamento de Saúde de Rhode Island ligando para 1-401-222-2231 (TTY 711).

Você também pode registrar uma reclamação no Escritório do Comissário de Seguros de Saúde de Rhode Island ligando para 1-401-462-9517 (TTY 711). Escritório de Direitos Civis (OCR)



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Você pode fazer uma reclamação ao Departamento de Saúde e Serviços Humanos (HHS) OCR se achar que não foi tratado de forma justa. Por exemplo, você pode fazer uma reclamação sobre acesso para deficientes ou assistência linguística. O número de telefone do OCR é 1-800-368-1019. Usuários de TTY devem ligar para 1-800-537-7697. Você pode visitar www.hhs.gov/ocr para mais informações.

Você também pode entrar em contato com o escritório local do OCR em: 401-462-6427 (TTY 1-800-745-6575)

Você também pode ter direitos sob a Lei dos Americanos com Deficiência (ADA) e sob as Leis Gerais de Rhode Island § 42-87. Você pode entrar em contato com a linha de informações da ADA pelo telefone 1-800-514-0301 (TTY 1-833-610-1264).

QIO

Quando sua reclamação é sobre a qualidade do atendimento, você tem duas opções:

- Você pode fazer sua reclamação sobre a qualidade do atendimento diretamente ao QIO.
- Você pode fazer sua reclamação à QIO e ao nosso plano. Se você fizer uma reclamação à QIO, trabalharemos com eles para resolver sua reclamação.

O QIO é um grupo de médicos e outros especialistas em saúde pagos pelo governo federal para verificar e aprimorar o atendimento prestado aos pacientes do Medicare. Para saber mais sobre o QIO, consulte a **Seção H2** ou o **Capítulo 2** deste *Manual do Membro* .

Em Rhode Island, o QIO se chama Acentra Health. O número de telefone da Acentra Health é 1-888-319-8452, das 9h às 17h, de segunda a sexta; das 10h às 16h aos sábados, domingos e feriados. Há um correio de voz disponível 24 horas por dia. Usuários de TTY devem ligar para 711.



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals .

Capítulo 10: Encerramento da sua adesão ao nosso plano

Introdução

Este capítulo explica como pode encerrar a sua adesão ao nosso plano e quais são as suas opções de cobertura de saúde após sair do nosso plano. Se sair do nosso plano, continuará nos programas Medicare e Rhode Island Medicaid, desde que seja elegível. Os termos-chave e as suas definições aparecem por ordem alfabética no último capítulo do *Manual do Membro*.

Índice

A. Quando você pode encerrar sua assinatura do nosso plano	226
B. Como encerrar sua adesão ao nosso plano	227
C. Como obter os serviços Medicare e Rhode Island Medicaid separadamente	227
C1. Seus serviços Medicare	227
C2. Seus serviços Medicaid de Rhode Island	231
D. Seus itens médicos, serviços e medicamentos até o término de sua adesão ao nosso plano	232
E. Outras situações em que sua adesão ao nosso plano termina	232
F. Regras contra pedir que você deixe nosso plano por qualquer motivo relacionado à saúde .	233
G. Seu direito de fazer uma reclamação se encerrarmos sua adesão ao nosso plano	233
H. Como obter mais informações sobre o encerramento da sua adesão ao plano	234



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

A. Quando pode cancelar a sua adesão ao nosso plano

A maioria das pessoas com Medicare pode cancelar a sua adesão durante certas épocas do ano. Como tem o Rhode Island Medicaid, tem algumas opções para cancelar a sua adesão ao nosso plano em qualquer mês do ano.

Além disso, pode cancelar a sua adesão ao nosso plano durante os seguintes períodos de cada ano:

- O **Período de Inscrição Aberta**, que decorre de 15 de outubro a 7 de dezembro. Se escolher um novo plano durante este período, a sua adesão ao nosso plano termina em 31 de dezembro e a sua adesão ao novo plano começa em 1 de janeiro.
- O **Período de Inscrição Aberta do Medicare Advantage (MA)**, que vai de 1 de janeiro a 31 de março e também para novos beneficiários do Medicare que estão inscritos num plano, a partir do mês de direito à Parte A e Parte B até o último dia do terceiro mês de direito. Se escolher um novo plano durante esse período, a sua adesão ao novo plano começa no primeiro dia do mês seguinte.

Pode haver outras situações em que tenha direito a fazer uma alteração na sua inscrição. Por exemplo, quando:

- se mudar para fora da nossa área de cobertura,
- a sua elegibilidade para o Rhode Island Medicaid ou para a Ajuda Extra mudar, **ou**
- se o membro se mudou recentemente, está a receber cuidados ou acabou de sair de uma instituição de enfermagem ou de um hospital de cuidados prolongados.

A sua adesão termina no último dia do mês em que recebermos o seu pedido para alterar o seu plano. Por exemplo, se recebermos o seu pedido em 18 de janeiro, a sua cobertura com o nosso plano termina em 31 de janeiro. A sua nova cobertura começa no primeiro dia do mês seguinte (1 de fevereiro, neste exemplo).

Se sair do nosso plano, poderá obter informações sobre:

- As opções do Medicare na tabela da **Secção C1**.
- Os serviços do Medicaid na **Secção C2**.

Pode obter mais informações sobre como cancelar a sua adesão ligando para:

- Serviços para Membros, através do número indicado no final desta página. O número para utilizadores de TTY também está listado.
- Medicare: 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Os utilizadores de TTY devem ligar para o número 1-877-486-2048.



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpr.org/INTEGRITYDuals.

- Programa Estadual de Assistência ao Seguro de Saúde (State Health Insurance Assistance Program, SHIP), pelo número 1-888-884-8721. Os utilizadores de TTY devem ligar para o número 711.

NOTA: Se estiver num programa de gestão de medicamentos (drug management program, DMP), poderá não ser possível alterar os planos. Consulte o **Capítulo 5** deste *Manual do Membro* para obter informações sobre programas de gestão de medicamentos.

B. Como cancelar a sua adesão ao nosso plano

Se decidir cancelar a sua adesão, pode inscrever-se noutra plano Medicare ou mudar para o Original Medicare. No entanto, se quiser mudar do nosso plano para o Original Medicare, mas ainda não tiver selecionado um plano de medicamentos Medicare separado, deve solicitar o cancelamento da sua adesão ao nosso plano. Existem duas formas de solicitar o cancelamento da sua adesão:

- Pode enviar-nos um pedido por escrito. Contacte os Serviços para Membros através do número indicado no final desta página se precisar de mais informações sobre como fazer isso.
- Ligue para o Medicare através do número 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Os utilizadores de TTY (pessoas com dificuldades auditivas ou de fala) devem ligar para o número 1-877-486-2048. Ao ligar para o número 1-800-MEDICARE, também pode inscrever-se noutra plano de saúde ou de medicamentos do Medicare. Mais informações sobre como obter os serviços do Medicare ao sair do nosso plano estão disponíveis na tabela da página 200.

C. Como obter os serviços do Medicare e do Rhode Island Medicaid separadamente

Tem opções para obter os serviços do Medicare e do Medicaid se decidir sair do nosso plano.

C1. Os seus serviços Medicare

Tem três opções para obter os seus serviços Medicare listados abaixo em qualquer mês do ano. Tem uma opção adicional listada abaixo durante certas épocas do ano, incluindo o **Período de Inscrição Aberta** e o **Período de Inscrição Aberta do Medicare Advantage** ou outras situações descritas na **Secção A**. Ao escolher uma destas opções, termina automaticamente a sua adesão ao nosso plano.



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

<p>1. Você pode mudar para:</p> <p>Um plano do Programa de Cuidados Integrais para Idosos (PACE), se você se qualificar.</p>	<p>Aqui está o que fazer:</p> <p>Ligue para o Medicare pelo telefone 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Usuários de TTY devem ligar para 1-877-486-2048.</p> <p>Para dúvidas sobre o Programa de Cuidados Integrais para Idosos (PACE), ligue para 1-877-781-7223 (TTY 1-800-745-5555).</p> <p>Se precisar de ajuda ou mais informações:</p> <ul style="list-style-type: none">• Ligue para o Programa Estadual de Assistência ao Seguro Saúde (SHIP) pelo telefone 1-888-884-8721 (TTY 711), das 8h30 às 16h, de segunda a sexta-feira. Para mais informações ou para encontrar um escritório local do SHIP em sua região, visite www.oha.ri.gov.
--	---



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

<p>2. Você pode mudar para:</p> <p>Medicare original com um plano de medicamentos Medicare separado</p>	<p>Aqui está o que fazer:</p> <p>Ligue para o Medicare pelo telefone 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Usuários de TTY devem ligar para 1-877-486-2048.</p> <p>Se precisar de ajuda ou mais informações:</p> <ul style="list-style-type: none"> Ligue para o Programa Estadual de Assistência ao Seguro Saúde (SHIP) pelo telefone 1-888-884-8721 (TTY 711), das 8h30 às 16h, de segunda a sexta-feira. Para mais informações ou para encontrar um escritório local do SHIP em sua região, visite www.oha.ri.gov. <p>OU</p> <p>Inscriva-se em um novo plano de medicamentos do Medicare.</p> <p>Você será automaticamente cancelado do nosso plano quando sua cobertura do Medicare Original começar.</p> <p>Você será inscrito no programa Rhode Island Medicaid Fee for Service (FFS) para seus serviços do Medicaid.</p>
---	---



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpr.org/INTEGRITYDuals.

<p>3. Você pode mudar para:</p> <p>Medicare original sem um plano de medicamentos Medicare separado</p> <p>OBSERVAÇÃO: Se você mudar para o Medicare original e não se inscrever em um plano de medicamentos separado do Medicare, o Medicare poderá inscrevê-lo em um plano de medicamentos, a menos que você informe ao Medicare que não deseja participar.</p> <p>Você só deve cancelar a cobertura para medicamentos se tiver cobertura de outra fonte, como um empregador ou sindicato. Se tiver dúvidas sobre a necessidade de cobertura para medicamentos, ligue para o Programa Estadual de Assistência ao Seguro Saúde (SHIP) pelo telefone 1-888-884-8721 (TTY 711), de segunda a sexta-feira, das 8h30 às 16h. Para mais informações ou para encontrar um escritório local do SHIP em sua região, visite www.oha.ri.gov.</p>	<p>Aqui está o que fazer:</p> <p>Ligue para o Medicare pelo telefone 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Usuários de TTY devem ligar para 1-877-486-2048.</p> <p>Se precisar de ajuda ou mais informações:</p> <ul style="list-style-type: none"> Ligue para o Programa Estadual de Assistência ao Seguro Saúde pelo telefone 1-888-884-8721 (TTY 711), das 8h30 às 16h, de segunda a sexta-feira. Para mais informações ou para encontrar um escritório local do SHIP em sua região, visite www.oha.ri.gov. <p>Você será automaticamente cancelado do nosso plano quando sua cobertura do Medicare Original começar.</p> <p>Você será inscrito no programa Rhode Island Medicaid Fee for Service (FFS) para seus serviços do Medicaid.</p>
--	--



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

<p>4. Você pode mudar para:</p> <p>Qualquer plano de saúde Medicare durante determinados períodos do ano, incluindo o Período de Inscrição Aberta e o Período de Inscrição Aberta do Medicare Advantage ou outras situações descritas na Seção A.</p>	<p>Aqui está o que fazer:</p> <p>Ligue para o Medicare pelo telefone 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Usuários de TTY devem ligar para 1-877-486-2048.</p> <p>Para dúvidas sobre o Programa de Cuidados Integrais para Idosos (PACE), ligue para 1-877-781-7223 (TTY 1-800-745-5555).</p> <p>Se precisar de ajuda ou mais informações:</p> <ul style="list-style-type: none"> Ligue para o Programa Estadual de Assistência ao Seguro Saúde pelo telefone 1-888-884-8721 (TTY 711), das 8h30 às 16h, de segunda a sexta-feira. Para mais informações ou para encontrar um escritório local do SHIP em sua região, visite www.oha.ri.gov. <p>OU</p> <p>Inscreva-se em um novo plano Medicare.</p> <p>Você será automaticamente cancelado do nosso plano Medicare quando a cobertura do seu novo plano começar.</p> <p>Você será inscrito no programa Rhode Island Medicaid Fee for Service (FFS) para seus serviços do Medicaid.</p>
--	--

C2. Seus serviços Medicaid de Rhode Island

Para dúvidas sobre como obter os serviços do Medicaid de Rhode Island, incluindo longo prazo serviços e suportes (LTSS) após sair do nosso plano, entre em contato com o DHS de Rhode Island pelo telefone 1-855-697-4347. Usuários de TTY liguem para 711. O horário de funcionamento é de segunda a sexta, das 8h30 às 15h30. Pergunte como aderir a outro plano ou retornar ao Medicare original afeta a forma como você obtém sua cobertura do Medicaid de Rhode Island.



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

D. Seus itens médicos, serviços e medicamentos até o término de sua adesão ao nosso plano

Se você sair do nosso plano, poderá levar algum tempo até que sua assinatura termine e sua nova cobertura do Medicare e Medicaid comece. Durante esse período, você continuará recebendo seus medicamentos e cuidados de saúde por meio do nosso plano até que seu novo plano entre em vigor.

- Utilize nossos provedores de rede para receber atendimento médico.
- Utilize nossa rede de farmácias, inclusive por meio de nossos serviços de farmácia por correspondência, para obter suas receitas.
- Se você for hospitalizado no dia do término da sua assinatura do Neighborhood INTEGRITY for Duals, nosso plano cobrirá sua internação até sua alta. Isso acontecerá mesmo que sua nova cobertura de saúde comece antes da sua alta.

E. Outras situações em que sua adesão ao nosso plano termina

Estes são os casos em que devemos encerrar sua adesão ao nosso plano:

- Se houver uma interrupção na sua cobertura do Medicare Parte A e Medicare Parte B.
- Se você não se qualifica mais para o Medicaid. Nosso plano é para pessoas que se qualificam tanto para o Medicare quanto para o Medicaid.
- Se você for internado no Hospital Psiquiátrico Eleanor Slater do Hospital Estadual de Rhode Island por mais de sete (7) dias.
- Se você sair da nossa área de atendimento.
- Se você estiver fora da nossa área de atendimento por mais de seis meses.
 - Se você se mudar ou fizer uma viagem longa, ligue para o Atendimento ao Cliente para descobrir se o local para onde você está se mudando ou viajando está na área de cobertura do nosso plano.
- Se você for para a cadeia ou prisão por um crime.
- Se você mentir ou omitir informações sobre outros seguros que você tem para medicamentos.
- Se você não for cidadão dos Estados Unidos ou não estiver legalmente presente nos Estados Unidos.



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

- Você deve ser cidadão dos Estados Unidos ou estar legalmente presente nos Estados Unidos para ser membro do nosso plano.
- Os Centros de Serviços Medicare e Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) nos notificam se você não for elegível para continuar sendo um membro nessa base.
- Teremos que cancelar sua inscrição caso você não atenda a esse requisito.

Se você estiver dentro do período de 3 meses de elegibilidade contínua considerada do nosso plano, continuaremos a fornecer todos os benefícios do Medicare cobertos pelo plano Medicare Advantage. No entanto, durante esse período, não continuaremos a cobrir os benefícios do Medicaid incluídos no Plano Estadual do Medicaid aplicável, nem pagaremos os prêmios do Medicare ou a coparticipação de custos pelos quais o estado seria responsável se você não tivesse perdido sua elegibilidade ao Medicaid. O valor que você paga pelos serviços cobertos pelo Medicare pode aumentar durante esse período .

Podemos fazer você sair do nosso plano pelos seguintes motivos somente se primeiro obtivermos permissão do Medicare e do Medicaid:

- Se você intencionalmente nos fornecer informações incorretas ao se inscrever em nosso plano e essas informações afetarem sua elegibilidade para nosso plano.
- Se você se comportar continuamente de uma maneira perturbadora e dificultar que forneçamos cuidados médicos para você e outros membros do nosso plano.
- Se você permitir que outra pessoa use seu Cartão de Identificação de Membro para obter assistência médica. (O Medicare pode pedir ao Inspetor Geral para investigar seu caso se encerrarmos sua associação por esse motivo.)

F. Regras contra pedir que você deixe nosso plano por qualquer motivo relacionado à saúde

Não podemos pedir que você deixe nosso plano por qualquer motivo relacionado à sua saúde. Se você acha que estamos pedindo que você deixe nosso plano por um motivo relacionado à saúde, **ligue para o Medicare** pelo telefone 1800-MEDICARE (1-800-633-4227). Usuários de TTY devem ligar para 1-877-486-2048.

G. Seu direito de fazer uma reclamação se encerrarmos sua assinatura em nosso plano

Se encerrarmos sua assinatura em nosso plano, precisaremos informar por escrito os motivos do encerramento. Também precisaremos explicar como você pode registrar uma reclamação ou



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpr.org/INTEGRITYDuals .

fazer uma reclamação sobre nossa decisão de encerrar sua assinatura. Você também pode consultar o **Capítulo 9** deste *Manual do Membro* para obter informações sobre como fazer uma reclamação.

H. Como obter mais informações sobre o encerramento da sua assinatura do plano

Se você tiver dúvidas ou quiser mais informações sobre como encerrar sua associação, ligue para o Atendimento ao Membro no número na parte inferior desta página .



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpr.org/INTEGRITYDuals .

Capítulo 11: Avisos legais

Introdução

Este capítulo inclui avisos legais que se aplicam à sua adesão ao nosso plano. Os termos-chave e as suas definições aparecem por ordem alfabética no último capítulo do *Manual do Membro*.

A. Aviso sobre as leis	236
B. Aviso sobre não discriminação	236
C. Aviso sobre o Medicare como segundo pagador e o Medicaid de Rhode Island como pagador de último recurso	237



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

A. Aviso legal

Este *Manual do Membro* está sujeito a várias leis. Essas leis podem afetar os seus direitos e responsabilidades, mesmo que não estejam incluídas ou explicadas neste *Manual do Membro*. As principais leis aplicáveis são as leis federais sobre os programas Medicare e Rhode Island Medicaid. Outras leis federais e estaduais também podem ser aplicáveis.

B. Aviso sobre não discriminação

Todas as empresas ou agências que trabalham com o Medicare e o Medicaid devem obedecer às leis que protegem os membros contra discriminação ou tratamento injusto. Não discriminamos nem tratamos de forma diferente devido à sua raça, etnia, nacionalidade, cor da pele, religião, sexo, idade, deficiência mental ou física, estado de saúde, histórico de lesões, histórico médico, informações genéticas, elegibilidade para seguro ou local de residência dentro da área de cobertura. Além disso, não pode ser tratado de forma diferente devido aos seus recursos de saúde, comportamento, identidade de gênero, expressão de gênero, capacidade mental, recebimento de cuidados de saúde ou utilização de serviços de saúde.

É nossa responsabilidade tratá-lo com dignidade e respeito em todos os momentos.

Se desejar obter mais informações ou tiver dúvidas sobre discriminação ou tratamento injusto:

- Ligue para o Departamento de Saúde e Serviços Humanos, Gabinete de Direitos Civis, através do número 1-800-368-1019. Os utilizadores de TTY devem ligar para o número 1-800-537-7697. Também pode visitar www.hhs.gov/ocr para obter mais informações.
- Ligue para o seu Gabinete de Direitos Civis local,
 - Comissão de Direitos Humanos de Rhode Island, através do número 1-401-462-6427. Os utilizadores de TTY devem ligar para o número 711. Para mais informações, visite www.richr.ri.gov/.
 - Oficial de Ligação com a Comunidade do Departamento de Serviços Humanos de Rhode Island, pelo número 1-401-462-6427. 1-401-462-6427. Os utilizadores de TTY devem ligar para o número 711.
- Se tiver alguma deficiência e precisar de ajuda para aceder a serviços de saúde ou a um prestador, ligue para os Serviços para Membros. Se tiver alguma reclamação, como um problema com o acesso para cadeiras de rodas, os Serviços para Membros poderão ajudá-lo.



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

C. Aviso sobre o Medicare como segundo pagador e o Rhode Island Medicaid como pagador de último recurso

Às vezes, outra pessoa deve pagar primeiro pelos serviços que lhe prestamos. Por exemplo, se tiver um acidente de carro ou se se ferir no trabalho, o seguro ou a Indemnização por Acidentes de Trabalho devem pagar primeiro.

Temos o direito e a responsabilidade de cobrar pelos serviços cobertos pelo Medicare para os quais o Medicare não é o primeiro pagador.

Cumprimos as leis e regulamentos federais e estaduais relativos à responsabilidade legal de terceiros pelos serviços de saúde prestados aos membros. Tomamos todas as medidas razoáveis para garantir que o Rhode Island Medicaid seja o pagador de último recurso.



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Capítulo 12: Definições de palavras importantes

Introdução

Este capítulo inclui termos-chave usados ao longo deste *Manual do Membro* com as suas definições. Os termos estão listados em ordem alfabética. Se não conseguir encontrar um termo que procura ou se precisar de mais informações além da definição, contacte os Serviços para Membros.

Atividades da vida diária (Activities of daily living, ADL): As coisas que as pessoas fazem num dia normal, como comer, usar a casa de banho, vestir-se, tomar banho ou escovar os dentes.

Juiz administrativo: Juiz que analisa um Recurso de Nível 3.

Programa de assistência a medicamentos para SIDA (AIDS drug assistance program, ADAP): Um programa que ajuda indivíduos elegíveis que vivem com VIH/SIDA a ter acesso a medicamentos para VIH que salvam vidas.

Centro cirúrgico de ambulatório: Uma instalação que oferece cirurgia de ambulatório a pacientes que não precisam de cuidados hospitalares e que não devem precisar de mais de 24 horas de cuidados.

Recurso: Uma forma de contestar a nossa ação se considerar que cometemos um erro. Pode solicitar-nos que alteremos uma decisão de cobertura apresentando um recurso. O **Capítulo 9** deste *Manual do Membro* explica os recursos, incluindo como apresentar um recurso.

Saúde comportamental: Um termo abrangente que se refere a perturbações de saúde mental e consumo de substâncias.

Produto biológico: Um medicamento feito a partir de fontes naturais e vivas, como células animais, células vegetais, bactérias ou leveduras. Os produtos biológicos são mais complexos do que outros medicamentos e não podem ser copiados exatamente, por isso as formas alternativas são chamadas de biossimilares. (Consulte também “Produto Biológico Original” e “Biossimilar”).

Biossimilar: Um produto biológico muito semelhante, mas não idêntico, ao produto biológico original. Os biossimilares são tão seguros e eficazes quanto o produto biológico original. Alguns biossimilares podem substituir o produto biológico original na farmácia sem a necessidade de uma nova receita médica. (Consulte “Biossimilares intercambiáveis”).

Medicamento de marca: Um medicamento fabricado e vendido pela empresa que o fabricou originalmente. Os medicamentos de marca têm os mesmos ingredientes que as versões genéricas dos medicamentos. Os medicamentos genéricos são geralmente fabricados e vendidos por outras empresas farmacêuticas e, em geral, não estão disponíveis até que a patente do medicamento de marca tenha expirado.

Gestor de cuidados: Uma pessoa principal que trabalha consigo, com o plano de saúde e com os seus prestadores de cuidados para garantir que recebe os cuidados de que necessita.



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações,** visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Plano de cuidados: Um plano que define quais os serviços que irá receber e como os irá receber. O seu plano pode incluir serviços médicos, serviços de saúde comportamental e serviços e apoios de longo prazo.

Equipa de cuidados: Uma equipa de cuidados pode incluir médicos, enfermeiros, conselheiros ou outros profissionais de saúde que estão lá para o ajudar a obter os cuidados de que necessita. A sua equipa de cuidados também o ajuda a elaborar um plano de cuidados.

Fase de cobertura catastrófica: A fase do benefício de medicamentos do Medicare Parte D em que o nosso plano paga todos os custos dos seus medicamentos até ao final do ano. O membro entra nesta fase quando (ou outras partes qualificadas em seu nome) gasta US\$ 2.100 em medicamentos cobertos pela Parte D durante o ano. O membro não paga nada.

Centros de Serviços Medicare e Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS): A agência federal responsável pelo Medicare. O **Capítulo 2** deste *Manual do Membro* explica como entrar em contacto com os CMS.

Reclamação: Uma declaração escrita ou verbal referindo que tem um problema ou preocupação sobre os seus serviços ou cuidados cobertos. Isso inclui quaisquer preocupações sobre a qualidade do serviço, a qualidade dos seus cuidados, os nossos prestadores da rede ou as nossas farmácias da rede. O nome formal para "apresentar uma reclamação" é "apresentar uma queixa".

Centro de Reabilitação de Ambulatório Abrangente (Comprehensive outpatient rehabilitation facility, CORF): Um centro que presta principalmente serviços de reabilitação após uma doença, acidente ou operação delicada. Oferece uma variedade de serviços, incluindo fisioterapia, serviços sociais ou psicológicos, terapia respiratória, terapia ocupacional, terapia da fala e serviços de avaliação do ambiente doméstico.

Continuidade dos cuidados: Uma abordagem para garantir que a equipa de cuidados centrada no paciente esteja envolvida de forma cooperativa na gestão contínua dos cuidados de saúde com o objetivo comum de prestar cuidados médicos de alta qualidade. A continuidade dos cuidados promove a segurança do paciente e garante a qualidade dos cuidados ao longo do tempo. Promover a continuidade dos cuidados inclui partilhar informações médicas do paciente entre os prestadores e também garantir que o paciente tenha transições seguras e coordenadas entre diferentes instalações e prestadores de cuidados de saúde.

Copagamento: Um valor fixo que paga como sua parte do custo cada vez que recebe determinados serviços ou medicamentos. Por exemplo, pode pagar US\$ 2 ou US\$ 5 por um serviço *ou* medicamento.

Partilha de custos: Valores que tem de pagar quando recebe determinados serviços *ou* medicamentos. A partilha de custos inclui copagamentos.

Escalão de partilha de custos: Um grupo de medicamentos com o mesmo copagamento. Todos os medicamentos da *Lista de Medicamentos Cobertos* (também conhecida como *Lista de Medicamentos*) estão num dos cinco (5) escalões de partilha de custos. Em geral, quanto mais alto o nível de partilha de custos, mais alto será o custo do medicamento.

Decisão de cobertura: Uma decisão sobre quais os benefícios que cobrimos. Isso inclui decisões sobre medicamentos e serviços cobertos ou o valor que pagamos pelos seus serviços de saúde. O **Capítulo 9** deste *Manual do Membro* explica como solicitar uma decisão de cobertura.



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações,** visite www.nhpr.org/INTEGRITYDuals.

Medicamentos cobertos: O termo que usamos para nos referirmos a todos os medicamentos sujeitos a receita médica e não sujeitos a receita médica (over-the-counter, OTC) cobertos pelo nosso plano.

Serviços cobertos: O termo geral que usamos para nos referirmos a todos os cuidados de saúde, serviços e apoios de longo prazo, fornecimentos, medicamentos sujeitos a receita médica e não sujeitos a receita médica, equipamentos e outros serviços cobertos pelo nosso plano.

Taxa diária de partilha de custos: Uma taxa que pode ser aplicada quando o seu médico prescreve menos do que um mês completo de determinados medicamentos para si e é necessário pagar uma coparticipação. A taxa diária de partilha de custos é a coparticipação dividida pelo número de dias de um mês de fornecimento.

Aqui está um exemplo: digamos que a coparticipação para o seu medicamento para um mês completo (um fornecimento de 30 dias) é de US\$ 1,60. Isto significa que o valor que paga pelo seu medicamento é inferior a US\$ 0,05 por dia. Se receber um fornecimento de 7 dias do medicamento, o seu pagamento será inferior a US\$ 0,05 por dia multiplicado por 7 dias, totalizando um pagamento inferior a US\$ 0,37.

Cancelamento da inscrição: O processo de cancelamento da sua adesão ao nosso plano. O cancelamento da inscrição pode ser voluntário (por sua própria escolha) ou involuntário (não por sua própria escolha).

Programa de gestão de medicamentos (Drug management program, DMP): Um programa que ajuda a garantir que os membros utilizem com segurança os opioides prescritos e outros medicamentos frequentemente alvo de abusos de consumo.

Escalões de medicamentos: Grupos de medicamentos na nossa *Lista de Medicamentos*. Medicamentos genéricos, de marca ou sem receita médica (over-the-counter, OTC) são exemplos de níveis de medicamentos. Cada medicamento da *Lista de Medicamentos* está num dos cinco (5) escalões.

Plano de necessidades especiais com dupla elegibilidade (Dual eligible special needs plan, D-SNP): Plano de saúde que cobre indivíduos elegíveis tanto para o Medicare quanto para o Medicaid. O nosso plano é um D-SNP.

Equipamento médico durável (Durable medical equipment, DME): Certos itens que o seu médico prescreve para utilizar em sua própria casa. Exemplos desses itens são cadeiras de rodas, muletas, sistemas de colchões motorizados, fornecimentos para diabéticos, camas hospitalares prescritas por um profissional de saúde para utilização em casa, bombas de infusão IV, dispositivos geradores de fala, equipamentos e fornecimentos de oxigénio, nebulizadores e andadores.

Emergência: Uma emergência médica quando o membro, ou qualquer outra pessoa com conhecimentos médios de saúde e medicina, acredita que tem sintomas médicos que necessitam de atenção médica imediata para evitar a morte, perda de uma parte do corpo ou perda ou comprometimento grave de uma função corporal (e, se for uma mulher grávida, perda do feto). Os sintomas médicos podem ser uma doença, lesão, dor intensa ou uma condição médica que está a piorar rapidamente.



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações,** visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Cuidados de emergência: Serviços cobertos prestados por um prestador treinado para prestar serviços de emergência e necessários para tratar uma emergência médica ou de saúde comportamental.

Exceção: Permissão para obter cobertura para um medicamento que normalmente não é coberto ou para usar o medicamento sem certas regras e limitações.

Serviços excluídos: Serviços que não são cobertos por este plano de saúde.

Ajuda Extra: programa do Medicare que ajuda pessoas com renda e recursos limitados a reduzir os custos com medicamentos da Parte D do Medicare, como prêmios, franquias e copagamentos. A Ajuda Extra também é chamada de "Subsídio para Baixa Renda" ou "LIS".

Medicamento genérico: um medicamento aprovado pela FDA para uso no lugar de um medicamento de marca. Um medicamento genérico tem os mesmos ingredientes de um medicamento de marca. Geralmente é mais barato e funciona tão bem quanto o medicamento de marca.

Reclamação: Uma reclamação que você faz sobre nós ou sobre um de nossos prestadores de serviços ou farmácias da rede. Isso inclui uma reclamação sobre a qualidade do seu atendimento ou a qualidade do serviço prestado pelo seu plano de saúde.

Plano de saúde: Uma organização composta por médicos, hospitais, farmácias, prestadores de serviços de longa duração e outros prestadores. Também conta com coordenadores de cuidados para ajudar você a gerenciar todos os seus prestadores e serviços. Todos trabalham juntos para fornecer o atendimento que você precisa.

Avaliação de risco à saúde (ARS): Uma análise do seu histórico médico e da sua condição atual. É usada para aprender sobre a sua saúde e como ela pode mudar no futuro.

Auxiliar de saúde domiciliar: pessoa que presta serviços que não exigem as habilidades de um enfermeiro ou terapeuta licenciado, como auxílio com cuidados pessoais (como tomar banho, usar o banheiro, vestir-se ou realizar os exercícios prescritos). Auxiliares de saúde domiciliar não possuem licença de enfermagem nem oferecem terapia.

Hospício: Um programa de cuidado e apoio para ajudar pessoas com prognóstico terminal a viverem confortavelmente. Um prognóstico terminal significa que uma pessoa foi clinicamente certificada como doente terminal, ou seja, tem uma expectativa de vida de 6 meses ou menos.

- Um inscrito com prognóstico terminal tem o direito de optar por cuidados paliativos.
- Uma equipe especialmente treinada de profissionais e cuidadores oferece cuidados para a pessoa como um todo, incluindo necessidades físicas, emocionais, sociais e espirituais.
- Precisamos fornecer uma lista de prestadores de serviços de cuidados paliativos em sua área geográfica.

Organização de Revisão Independente (IRO): Uma organização independente contratada pelo Medicare que analisa um recurso de nível 2. Não está vinculada a nós e não é uma agência governamental. Esta organização decide se a decisão que tomamos está correta ou se deve ser alterada. O Medicare supervisiona seu trabalho. O nome formal é **Entidade de Revisão Independente**.



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações,** visite www.nhpr.org/INTEGRITYDuals.

Fase inicial de cobertura: A fase anterior ao total de despesas com medicamentos do Medicare Parte D atingir US\$ 2.100. Isso inclui os valores que você pagou, o que nosso plano pagou em seu nome e o subsídio para baixa renda. Você começa nesta fase ao aviar sua primeira receita do ano. Durante esta fase, nós pagamos parte dos custos dos seus medicamentos e você paga a sua parte.

Internação: termo usado quando Você é formalmente internado no hospital para serviços médicos especializados. Se não for formalmente internado, você ainda poderá ser considerado um paciente ambulatorial em vez de internado, mesmo que passe a noite no hospital.

Biosimilar Intercambiável: Um biosimilar que pode ser substituído na farmácia sem a necessidade de nova receita, pois atende a requisitos adicionais sobre o potencial de substituição automática. A substituição automática na farmácia está sujeita à legislação estadual.

Lista de Medicamentos Cobertos (Lista de Medicamentos): Uma lista de medicamentos com e sem receita médica (OTC) que cobrimos. Selecionamos os medicamentos desta lista com a ajuda de médicos e farmacêuticos. A *Lista de Medicamentos* informa se há alguma regra que você precisa seguir para obter seus medicamentos. A *Lista de Medicamentos* às vezes é chamada de "formulário".

Longo prazo Serviços e Suportes (LTSS): Os serviços e apoios de longa duração ajudam a melhorar uma condição médica de longa duração. A maioria desses serviços permite que você permaneça em casa , evitando a necessidade de ir a uma casa de repouso ou hospital. Os LTSS incluem Serviços Comunitários e Instalações de Enfermagem (NF).

Subsídio de baixa renda (LIS): Consulte "Ajuda extra"

Medicaid: Um programa administrado pelo governo federal e pelo estado que ajuda pessoas com renda e recursos limitados a pagar por serviços e apoios de longo prazo e custos médicos.

Medicamento necessário: descreve serviços, suprimentos ou medicamentos que você precisa para prevenir, diagnosticar ou tratar uma condição médica ou para manter seu estado de saúde atual. Isso inclui cuidados que impeçam sua internação em um hospital ou unidade de repouso. Também significa que os serviços, suprimentos ou medicamentos atendem aos padrões aceitos pela prática médica.

Medicare: O programa federal de seguro saúde para pessoas com 65 anos ou mais, algumas pessoas com menos de 65 anos com certas deficiências e pessoas com doença renal em estágio terminal (geralmente aquelas com insuficiência renal permanente que precisam de diálise ou transplante renal). Pessoas com Medicare podem obter sua cobertura de saúde Medicare por meio do Medicare Original ou de um plano de saúde gerenciado (consulte "Plano de saúde").

Medicare Advantage: Um programa do Medicare, também conhecido como "Medicare Parte C" ou "MA", que oferece planos MA por meio de empresas privadas. O Medicare paga essas empresas para cobrir seus benefícios do Medicare.

Período de inscrição aberta do Medicare Advantage – O período de 1º de janeiro a março 31, quando os membros de um plano Medicare Advantage podem cancelar sua inscrição e mudar para outro plano Medicare Advantage ou obter cobertura pelo Medicare Original. Se você optar por mudar para o Medicare Original durante esse período, também poderá aderir a um plano separado de medicamentos prescritos do Medicare. O Período de Inscrição Aberta do Medicare Advantage também está disponível por um período de 3 meses após a pessoa se tornar elegível



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

ao Medicare pela primeira vez.

Conselho de Recursos do Medicare (Conselho): Conselho que analisa recursos de nível 4. O Conselho faz parte do governo federal.

Serviços cobertos pelo Medicare: Serviços cobertos pelo Medicare Parte A e Medicare Parte B. Todos os planos de saúde do Medicare, incluindo o nosso plano, devem cobrir todos os serviços cobertos pelo Medicare Parte A e Medicare Parte B.

Programa de prevenção de diabetes do Medicare (MDPP): um programa estruturado de mudança de comportamento de saúde que oferece treinamento em mudanças alimentares de longo prazo, aumento da atividade física e estratégias para superar desafios para manter a perda de peso e um estilo de vida saudável.

Inscrito no Medicare-Medicaid: Pessoa que se qualifica para a cobertura do Medicare e do Medicaid. Um inscrito no Medicare-Medicaid também é chamado de “indivíduo duplamente elegível”.

Medicare Parte A: O programa Medicare que cobre a maioria dos cuidados hospitalares, instalações de enfermagem especializadas, assistência médica domiciliar e cuidados paliativos clinicamente necessários.

Medicare Parte B: O programa Medicare que cobre serviços (como exames laboratoriais, cirurgias e consultas médicas) e suprimentos (como cadeiras de rodas e andadores) clinicamente necessários para tratar uma doença ou condição. O Medicare Parte B também cobre muitos serviços preventivos e de triagem.

Medicare Parte C: O programa Medicare, também conhecido como “Medicare Advantage” ou “MA”, que permite que empresas privadas de seguro saúde forneçam benefícios do Medicare por meio de um Plano MA.

Medicare Parte D: O programa de benefícios para medicamentos do Medicare. Chamamos este programa de “Parte D” para abreviar. O Medicare Parte D cobre medicamentos ambulatoriais, vacinas e alguns suprimentos não cobertos pelo Medicare Parte A, Medicare Parte B ou Medicaid. Nosso plano inclui o Medicare Parte D.

Medicamentos do Medicare Parte D: Medicamentos cobertos pelo Medicare Parte D. O Congresso exclui especificamente certas categorias de medicamentos da cobertura do Medicare Parte D. O Medicaid pode cobrir alguns desses medicamentos.

Gestão da Terapia Medicamentosa (MTM): Um programa do Medicare Parte D para necessidades de saúde complexas, oferecido a pessoas que atendem a determinados requisitos ou estão em um Programa de Gestão de Medicamentos. Os serviços de MTM geralmente incluem uma conversa com um farmacêutico ou profissional de saúde para revisão de medicamentos. Consulte o **Capítulo 5** deste *Manual do Membro* para mais informações.

Membro (membro do nosso plano ou membro do plano): Uma pessoa com Medicare e Medicaid que se qualifica para obter serviços cobertos, que se inscreveu em nosso plano e cuja inscrição foi confirmada pelos Centros de Serviços Medicare e Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) e pelo estado.

Manual do Membro e Informações de Divulgação: Este documento, juntamente com seu



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações,** visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

formulário de inscrição e quaisquer outros anexos ou cláusulas adicionais que explicam sua cobertura, o que devemos fazer, seus direitos e o que você deve fazer como membro do nosso plano.

Atendimento ao Membro: Um departamento em nosso plano responsável por responder às suas perguntas sobre associação, benefícios, reclamações e recursos. Consulte o **Capítulo 2** deste *Manual do Membro* para obter mais informações sobre os Serviços ao Membro.

Farmácia da rede: Uma farmácia (drogaria) que concordou em fornecer receitas para os membros do nosso plano. Chamamos essas farmácias de "farmácias da rede" porque concordaram em trabalhar com o nosso plano. Na maioria dos casos, cobrimos suas receitas apenas quando aviadas em uma de nossas farmácias da rede.

Prestador de serviços de rede: "Prestador" é o termo geral que usamos para médicos, enfermeiros e outras pessoas que prestam serviços e cuidados. O termo também inclui hospitais, agências de saúde domiciliar, clínicas e outros locais que oferecem serviços de saúde, equipamentos médicos e serviços e apoios de longo prazo.

- Eles são licenciados ou certificados pelo Medicare e pelo estado para fornecer serviços de saúde.
- Nós os chamamos de "provedores de rede" quando eles concordam em trabalhar com nosso plano de saúde, aceitam nosso pagamento e não cobram nenhum valor extra dos membros.
- Enquanto você for membro do nosso plano, deverá utilizar operadoras de rede para obter os serviços cobertos. As operadoras de rede também são chamadas de "operadoras de planos".

Casa de repouso ou instalação: Um lugar que fornece cuidados para pessoas que não podem receber cuidados em casa, mas não precisam ficar no hospital.

Período de inscrição aberta – O período de 15 de outubro a 7 de dezembro de cada ano, quando os membros podem alterar seus planos de saúde ou medicamentos ou migrar para o Medicare original.

Determinação da organização: Nosso plano faz uma determinação da organização quando nós, ou um de nossos provedores, decidimos se os serviços são cobertos ou quanto você paga por eles. As determinações da organização são chamadas de "decisões de cobertura". **O Capítulo 9** deste *Manual do Membro* explica as decisões de cobertura.

Produto Biológico Original: Um produto biológico aprovado pela FDA e que serve como referência para fabricantes que produzem uma versão biossimilar. Também é chamado de produto de referência.

Medicare Original (Medicare tradicional ou Medicare com pagamento por serviço): O governo oferece o Medicare Original. No Medicare Original, os serviços são cobertos pelo pagamento a médicos, hospitais e outros prestadores de serviços de saúde, conforme determinado pelo Congresso.

- Você pode usar qualquer médico, hospital ou outro provedor de saúde que aceite o Medicare. O Medicare original tem duas partes: Medicare Parte A (seguro hospitalar) e Medicare Parte B (seguro médico).



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

- O Medicare original está disponível em todos os lugares dos Estados Unidos.
- Se você não quiser participar do nosso plano, pode escolher o Medicare Original.

Farmácia fora da rede: uma farmácia que não concordou em trabalhar com o nosso plano para coordenar ou fornecer medicamentos cobertos aos membros do nosso plano. Nosso plano não cobre a maioria dos medicamentos que você obtém em farmácias fora da rede, a menos que certas condições se apliquem.

Prestador de serviços fora da rede ou estabelecimento fora da rede: Um prestador ou estabelecimento que não é empregado, de propriedade ou operado pelo nosso plano e não está sob contrato para fornecer serviços cobertos aos membros do nosso plano. **O Capítulo 3** deste *Manual do Membro* explica o que são prestadores ou estabelecimentos fora da rede.

Custos diretos : O requisito de compartilhamento de custos para que os membros paguem parte dos serviços ou medicamentos que recebem também é chamado de requisito de custos "diretos". Consulte a definição de "compartilhamento de custos" acima.

Medicamentos de venda livre (OTC): Medicamentos de venda livre são medicamentos que uma pessoa pode comprar sem receita médica de um profissional de saúde.

Parte A: Consulte "Medicare Parte A".

Parte B: Consulte "Medicare Parte B".

Parte C: Consulte "Medicare Parte C".

Parte D: Consulte "Medicare Parte D".

Medicamentos da Parte D: Consulte "Medicamentos da Parte D do Medicare".

Período de Elegibilidade Continuada Considerada: Um período de elegibilidade contínua considerada, também conhecido como período de consideração, é uma extensão temporária da adesão ao plano para indivíduos que perderam temporariamente a elegibilidade para um plano especializado, como um Plano de Necessidades Especiais com Dupla Elegibilidade (D-SNP), por não atenderem mais a determinados critérios. Esse status temporário permite que o inscrito permaneça no plano por um período específico com uma expectativa razoável de recuperar a elegibilidade, evitando assim interrupções na cobertura e no atendimento.

Informações pessoais de saúde (também chamadas de Informações de saúde protegidas) (PHI): Informações sobre você e sua saúde, como nome, endereço, número do Seguro Social, consultas médicas e histórico médico. Consulte nosso Aviso de Práticas de Privacidade para obter mais informações sobre como protegemos, usamos e divulgamos suas PHI, bem como seus direitos em relação às suas PHI.

Serviços preventivos: cuidados de saúde para prevenir doenças ou detectá-las em estágio inicial, quando o tratamento provavelmente funcionará melhor (por exemplo, os serviços preventivos incluem exames de Papanicolau, vacinas contra gripe e mamografias de rastreamento).

Médico de atenção primária (PCP): O médico ou outro profissional que você recorre primeiro para a maioria dos problemas de saúde. Ele garante que você receba os cuidados necessários para se manter saudável.



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações,** visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

- Eles também podem conversar com outros médicos e profissionais de saúde sobre seus cuidados e encaminhá-lo a eles.
- Em muitos planos de saúde do Medicare, você deve usar seu provedor de cuidados primários antes de usar qualquer outro provedor de cuidados de saúde.
- Consulte o **Capítulo 3** deste *Manual do Membro* para obter informações sobre como obter cuidados de prestadores de cuidados primários.

Autorização prévia (AP): Você precisa obter a aprovação do Neighborhood INTEGRITY for Duals antes de poder obter um serviço ou medicamento específico ou usar um provedor fora da rede. O Neighborhood INTEGRITY for Duals pode não cobrir o serviço ou medicamento se você não obtiver a aprovação primeiro.

Alguns serviços médicos da rede são cobertos somente se seu médico ou outro provedor da rede obtiver PA de nós.

- Os serviços cobertos que precisam do PA do nosso plano estão marcados no **Capítulo 4** deste *Manual do Membro*.

Nosso plano cobre alguns medicamentos somente se você obtiver PA conosco.

- Os medicamentos cobertos que precisam do PA do nosso plano estão marcados na *Lista de Medicamentos Cobertos* e as regras estão publicadas em nosso site.

Programa de Cuidados Integrais para Idosos (PACE): Um programa que cobre os benefícios do Medicare e do Medicaid juntos para pessoas com 55 anos ou mais que precisam de um nível maior de cuidados para viver em casa.

Próteses e Órteses: Dispositivos médicos solicitados pelo seu médico ou outro profissional de saúde que incluem, mas não estão limitados a, suportes para braços, costas e pescoço; membros artificiais; olhos artificiais; e dispositivos necessários para substituir uma parte ou função interna do corpo, incluindo suprimentos de ostomia e terapia de nutrição enteral e parenteral.

Organização de Melhoria da Qualidade (QIO): Um grupo de médicos e outros especialistas em saúde que ajudam a melhorar a qualidade do atendimento a pessoas com Medicare. O governo federal paga à QIO para verificar e aprimorar o atendimento prestado aos pacientes. Consulte o **Capítulo 2** deste *Manual do Membro* para obter informações sobre a QIO.

Limites de quantidade: Limite na quantidade de um medicamento que você pode consumir. Podemos limitar a quantidade do medicamento que cobrimos por receita.

Ferramenta de Benefícios em Tempo Real: Um portal ou aplicativo de computador no qual os inscritos podem consultar informações completas, precisas, oportunas, clinicamente adequadas e específicas sobre medicamentos cobertos e benefícios. Isso inclui valores de compartilhamento de custos, medicamentos alternativos que podem ser usados para a mesma condição de saúde que um determinado medicamento e restrições de cobertura (autorização prévia, terapia em etapas, limites de quantidade) aplicáveis a medicamentos alternativos.

Encaminhamento: Um encaminhamento é a aprovação do seu médico de atenção primária (PCP) para usar um profissional diferente do seu PCP. Se você não obtiver a aprovação primeiro, podemos não cobrir os serviços. Você não precisa de encaminhamento para usar certos especialistas, como especialistas em saúde da mulher. Você pode encontrar mais informações sobre encaminhamentos nos **Capítulos 3 e 4** deste *Manual do Membro*.



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Serviços de reabilitação: Tratamento que você recebe para se recuperar de uma doença, acidente ou cirurgia de grande porte. Consulte o **Capítulo 4** deste *Manual do Membro* para saber mais sobre serviços de reabilitação.

Medicaid de Rhode Island: Este é o nome do programa Medicaid de Rhode Island. O Medicaid de Rhode Island é administrado pelo estado e financiado pelos governos estadual e federal. Ele ajuda pessoas com renda e recursos limitados a pagar por serviços e apoios de longo prazo, além de custos médicos.

- Ele cobre serviços extras e alguns medicamentos não cobertos pelo Medicare.
- Os programas do Medicaid variam de estado para estado, mas a maioria dos custos com assistência médica são cobertos se você se qualificar para o Medicare e o Medicaid.

Área de atendimento: Uma área geográfica onde um plano de saúde aceita membros, desde que limite a adesão com base no local onde as pessoas residem. Para planos que limitam os médicos e hospitais que você pode utilizar, geralmente é a área onde você pode obter serviços de rotina (não emergenciais). Somente pessoas que residem em nossa área de atendimento podem se inscrever em nosso plano.

Participação nos custos: a parcela dos seus custos com saúde que você pode ter que pagar mensalmente antes que seus benefícios entrem em vigor. O valor da sua participação nos custos varia de acordo com sua renda e recursos.

Unidade de enfermagem especializada (SNF): Unidade de enfermagem com equipe e equipamentos para prestar cuidados de enfermagem especializados e, na maioria dos casos, serviços de reabilitação especializados e outros serviços de saúde relacionados.

Cuidados em instalações de enfermagem especializada (SNF): Cuidados de enfermagem especializada e serviços de reabilitação prestados de forma contínua e diária em uma instalação de enfermagem especializada. Exemplos de cuidados em instalações de enfermagem especializada incluem fisioterapia ou injeções intravenosas (IV) administradas por um enfermeiro registrado ou um médico.

Especialista: Um médico que fornece cuidados de saúde para uma doença específica ou parte do corpo.

Audiência Estadual: Se o seu médico ou outro profissional de saúde solicitar um serviço do Medicaid que não aprovamos, ou se não continuarmos a pagar por um serviço do Medicaid que você já tenha, você pode solicitar uma Audiência Estadual. Se a Audiência Estadual for decidida a seu favor, devemos prestar o serviço que você solicitou.

Terapia em etapas: uma regra de cobertura que exige que você experimente outro medicamento antes de cobrirmos o medicamento solicitado.

Cuidados urgentes: Cuidados que você recebe para uma doença, lesão ou condição imprevista que não seja uma emergência, mas que precise de atendimento imediato. Você pode obter cuidados urgentes de provedores fora da rede quando não puder ir até eles porque, devido ao seu tempo, local ou circunstâncias, não for possível ou não for razoável obter serviços de provedores da rede (por exemplo, quando você está fora da área de cobertura do nosso plano e precisa de serviços médicos imediatos para uma condição não prevista, mas que não seja uma emergência médica) .



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações,** visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals .



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpr.org/INTEGRITYDuals.

Neighborhood INTEGRITY for Duals Membro Serviços

CHAMAR	<p>1-844-812-6896</p> <p>Chamadas para esse número são livre. 8 da manhã para 8 PM, Segunda-feira – Sexta-feira; 8h às 12h no sábado</p> <p>Sobre Sábado tardes, Domingos, e feriados você poderia Você poderá deixar uma mensagem. Sua ligação será retornada no próximo dia útil.</p> <p>Membro Serviços também tem livre linguagem serviços de interpretação disponíveis para pessoas que não falam inglês.</p>
TTY	<p>711</p> <p>Chamadas para esse número são livre.</p> <p>Das 8h às 20h, de segunda a sexta; das 8h às 12h, aos sábados. Sobre Sábado tardes, Domingos, e Durante os feriados, você poderá ser solicitado a deixar uma mensagem. Sua ligação será retornada no próximo dia útil.</p>
ESCREVER	<p>Neighborhood Health Plan of Rhode Island</p> <p>910 Douglas Pike</p> <p>Smithfield, RI 02917</p>
SITE	<p>www.nhpri.org/INTEGRITYDuals</p>



Em caso de dúvidas, ligue para o MANUAL DO MEMBRO Neighborhood INTEGRITY for Duals pelo telefone 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, sete dias por semana, de 1º de outubro a 31 de março. De 1º de abril a 30 de setembro, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira (você pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A ligação é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.