



Neighborhood Dual CONNECT (HMO D-SNP) 2026 Evidência de Cobertura

1 de janeiro de 2026 – 31 de dezembro de 2026

Comprovativo de Cobertura para 2026:

Benefícios e Serviços de Saúde Medicare e Cobertura de Medicamentos como membro do Neighborhood Dual CONNECT (HMO D-SNP)

Este documento fornece detalhes sobre a sua cobertura de saúde e medicamentos do Medicare de 1 de janeiro a 31 de dezembro de 2026. **Trata-se de um documento jurídico importante. Guarde-o num local seguro.**

Este documento explica os seus benefícios e direitos. Utilize este documento para compreender:

- O prémio do nosso plano e a coparticipação nos custos
- Os nossos benefícios médicos e de medicamentos
- Como apresentar uma reclamação se não estiver satisfeito com um serviço ou tratamento
- Como entrar em contacto connosco
- Outras proteções exigidas pela lei do Medicare

Para perguntas sobre este documento, ligue para os Serviços para Membros através do número 1-844-812-6896. (Os utilizadores de TTY ligam para o 711). O horário é 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). Esta chamada é gratuita.

Este plano, Neighborhood Dual CONNECT, é oferecido pelo Neighborhood Health Plan of Rhode Island. (Quando este *Comprovativo de Cobertura* se refere a “nós”, “nos”, ou “nossa”, refere-se ao Neighborhood Health Plan of Rhode Island. Quando se refere a “plano” ou “o nosso plano”, significa Neighborhood Dual CONNECT.)

Este documento está disponível gratuitamente em espanhol e português. Essas informações estão disponíveis em diferentes formatos, incluindo letras grandes, braille e áudio. Ligue para os Serviços para Membros através do número indicado acima se precisar de informações sobre o plano noutro formato ou idioma.

Os benefícios, prémios e/ou copagamentos podem sofrer alterações a 1 de janeiro de 2027.

O nosso formulário, rede de farmácias e/ou rede de prestadores podem mudar a qualquer momento. Receberá um aviso sobre quaisquer alterações que possam afetá-lo com pelo menos 30 dias de antecedência.

Aviso de Disponibilidade de Assistência Linguística Serviços e Ajudas 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. إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فستكون خدمات المساعدة اللغوية متاحة لك مجانًا: بتبنيه (711) هاتف الصم وضعاف السمع 1-800-963-1001 أحصل على المناسبة لتوفير المعلومات بتنسيقات بديلة لأصحاب الإعاقات مجانًا. أو تحدث إلى 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 fòma aksesib 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 Sprachassistenzdienste 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 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。

ការយកទិន្នន័យភាគ់: ប្រសិទ្ធភីអ្នកិយាយភាសាខ្មែរ សែរដីនូយភាសាគិតកិត្តមានអ្នកលំដើមអ្នកទៅការគោរកក្នុង

និងសរាកម្ពុជានូយភាសាអង់គ្លេសកតិតកិត្តក្នុងការគូលដែកទិន្នន័យជាមួយនឹងអ្នកចូលរួមដែលមិនមែនអ្នកទៅការគោរកក្នុង

ផ្តុំពីរបានយកចំណាំអ្នកទៅការគោរកក្នុង

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 (TTY 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 (телефон 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 forma 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.

O Dual CONNECT (HMO D-SNP) do Neighborhood Health Plan of Rhode Island é um plano de saúde que tem contrato com o Medicare e o Rhode Island Medicaid Program. A inscrição no Plano Dual CONNECT do Neighborhood Health Plan of Rhode Island depende da renovação do contrato.

Alguns benefícios mencionados fazem parte de um programa suplementar especial para doentes crónicos. Pode ser elegível para cobertura se tiver uma doença crónica, incluindo, entre outras, hipertensão, diabetes, doença pulmonar crónica, doenças hematológicas graves e genéticas raras e depressão. Aplicam-se critérios de elegibilidade adicionais. Entre em contacto connosco para obter todos os detalhes.

Índice

CAPÍTULO 1: Começar como membro.....	5
SECÇÃO 1 É membro do Neighborhood Dual CONNECT	5
SECÇÃO 2 Requisitos de elegibilidade do plano	6
SECÇÃO 3 Materiais importantes para a adesão	8
SECÇÃO 4 Resumo dos Custos Importantes.....	10
SECÇÃO 5 Mais informações sobre o prémio do seu plano mensal	15
SECÇÃO 6 Mantenha o nosso registo de adesão ao plano atualizado	15
SECÇÃO 7 Como é que os outros seguros funcionam com o nosso plano	16
CAPÍTULO 2: Números de telefone e recursos	18
SECÇÃO 1 Contactos do Neighborhood Dual CONNECT	18
SECÇÃO 2 Obter ajuda do Medicare.....	22
SECÇÃO 3 Programa Estadual de Assistência ao Seguro de Saúde (SHIP)	24
SECÇÃO 4 Organização de Melhoria da Qualidade (QIO)	25
SECÇÃO 5 Segurança Social	28
SECÇÃO 6 Medicaid.....	28
SECÇÃO 7 Programas para ajudar as pessoas a pagar medicamentos sujeitos a receita médica	31
SECÇÃO 8 Caixa de Pensões dos Ferroviários (RRB)	35
SECÇÃO 9 Se tiver seguro coletivo ou outro seguro de saúde oferecido pelo empregador.....	36
CAPÍTULO 3: Utilizar o nosso plano para os seus serviços médicos e outros serviços cobertos	37
SECÇÃO 1 Como obter cuidados médicos e outros serviços como membro do nossa plano	37
SECÇÃO 2 Utilizar os prestadores da rede do nosso plano para obter cuidados médicos e outros serviços	39
SECÇÃO 3 Como obter serviços em caso de emergência, catástrofe ou necessidade urgente de cuidados	42
SECÇÃO 4 E se lhe for cobrado diretamente o custo total dos serviços cobertos?	45
SECÇÃO 5 Serviços médicos num estudo de investigação clínica	45

SECÇÃO 6	Regras para obter cuidados numa instituição religiosa não médica de cuidados de saúde	47
SECÇÃO 7	Regras para a propriedade de equipamento médico durável	48
CAPÍTULO 4: Tabela de Benefícios Médicos (o que está coberto).....		50
SECÇÃO 1	Compreender os serviços cobertos	50
SECÇÃO 2	A Tabela de Benefícios Médicos mostra os seus benefícios médicos e custos.....	51
SECÇÃO 3	Serviços que não são cobertos pelo nosso plano <i>OU</i> pelo Medicare	89
CAPÍTULO 5: Utilizar a cobertura do plano para medicamentos do Part D		92
SECÇÃO 1	Regras básicas para a cobertura de medicamentos do Part D do nosso plano	92
SECÇÃO 2	Avie a sua receita numa farmácia da rede ou através dos serviços de venda por correspondência do nosso plano	93
SECÇÃO 3	Os seus medicamentos precisam de constar na Lista de Medicamentos do nosso plano	97
SECÇÃO 4	Medicamentos com restrições de cobertura	98
SECÇÃO 5	O que pode fazer se um dos seus medicamentos não estiver coberto da forma que gostaria	100
SECÇÃO 6	A nossa Lista de Medicamentos pode mudar durante o ano	102
SECÇÃO 7	Tipos de medicamentos que não cobrimos	104
SECÇÃO 8	Como aviar uma receita médica	106
SECÇÃO 9	Cobertura de medicamentos do Part D em situações especiais.....	106
SECÇÃO 10	Programas sobre segurança de medicamentos e gestão de medicação.....	108
CAPÍTULO 6: O que paga pelos medicamentos do Part D		111
SECÇÃO 1	O que paga pelos medicamentos do Part D	111
SECÇÃO 2	Fases de pagamento de medicamentos para membros do Neighborhood Dual CONNECT	114
SECÇÃO 3	A sua <i>Explicação dos Benefícios</i> do Part D explica em que fase de pagamento se encontra	114
SECÇÃO 4	Não há franquia para o Neighborhood Dual CONNECT	116
SECÇÃO 5	A Fase de Cobertura Inicial.....	116
SECÇÃO 6	A Fase de Cobertura Catastrófica	119
SECÇÃO 7	O que paga pelas vacinas do Part D	119

CAPÍTULO 7: Solicitar que paguemos a nossa participação de uma fatura por serviços médicos ou medicamentos cobertos	122
SECÇÃO 1 Situações em que deve solicitar que paguemos a nossa participação pelos serviços ou medicamentos cobertos	122
SECÇÃO 2 Como solicitar o reembolso ou o pagamento de uma fatura que recebeu	125
SECÇÃO 3 Analisaremos o seu pedido de pagamento e daremos uma resposta positiva ou negativa	126
CAPÍTULO 8: Os seus direitos e responsabilidades.....	127
SECÇÃO 1 O nosso plano deve respeitar os seus direitos e sensibilidades culturais	127
SECÇÃO 2 As suas responsabilidades como membro do nosso plano	135
CAPÍTULO 9: O que deve fazer se tiver um problema ou uma reclamação (decisões de cobertura, recursos, reclamações)	137
SECÇÃO 1 O que fazer se tiver algum problema ou dúvida	137
SECÇÃO 2 Onde obter mais informações e ajuda personalizada.....	138
SECÇÃO 3 Que processo utilizar para o seu problema	139
SECÇÃO 4 Lidar com problemas relacionados com os seus benefícios do Medicare.....	140
SECÇÃO 5 Guia para decisões de cobertura e recursos.....	140
SECÇÃO 6 Cuidados médicos: Como solicitar uma decisão de cobertura ou apresentar um recurso.....	144
SECÇÃO 7 Medicamentos do Part D: Como solicitar uma decisão de cobertura ou apresentar um recurso	152
SECÇÃO 8 Como solicitar que cubramos um internamento hospitalar mais longo se considerar que está a receber alta demasiado cedo.....	163
SECÇÃO 9 Como solicitar que continuemos a cobrir determinados serviços médicos se considerar que a sua cobertura está a terminar demasiado cedo	168
SECÇÃO 10 Levar o seu recurso para os Níveis 3, 4 e 5.....	173
SECTION 11 Como apresentar uma reclamação sobre a qualidade dos cuidados, tempos de espera, atendimento ao cliente ou outras questões	176
SECÇÃO 12 Lidar com problemas relacionados com os seus benefícios do Medicaid.....	179

CAPÍTULO 10: Cancelar a sua adesão ao nosso plano.....	180
SECÇÃO 1 Cancelar a sua adesão ao nosso plano	180
SECÇÃO 2 Quando pode cancelar a sua adesão ao nosso plano?	180
SECÇÃO 3 Como cancelar a sua adesão ao nosso plano	185
SECÇÃO4 Até que a sua adesão termine, deve continuar a obter os seus itens médicos, serviços e medicamentos através do nosso plano.....	186
SECÇÃO 5 O Neighborhood Dual CONNECT deve cancelar a sua adesão ao plano em determinadas situações.....	186
CAPÍTULO 11: Avisos legais.....	188
SECÇÃO 1 Aviso sobre a lei aplicável.....	188
SECÇÃO 2 Aviso sobre não discriminação	188
SECÇÃO 3 Aviso sobre os direitos de sub-rogação do Medicare como Segundo Pagador.....	189
CAPÍTULO 12: 12: Definições.....	190

CAPÍTULO 1:

Começar como membro

SECÇÃO 1 É membro do Neighborhood Dual CONNECT

Secção 1.1 Está inscrito no Neighborhood Dual CONNECT, que é um Plano de Necessidades Especiais do Medicare

Está coberto tanto pelo Medicare como pelo Medicaid:

- 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 determinadas deficiências e pessoas com doença renal em fase terminal (insuficiência renal).
- O **Medicaid** é um programa conjunto do governo federal e estadual que ajuda com as despesas médicas de determinadas pessoas com rendimentos e recursos limitados. A cobertura do Medicaid varia dependendo do estado e do tipo de Medicaid que o membro possui. Algumas pessoas com Medicaid recebem ajuda para pagar os prémios do Medicare e outros custos. Outras pessoas também têm cobertura para serviços e medicamentos adicionais que não são cobertos pelo Medicare.

Optou por obter o seu plano de cuidados de saúde Medicare e a sua cobertura de medicamentos através do nosso plano, Neighborhood Dual CONNECT. O nosso plano cobre todos os serviços do Part A e Part B. No entanto, a coparticipação nos custos e o acesso aos prestadores no nosso plano diferem do Original Medicare.

O Neighborhood Dual CONNECT é um plano especializado do Medicare Advantage (um Plano para Necessidades Especiais do Medicare), o que significa que os benefícios são concebidos para pessoas com necessidades especiais de cuidados de saúde. O Neighborhood Dual CONNECT foi concebido para pessoas que têm o Medicare e têm direito a ajuda do Medicaid.

Como recebe ajuda do Medicaid com a coparticipação nos custos do Medicare Part A e B (franquias, copagamentos e cosseguro), poderá não pagar nada pelos seus serviços do Medicare. O Medicaid também pode oferecer outros benefícios, cobrindo serviços de cuidados de saúde que normalmente não são cobertos pelo Medicare. Também terá acesso ao programa Extra Help do Medicare para pagar os custos dos seus medicamentos do

Medicare. O Neighborhood Dual CONNECT irá ajudá-lo a gerir todos esses benefícios, para que receba os serviços de saúde e a ajuda financeira a que tem direito.

O Neighborhood Dual CONNECT é gerido por uma organização sem fins lucrativos. Tal como todos os Planos Medicare Advantage, este Plano Medicare para Necessidades Especiais é aprovado pelo Medicare. O nosso plano também tem um contrato com o Rhode Island Medicaid Program para coordenar os seus benefícios do Medicaid. Temos o prazer de oferecer a sua cobertura Medicare, incluindo cobertura de medicamentos.

Secção 1.2 Informação jurídica sobre o *Comprovativo de Cobertura*

Este *Comprovativo de Cobertura* faz parte do nosso contrato consigo sobre como o Neighborhood Dual CONNECT cobre os seus cuidados de saúde. Outras partes deste contrato incluem o seu formulário de inscrição, a *Lista de Medicamentos Cobertos* (formulário) e quaisquer avisos que receber da nossa parte sobre alterações à sua cobertura ou condições que afetem a sua cobertura. Estes avisos são por vezes denominados *cláusulas adicionais* ou *alterações*.

O contrato está em vigor durante os meses em que estiver inscrito no Neighborhood Dual CONNECT entre 1 de janeiro de 2026 e 31 de dezembro de 2026.

O Medicare permite-nos fazer alterações aos planos que oferecemos a cada ano civil. Isto significa que podemos alterar os custos e benefícios do Neighborhood Dual CONNECT após 31 de dezembro de 2026. Também podemos optar por deixar de oferecer o nosso plano na sua área de serviço após 31 de dezembro de 2026.

O Medicare (Centros de Serviços Medicare e Medicaid) e o Rhode Island Medicaid devem aprovar o Neighborhood Dual CONNECT. Pode continuar a obter cobertura do Medicare todos os anos como membro do nosso plano, desde que decidamos continuar a oferecer o nosso plano e que o Medicare e o Rhode Island Medicaid renovem a aprovação do nosso plano.

SECÇÃO 2 Requisitos de elegibilidade do plano

Secção 2.1 Requisitos de elegibilidade

É elegível para aderir ao nosso plano desde que cumpra todas estas condições:

- Tem o Medicare Part A e o Medicare Part B
- Reside na nossa área geográfica de serviço (descrita na Secção 2.3). As pessoas que estão presas não são consideradas como residentes na área geográfica de serviço, mesmo que estejam fisicamente localizadas nessa área.

- É cidadão dos Estados Unidos ou está legalmente presente nos Estados Unidos
- Cumpre os requisitos especiais de elegibilidade descritos abaixo.

Requisitos especiais de elegibilidade para o nosso plano

O nosso plano foi concebido para satisfazer as necessidades das pessoas que recebem determinados benefícios do Medicaid. (O Medicaid é um programa conjunto do governo federal e estadual que ajuda com as despesas médicas de determinadas pessoas com rendimentos e recursos limitados.) Para ser elegível para o nosso plano, deve ser elegível tanto para o Medicare como para o Medicaid.

Nota: Se perder a sua elegibilidade, mas for razoável esperar que a recupere dentro de um mês, continuará a ser elegível para a adesão. O Capítulo 4, Secção 2.1, fornece informações sobre a cobertura e a coparticipação nos custos durante um período de elegibilidade considerada contínua.

Secção 2.2 Medicaid

O Medicaid é um programa conjunto do governo federal e estadual que ajuda com as despesas de determinadas pessoas com rendimentos e recursos limitados.) Cada estado decide o que conta como rendimento e recursos, quem é elegível, quais os serviços cobertos e o custo dos serviços. Os estados também podem decidir como administrar o seu programa, desde que sigam as diretrizes federais.

Além disso, o Medicaid oferece programas para ajudar as pessoas a pagar os seus custos do Medicare, tais como os prémios do Medicare. Estes Programas de Poupança do Medicare ajudam pessoas com rendimentos e recursos limitados a poupar dinheiro todos os anos:

- **Beneficiário Qualificado do Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB):** Ajuda a pagar os prémios do Medicare Part A e Part B, bem como outras coparticipações nos custos (como franquias, cosseguro e copagamentos). (Algumas pessoas QMB também são elegíveis para benefícios completos do Medicaid (QMB+).)

Secção 2.3 Área de serviço do plano Neighborhood Dual CONNECT

O Neighborhood Dual CONNECT está disponível apenas para pessoas que residem na área de serviço do nosso plano. Para continuar a ser membro do nosso plano, deve continuar a residir na área de serviço do nosso plano. A área de serviço é descrita abaixo.

A nossa área de serviço abrange todos os condados de Rhode Island: Bristol, Kent, Newport, Providence e Washington.

Capítulo 1 Começar como membro

Se planeia mudar-se para outro estado, deve entrar em contacto com o gabinete do Medicaid do seu estado e perguntar como essa mudança afetará os seus benefícios do Medicaid. Os números de telefone do Medicaid encontram-se no Capítulo 2, Secção 6 deste documento.

Se sair da área de serviço do nosso plano, não poderá continuar a ser membro deste plano. Ligue para os Serviços para Membros através do número 1-844-812-6896 (Os utilizadores de TTY ligam para o 711) para verificar se temos um plano na sua nova área. Quando se mudar, terá um Período de Inscrição Especial para mudar para o Original Medicare ou inscrever-se num plano de saúde ou de medicamentos do Medicare no seu novo local de residência.

Se se mudar ou alterar o seu endereço postal, também é importante ligar para o Social Security (Seguro Social). Ligue para o Social Security através do número 1-800-772-1213 (Os utilizadores de TTY ligam para o 1-800-325-0778).

Secção 2.4 Cidadão americano ou presença legal

Tem de ser cidadão dos EUA ou estar legalmente presente nos Estados Unidos para ser membro de um plano de saúde Medicare. O Medicare (Centros de Serviços Medicare e Medicaid) notificará o Neighborhood Dual CONNECT se não for elegível para permanecer como membro do nosso plano com base nesse requisito. O Neighborhood Dual CONNECT terá de cancelar a sua inscrição se não cumprir este requisito.

SECÇÃO 3 Materiais importantes para a adesão**Secção 3.1 O nosso cartão de adesão ao plano**

Utilize o seu cartão de adesão sempre que receber serviços cobertos pelo nosso plano e para medicamentos sujeitos a receita médica que adquirir em farmácias da rede. Deve também mostrar ao prestador o seu cartão Medicaid. Exemplo de cartão de adesão:



NÃO utilize o seu cartão Medicare vermelho, branco e azul para serviços médicos cobertos enquanto for membro deste plano. Se utilizar o seu cartão Medicare em vez do seu cartão de adesão ao Neighborhood Dual CONNECT, poderá ter de pagar o custo total dos serviços médicos. Guarde o seu cartão Medicare num local seguro. Poderá ser-lhe pedido que o apresente se precisar de serviços hospitalares, serviços de cuidados paliativos ou participar em estudos de investigação clínica aprovados pelo Medicare (também designados por ensaios clínicos).

Se o seu cartão de adesão ao plano estiver danificado, perdido ou roubado, ligue imediatamente para os Serviços para Membros através do número 1-844-812-6896 (Os utilizadores de TTY ligam para o 711) e enviar-lhe-emos um novo cartão.

Secção 3.2 Diretório de Prestadores e Farmácias

O *Diretório de Prestadores e Farmácias* www.nhpri.org/DualCONNECT/find-a-provider-or-pharmacy/ lista os nossos prestadores e fornecedores de equipamento médico duradouro atualmente na nossa rede. Os **prestadores da rede** são médicos e outros profissionais de cuidados de saúde, grupos médicos, fornecedores de equipamento médico duradouro, hospitais e outras instalações de saúde que têm um acordo connosco para aceitar o nosso pagamento e qualquer coparticipação nos custos do plano como pagamento integral.

Deve utilizar prestadores da rede para obter cuidados e serviços médicos. Se for a outro local sem a devida autorização, terá de pagar o valor total. As únicas exceções são emergências, serviços urgentemente necessários quando a rede não está disponível (ou seja, situações em que não é razoável ou possível obter serviços na rede), serviços de diálise fora da área e casos em que o Neighborhood Dual CONNECT autoriza a utilização de prestadores fora da rede.

O *Diretório de Prestadores e Farmácias* www.nhpri.org/DualCONNECT/find-a-provider-or-pharmacy/ também lista as farmácias da nossa rede. As **farmácias da rede** são farmácias que concordam em aviar receitas médicas cobertas dos membros do nosso plano. Utilize o *Diretório de Prestadores e Farmácias* para encontrar a farmácia da rede que pretende utilizar. Consulte o Capítulo 5, Secção 2.4 para obter informações sobre quando pode utilizar farmácias que não fazem parte da rede do nosso plano.

A lista mais recente de prestadores, farmácias, hospitais e fornecedores está disponível no nosso website em www.nhpri.org/DualCONNECT/find-a-provider-or-pharmacy/.

Se não tiver um *Diretório de Prestadores e Farmácias*, pode solicitar uma cópia (em formato eletrónico ou em papel) aos Serviços para Membros através do número 1-844-812-6896 (Os utilizadores de TTY ligam para o 711). Os *Diretórios de Prestadores* solicitados serão enviados por correio no prazo de 3 dias úteis.

Secção 3.3 Lista de Medicamentos (formulário)

O nosso plano tem uma *Lista de Medicamentos Cobertos* (também chamada de Lista de Medicamentos ou formulário). Indica que medicamentos sujeitos a receita médica estão cobertos pelo benefício Part D no Neighborhood Dual CONNECT. Os medicamentos desta lista são selecionados pelo nosso plano com a ajuda de médicos e farmacêuticos. A Lista de Medicamentos deve cumprir os requisitos do Medicare. Os medicamentos com preços negociados ao abrigo do Medicare Drug Price Negotiation Program (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, Secção 6. O Medicare aprovou a Lista de Medicamentos do Neighborhood Dual CONNECT.

A Lista de Medicamentos também informa se existem regras que restringem a cobertura de um medicamento.

Forneceremos uma cópia da Lista de Medicamentos. Para obter as informações mais completas e atualizadas sobre os medicamentos cobertos, visite www.nhpri.org/DualCONNECT/member-materials/ ou ligue para os Serviços para Membros através do número 1-844-812-6896 (Os utilizadores de TTY ligam para o 711).

SECÇÃO 4 Resumo dos Custos Importantes

Os seus custos em 2026	
Prémio do plano mensal* * O seu prémio pode ser superior a este valor. Consulte a Secção 4.1 para obter mais detalhes.	\$0
Valor máximo de despesas incorridas Este é o valor <u>máximo</u> de despesas incorridas que pagará pelos serviços cobertos pelo Part A e Part B. (Consulte o Capítulo 4, Secção 1 para obter detalhes.)	\$9,250 Se for elegível para a ajuda de coparticipação nos custos do Medicare ao abrigo do Medicaid, não é responsável pelo pagamento de quaisquer despesas incorridas até ao valor máximo de despesas incorridas para os serviços cobertos pelo Part A e Part B.

Os seus custos em 2026	
Consulta médicas de cuidados primários	\$0 Se for elegível para a ajuda de coparticipação nos custos do Medicare ao abrigo do Medicaid, pagará \$0 por consulta.
Consultas médicas especializadas	\$0 Se for elegível para a ajuda de coparticipação nos custos do Medicare ao abrigo do Medicaid, pagará \$0 por consulta.
Internamento hospitalar	\$0 Se for elegível para a ajuda de coparticipação nos custos do Medicare ao abrigo do Medicaid, pagará \$0.
Franquia da cobertura de medicamentos Part D (Consulte o Capítulo 6, Secção 4, para obter detalhes.)	\$0
Cobertura de medicamentos do Part D (Consulte o Capítulo 6 para obter detalhes, incluindo Franquia Anual, Cobertura Inicial e Fases de Cobertura Catastrófica.)	Copagamento durante a Fase de Cobertura Inicial: Escalão 1 de medicamentos: \$5.10 (genérico) ou \$12.65 (marca) Fase de Cobertura Catastrófica: Durante esta fase de pagamento, não paga nada pelos seus medicamentos cobertos pelo Part D.

Os seus custos podem incluir o seguinte:

- Prémio do Plano (Secção 4.1)
- Prémio mensal do Medicare Part B (Secção 4.2)

- Penalização por Inscrição Tardia no Part D (Secção 4.3)
- Valor de Ajustamento Mensal Relacionado com o Rendimento (Secção 4.4)
- Valor do Plano de Pagamento de Receitas Médicas do Medicare (Secção 4.5)

Secção 4.1 Prémio do plano

Não paga um prémio mensal separado pelo Neighborhood Dual CONNECT.

Se já recebe ajuda de um destes programas, **as informações sobre prémios neste Comprovativo de Cobertura podem não se aplicar ao seu caso**. Enviar-lhe-emos um documento separado, designado por *Cláusula Adicional do Comprovativo de Cobertura para Pessoas que recebem Extra Help para pagar Medicamentos Sujeitos a Receita Médica* (também conhecida como *Cláusula Adicional de Subsídio para Rendimentos Baixos* ou *Cláusula Adicional LIS*), que lhe dá informações sobre a sua cobertura de medicamentos. Se não tiver esta inserção, ligue para os Serviços para Membros através do número 1-844-812-6896 (Os utilizadores de TTY ligam para o 711) e peça a *Cláusula Adicional LIS*.

Secção 4.2 Prémio mensal do Medicare Part B

Muitos membros são obrigados a pagar outros prémios do Medicare

Alguns membros são obrigados a pagar outros prémios do Medicare. Conforme explicado na Secção 2 acima, para ser elegível para o nosso plano, deve manter a sua elegibilidade para o Medicaid, bem como ter o Medicare Part A e o Medicare Part B. Para a maioria dos membros do Neighborhood Dual CONNECT, o Medicaid paga o prémio do Medicare Part A (se não for automaticamente elegível para o mesmo) e o prémio do Medicare Part B.

Se o Medicaid não estiver a pagar os seus prémios do Medicare, deve continuar a pagar os seus prémios do Medicare para permanecer como membro do nosso plano. Isso inclui o seu prémio para o Part B. Também poderá pagar um prémio para o Part A se não for elegível para o Part A sem prémio.

Secção 4.3 Penalização por Inscrição Tardia no Part D

Como tem dupla elegibilidade, a LEP não se aplica enquanto mantiver o seu estatuto de dupla elegibilidade, mas se perder esse estatuto, poderá incorrer numa LEP. A penalização por inscrição tardia no Part D é um prémio adicional que deve ser pago pela cobertura do Part D se, a qualquer momento após o fim do seu período de inscrição inicial, houver um período de 63 dias ou mais consecutivos em que não teve o Part D ou outra cobertura de medicamentos credível. A cobertura credível de medicamentos sujeitos a receita médica é uma cobertura que cumpre os padrões mínimos do Medicare, uma vez que se espera que pague, em média, pelo menos o mesmo que a cobertura padrão de medicamentos do Medicare. O custo da penalização por inscrição tardia depende de quanto tempo ficou sem o

Part D ou outra cobertura credível de medicamentos sujeitos a receita médica. Terá de pagar esta penalização enquanto tiver cobertura do Part D.

Não terá de pagar a penalização por inscrição tardia no Part D se:

- Recebe ajuda do programa Extra Help do Medicare para ajudar a pagar os custos dos seus medicamentos.
- Ficou menos de 63 dias consecutivos sem cobertura credível.
- Tiver cobertura de medicamentos credível através de outra fonte (como um antigo empregador, sindicato, TRICARE ou Administração de Saúde dos Veteranos (Veterans Health Administration, VA)). A sua seguradora ou departamento de recursos humanos informará anualmente se a sua cobertura de medicamentos é uma cobertura credível. Poderá receber esta informação numa carta ou boletim informativo desse plano. Guarde esta informação, pois poderá precisar dela se aderir a um plano de medicamentos do Medicare posteriormente.
 - **Nota:** Qualquer carta ou aviso deve indicar que tinha uma cobertura credível de medicamentos sujeitos a receita médica que deverá pagar tanto quanto o plano de medicamentos padrão do Medicare.
 - **Nota:** Cartões de desconto para medicamentos sujeitos a receita médica, clínicas gratuitas e websites de desconto de medicamentos não são uma cobertura credível de medicamentos sujeitos a receita médica.

O Medicare determina o valor da penalização por inscrição tardia no Part D. Funciona assim:

- Primeiro, conte o número de meses completos que atrasou a inscrição num plano de medicamentos do Medicare, depois de se tornar elegível para se inscrever. Ou conte o número de meses completos em que não teve cobertura de medicamentos credível, se a interrupção na cobertura foi de 63 dias ou mais. A penalização é de 1% por cada mês em que não teve cobertura credível. Por exemplo, se ficar 14 meses sem cobertura, a percentagem da penalização será de 14%.
- Em seguida, o Medicare determina o valor do prémio médio mensal dos planos de medicamentos do Medicare no país no ano anterior (prémio básico nacional do beneficiário). Para 2025, esse valor médio do prémio foi de \$36.78. Esse valor pode mudar para 2026.
- Para calcular a sua penalização mensal, multiplique a percentagem da penalização pelo prémio básico nacional do beneficiário e arredonde para os 10 centavos mais próximos. No exemplo aqui, seria 14% vezes \$36.78, o que equivale a \$5.1492. Isso arredonda para \$5.15. Este valor seria adicionado **ao prémio mensal do plano para alguém com uma penalização por inscrição tardia no Part D.**

Três coisas importantes a saber sobre a penalização mensal por inscrição tardia no Part D:

- **A penalização pode mudar a cada ano**, porque o prémio básico nacional do beneficiário pode mudar a cada ano.
- **Continuará a pagar uma penalização** todos os meses enquanto estiver inscrito num plano que tenha benefícios de medicamentos do Medicare Part D, mesmo que mude de plano.
- Se tiver *menos* de 65 anos e estiver inscrito no Medicare, a penalização por inscrição tardia no Part D será reiniciada quando completar 65 anos. Após os 65 anos, a sua penalização por inscrição tardia no Part D será baseada apenas nos meses em que não tiver cobertura após o seu período inicial de inscrição no Medicare.

Se discordar da penalização por inscrição tardia no Part D, o membro ou o seu representante pode solicitar uma revisão. Geralmente, deve solicitar essa revisão **no prazo de 60 dias** a partir da data da primeira carta que receberá informar que tem de pagar uma penalização por inscrição tardia. No entanto, se estava a pagar uma penalização antes de aderir ao nosso plano, poderá não ter outra oportunidade de solicitar uma revisão dessa penalização por inscrição tardia.

Secção 4.4 Valor do Ajustamento Mensal Relacionado com o Rendimento

Se perder a elegibilidade para este plano devido a alterações no rendimento, alguns membros poderão ter de pagar uma taxa adicional pelo seu plano Medicare, conhecida como Valor do Ajustamento Mensal Relacionado com o Rendimento (Income Related Monthly Adjustment Amount, IRMAA) do Part D. A taxa adicional é calculada com base no seu rendimento bruto ajustado modificado, conforme declarado na sua declaração de impostos do IRS de há dois anos. Se esse valor for superior a um determinado valor, pagará o valor do prémio padrão e o IRMAA adicional. Para obter mais informações sobre o valor adicional que poderá ter de pagar com base no seu rendimento, visite www.Medicare.gov/health-drug-plans/part-d/basics/costs.

Se tiver de pagar um IRMAA adicional, o Social Security, e não o seu plano Medicare, enviar-lhe-á uma carta informando-o sobre o valor adicional. O valor adicional será retido do seu cheque de benefícios do Social Security, da Caixa de Pensões dos Ferroviários ou do Gabinete de Gestão de Pessoal, independentemente da forma como costuma pagar o prémio do nosso plano, a menos que o seu benefício mensal não seja suficiente para cobrir o valor adicional devido. Se o seu cheque de benefício não for suficiente para cobrir o valor extra, receberá uma fatura do Medicare. **Tem de pagar o IRMAA adicional ao governo. Não pode ser pago com o prémio do seu plano mensal. Se não pagar o IRMAA extra, a sua inscrição no nosso plano será cancelada e perderá a cobertura de medicamentos sujeitos a receita médica.**

Se discordar do pagamento de um IRMAA adicional, pode solicitar ao Social Security que reveja a decisão. Para saber como fazer isso, ligue para o Social Security através do número 1-800-772-1213 (Os utilizadores de TTY ligam para o 1-800-325-0778).

Secção 4.5 Valor do Plano de Pagamento de Receitas Médicas do Medicare

Se estiver a participar no Plano de Pagamento de Receitas Médicas do Medicare, todos os meses pagará o prémio do nosso plano (se tiver um) e receberá uma fatura do seu plano de saúde ou de medicamentos pelos seus medicamentos sujeitos a receita médica (em vez de pagar à farmácia). A sua fatura mensal é baseada no valor que deve pelas receitas médicas que obtém, mais o saldo do mês anterior, dividido pelo número de meses restantes no ano.

O Capítulo 2, Secção 7, fornece mais informações sobre o Plano de Pagamento de Receitas Médicas do Medicare. Se discordar do valor faturado como parte desta opção de pagamento, pode seguir os passos descritos no Capítulo 9 para apresentar uma reclamação ou recurso.

SECÇÃO 5 Mais informações sobre o prémio do seu plano mensal

Secção 5.1 O prémio do nosso plano mensal não sofrerá alterações durante o ano

Não podemos alterar o valor do prémio mensal do nosso plano durante o ano. Se o prémio mensal do plano mudar para o próximo ano, informaremos em setembro, e o novo prémio entrará em vigor a 1 de janeiro.

No entanto, em alguns casos, poderá deixar de pagar uma penalização por inscrição tardia, se for esse o caso, ou poderá ter de começar a pagar uma penalização por inscrição tardia. Isso pode acontecer se o membro se tornar elegível para o Extra Help ou perder a sua elegibilidade para o Extra Help durante o ano.

- Se atualmente paga uma penalização por inscrição tardia no Part D e se tornar elegível para o Extra Help durante o ano, poderá deixar de pagar a penalização.
- Se perder o Extra Help, poderá estar sujeito à penalização por inscrição tardia no Part D se ficar 63 dias ou mais consecutivos sem o Part D ou outra cobertura de medicamentos credível.

Saiba mais sobre o Extra Help no Capítulo 2, Secção 7.

SECÇÃO 6 Mantenha o nosso registo de adesão ao plano atualizado

O seu registo de adesão contém informações do seu formulário de inscrição, incluindo o seu endereço e número de telefone. Mostra a cobertura específica do seu plano, incluindo o seu Prestador de Cuidados Primários.

Os médicos, hospitais, farmacêuticos e outros prestadores da rede do nosso plano **utilizam o seu registo de adesão para saber que serviços e medicamentos estão cobertos, bem como os valores da sua coparticipação nos custos**. Por isso, é muito importante que nos ajude a manter as suas informações atualizadas.

Se tiver alguma destas alterações, informe-nos:

- Alterações no seu nome, endereço ou número de telefone
- Alterações em qualquer outra cobertura de saúde que tenha (como a do seu empregador, do empregador do seu cônjuge ou parceiro doméstico, seguro de acidentes de trabalho ou Medicaid)
- Quaisquer pedidos de responsabilidade civil, tais como reclamações decorrentes de um acidente automóvel
- Se for admitido num lar de idosos
- Se receber cuidados num hospital ou serviço de urgências fora da área ou fora da rede
- Se a sua parte responsável designada (como um cuidador) mudar
- Se participar num estudo de investigação clínica (**Nota:** Não é necessário informar o nosso plano sobre estudos de investigação clínica nos quais pretende participar, mas recomendamos que o faça.

Se alguma destas informações mudar, informe-nos ligando para os Serviços para Membros através do número 1-844-812-6896 (Os utilizadores de TTY ligam para o 711).

Também é importante contactar o Social Security se mudar de casa ou alterar o seu endereço postal. Ligue para o Social Security através do número 1-800-772-1213 (Os utilizadores de TTY ligam para o 1-800-325-0778).

SECÇÃO 7 Como é que os outros seguros funcionam com o nosso plano

O Medicare exige que recolhemos informações sobre qualquer outra cobertura médica ou de medicamentos que tenha, para que possamos coordenar qualquer outra cobertura com os benefícios do nosso plano. É o que se designa por **Coordenação de Benefícios**.

Uma vez por ano, enviaremos uma carta com uma lista de todas as outras coberturas médicas ou de medicamentos de que temos conhecimento. Leia essas informações com atenção. Se estiverem corretas, não precisa de fazer nada. Se as informações estiverem incorretas ou se tiver outra cobertura que não esteja listada, ligue para os Serviços para Membros através do número 1-844-812-6896 (Os utilizadores de TTY ligam para o 711). Poderá ser necessário fornecer o número de identificação do membro do nosso plano às suas

outras seguradoras (após confirmar a identidade delas) para que as suas faturas sejam pagas correta e atempadamente.

Quando tem outro seguro (como cobertura de saúde coletiva do empregador), as regras do Medicare determinam se o nosso plano ou o seu outro seguro paga primeiro. O seguro que paga primeiro (o “pagador principal”) paga até aos limites da sua cobertura. O seguro que paga em segundo lugar (o “pagador secundário”) só paga se houver custos não cobertos pela cobertura principal. O pagador secundário pode não pagar todos os custos não cobertos. Se tiver outro seguro, informe o seu médico, hospital e farmácia.

Estas regras aplicam-se à cobertura do plano de saúde do empregador ou do sindicato:

- Se tiver cobertura para reformados, o Medicare paga primeiro.
- Se a cobertura do seu plano de saúde coletivo for baseada no seu emprego atual ou no de um membro da sua família, quem paga primeiro depende da sua idade, do número de pessoas empregadas pelo seu empregador e se o membro tem Medicare com base na idade, deficiência ou Doença Renal em Fase Terminal (End-Stage Renal Disease, ESRD):
 - Se tiver menos de 65 anos e for portador de deficiência e o membro (ou um membro da sua família) ainda estiver a trabalhar, o seu plano de saúde coletivo pagará primeiro se o empregador tiver 100 ou mais funcionários ou se pelo menos um empregador num plano de múltiplos empregadores tiver mais de 100 funcionários.
 - Se tiver mais de 65 anos e o membro (ou o seu cônjuge ou parceiro doméstico) ainda estiver a trabalhar, o seu plano de saúde coletivo paga primeiro se o empregador tiver 20 ou mais funcionários ou se pelo menos um empregador num plano de múltiplos empregadores tiver mais de 20 funcionários.
- Se tiver o Medicare devido a ESRD, o seu plano de saúde coletivo pagará primeiro pelos primeiros 30 meses após se tornar elegível para o Medicare.

Esses tipos de cobertura geralmente pagam primeiro pelos serviços relacionados a cada tipo:

- Seguro sem culpa (incluindo seguro automóvel)
- Responsabilidade civil (incluindo seguro automóvel)
- Benefícios por pneumoconiose
- Indemnização por acidente de trabalho

O Medicaid e o TRICARE nunca pagam primeiro pelos serviços cobertos pelo Medicare. Só pagam depois do Medicare e/ou dos planos de saúde coletivos dos empregadores terem pago.

CAPÍTULO 2:

Números de telefone e recursos

SECÇÃO 1 Contactos do Neighborhood Dual CONNECT

Para obter ajuda com reclamações, faturaçao ou questões relacionadas com o cartão de membro, ligue ou escreva para os Serviços para Membros do Neighborhood Dual CONNECT. Teremos todo o prazer em ajudá-lo.

Serviços para Membros – Informações de contacto

Telefone	1-844-812-6896 As chamadas para este número são gratuitas. O horário é 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).
TTY	711 As chamadas para este número são gratuitas. O horário é 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).
Correio	Neighborhood Health Plan of Rhode Island Attn: Member Services 910 Douglas Pike Smithfield, RI 02917
Website	www.nhpri.org/dualconnect

Como solicitar uma decisão de cobertura ou recorrer sobre os seus cuidados médicos

Uma decisão de cobertura é uma decisão que tomamos acerca dos seus benefícios e cobertura ou acerca do valor que irá pagar pelos seus serviços médicos ou medicamentos do Part D. Um recurso é uma maneira formal de nos pedir para revermos e alterarmos a decisão de cobertura. Para obter mais informações sobre como solicitar decisões de cobertura ou recursos sobre os seus cuidados médicos ou medicamentos do Part D, consulte o Capítulo 9.

Decisões de Cobertura e Recursos para Cuidados Médicos – Informações de contacto

Telefone	1-844-812-6896 As chamadas para este número são gratuitas. O horário é 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).
TTY	711 As chamadas para este número são gratuitas. O horário é 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).
Correio	Neighborhood Health Plan of Rhode Island Attn: Grievances and Appeals Unit 910 Douglas Pike Smithfield, RI 02917

Decisões de Cobertura e Recursos para Medicamentos do Part D – Informações de contacto

Telefone	1-844-812-6896 As chamadas para este número são gratuitas. O horário é 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).
TTY	711 As chamadas para este número são gratuitas. O horário é 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).
Correio	CVS Caremark Part D Appeals and Exceptions PO BOX 52000 MC109 Phoenix, AZ 85072-2000

Como apresentar uma reclamação sobre os seus cuidados médicos

Pode apresentar uma reclamação sobre nós ou sobre um dos nossos prestadores ou farmácias da rede, incluindo uma reclamação sobre a qualidade dos seus cuidados. Este tipo de reclamação não envolve disputas sobre cobertura ou pagamento. Para obter mais informações sobre como apresentar uma reclamação sobre os seus cuidados médicos, consulte o Capítulo 9.

Reclamações sobre Cuidados Médicos – Informações de contacto

Telefone	1-844-812-6896 As chamadas para este número são gratuitas. Das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março, e das 8:00 a.m. às 8:00 p.m., de segunda a sexta-feira, de 1 de abril a 30 de setembro.
TTY	711 As chamadas para este número são gratuitas. Das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março, e das 8:00 a.m. às 8:00 p.m., de segunda a sexta-feira, de 1 de abril a 30 de setembro.
Fax	1-401-709-7005
Correio	Neighborhood Health Plan of Rhode Island Attn: Grievances and Appeals Unit 910 Douglas Pike Smithfield, RI 02917
Website do Medicare	Para enviar uma reclamação sobre o Neighborhood Dual CONNECT diretamente ao Medicare, consulte www.Medicare.gov/my/medicare-complaint .

Como solicitar o reembolso dos custos com cuidados médicos ou medicamentos que adquiriu

Se recebeu uma fatura ou pagou por serviços (como uma fatura de um prestador) que considera que devemos pagar, poderá ter de nos solicitar o reembolso ou o pagamento da fatura do prestador. Consulte o Capítulo 7 para obter mais informações.

Se nos enviar um pedido de pagamento e recusarmos qualquer parte do seu pedido, pode recorrer da nossa decisão. Consulte o Capítulo 9 para obter mais informações.

Pedidos de Pagamento – Informações de contacto

Telefone	1-844-812-6896 As chamadas para este número são gratuitas. Das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março, e das 8:00 a.m. às 8:00 p.m., de segunda a sexta-feira, de 1 de abril a 30 de setembro.
TTY	711 As chamadas para este número são gratuitas. Das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março, e das 8:00 a.m. às 8:00 p.m., de segunda a sexta-feira, de 1 de abril a 30 de setembro.
Correio	<p>Para todos os Pedidos de Pagamento do Part C:</p> <p>Neighborhood Health Plan of Rhode Island Attn: Member Services 910 Douglas Pike Smithfield, RI 02917</p> <p>Para todos os Pedidos de Pagamento do Part D:</p> <p>CVS Caremark® Medicare Part D Claims Processing PO BOX 52066 Phoenix, AZ 85072-2066</p>
Website	www.nhpri.org/dualconnect

SECÇÃO 2 Obter ajuda do 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 deficiências e pessoas com Doença Renal em Fase Terminal (insuficiência renal permanente que requer diálise ou transplante renal).

Capítulo 2 Números de telefone e recursos

A agência federal responsável do Medicare são os Centros de Serviços Medicare e Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS). Esta agência tem contrato com organizações Medicare Advantage, incluindo o nosso plano.

Medicare – Informações de contacto

Telefone	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 Este número requer equipamento telefónico especial e destina-se apenas a pessoas com dificuldades auditivas ou de fala. As chamadas para este número são gratuitas.
Chat ao vivo	Chat ao vivo em www.Medicare.gov/talk-to-someone .
Correio	Escreva para o Medicare no endereço PO Box 1270, Lawrence, KS 66044
Website	<p>www.Medicare.gov</p> <ul style="list-style-type: none"> • Obtenha informações sobre os planos de saúde e medicamentos do Medicare na sua área, incluindo os custos e os serviços oferecidos. • Encontre médicos ou outros médicos e prestadores de cuidados de saúde participantes do Medicare. • Descubra o que o Medicare cobre, incluindo serviços preventivos (como exames, vacinas e consultas anuais de “bem-estar”). • Obtenha informações e formulários sobre recursos do Medicare. • Obtenha informações sobre a qualidade dos cuidados prestados por planos, lares de idosos, hospitais, médicos, agências de cuidados de saúde ao domicílio, centros de diálise, centros de cuidados paliativos, centros de reabilitação em regime de internamento e hospitais de cuidados de longo prazo. • Procure websites úteis e números de telefone. <p>Também pode visitar www.Medicare.gov para informar o Medicare sobre quaisquer reclamações que tenha sobre o Neighborhood Dual CONNECT.</p> <p>Para enviar uma reclamação ao Medicare, consulte www.Medicare.gov/my/medicare-complaint. O Medicare leva as suas reclamações a sério e utilizará essas informações para ajudar a melhorar a</p>

qualidade do programa Medicare.

SECÇÃO 3 Programa Estadual de Assistência ao Seguro de Saúde (State Health Insurance Assistance Program, SHIP)

O Programa Estadual de Assistência ao Seguro de Saúde (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) é um programa governamental com conselheiros formados em todos os estados que oferece ajuda gratuita, informações e respostas às suas perguntas sobre o Medicare. Em Rhode Island, o SHIP é chamado de Rhode Island State Health Insurance Assistance Program (Programa de Assistência ao Seguro de Saúde do Estado de Rhode Island).

O Rhode Island State Health Insurance Assistance Program é um programa estadual independente (não ligado a nenhuma seguradora ou plano de saúde) que recebe verbas do governo federal para oferecer aconselhamento gratuito sobre planos de saúde locais a pessoas com Medicare.

Os conselheiros do Rhode Island State Health Insurance Assistance Program podem ajudá-lo a compreender os seus direitos no Medicare, apresentar reclamações sobre os seus cuidados ou cuidados médicos e resolver problemas com as suas faturas do Medicare. Os conselheiros do Rhode Island State Health Insurance Assistance Program também o podem ajudar com dúvidas ou problemas relacionados com o Medicare, ajudá-lo a compreender as opções do seu plano Medicare e a responder a perguntas sobre a mudança de planos.

Rhode Island State Health Insurance Assistance Program – Informações de contacto

Telefone	Rhode Island SHIP: 1-888-884-8721 Das 8:30 a.m. às 4:00 p.m., de segunda a sexta-feira
TTY	401-462-0740 Este número requer equipamento telefónico especial e destina-se apenas a pessoas com dificuldades auditivas ou de fala.
Correio	Office of Health Aging 25 Howard Avenue, Building 57 Cranston, RI 02920 Attn: SHIP Program
Website	oha.ri.gov

SECÇÃO 4 Organização de Melhoria da Qualidade (Quality Improvement Organization, QIO)

Uma Organização de Melhoria da Qualidade (Quality Improvement Organization, QIO) designada atende pessoas com Medicare em cada estado. Para Rhode Island, a Organização de Melhoria da Qualidade é designada por Acentra Health.

A Acentra Health conta com um grupo de médicos e outros profissionais de cuidados de saúde pagos pelo Medicare para verificar e ajudar a melhorar a qualidade dos cuidados prestados às pessoas com Medicare. A Acentra Health é uma organização independente. Não tem qualquer relação com o nosso plano.

Contacte a Acentra Health em qualquer uma destas situações:

- Tem uma reclamação sobre a qualidade dos cuidados que recebeu. Exemplos de preocupações com a qualidade dos cuidados incluem receber medicação errada, exames ou procedimentos desnecessários ou um diagnóstico errado.
- Considera que a cobertura do seu internamento hospitalar está a terminar demasiado cedo.
- Considera que a cobertura dos cuidados de saúde ao domicílio, cuidados em instalações de enfermagem especializada ou serviços em Centros de Reabilitação Ambulatória Integrada (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facilities, CORF) está a terminar demasiado cedo.

Acentra Health, (Organização de Melhoria da Qualidade de Rhode Island) – Informações de contacto

Telefone	1-888-319-8452 O horário é 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 fins-de-semana e feriados.
TTY	711
Correio	Acentra Health 5201 West Kennedy Blvd, Suite 900 Tampa, FL 33609
Website	www.acentraqio.com

SECÇÃO 5 Social Security

O Social Security determina a elegibilidade para o Medicare e trata da inscrição no Medicare. O Social Security também é responsável por determinar quem deve pagar um valor adicional pela cobertura de medicamentos do Part D por ter um rendimento mais elevado. Se recebeu uma carta do Social Security a informar que tem de pagar o valor adicional e tem dúvidas sobre o valor, ou se o seu rendimento diminuiu devido a um acontecimento que alterou a sua vida, pode ligar para o Social Security para solicitar uma reconsideração.

Se mudar de casa ou alterar o seu endereço postal, contacte o Social Security para os informar.

Social Security – Informações de contacto

Telefone	1-800-772-1213 As chamadas para este número são gratuitas. Disponível das 8:00 am às 7:00 pm, de segunda a sexta-feira. Utilize os serviços telefónicos automatizados do Social Security para obter informações gravadas e realizar algumas transações 24 horas por dia.
TTY	1-800-325-0778 Este número requer equipamento telefónico especial e destina-se apenas a pessoas com dificuldades auditivas ou de fala. As chamadas para este número são gratuitas. Disponível das 8:00 am às 7:00 pm, de segunda a sexta-feira.
Website	www.SSA.gov

SECÇÃO 6 Medicaid

O Medicaid é um programa conjunto do governo federal e estadual que ajuda com as despesas médicas de determinadas pessoas com rendimentos e recursos limitados.

Algumas pessoas com Medicare também são elegíveis para o Medicaid. Os programas oferecidos pelo Medicaid ajudam as pessoas com Medicare a pagar os seus custos do Medicare, tais como os prémios do Medicare. Estes **Programas de Poupança do Medicare** incluem:

- **Beneficiário Qualificado do Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB):**

Ajuda a pagar os prémios do Medicare Part A e Part B, bem como outras coparticipações nos custos (como franquias, cosseguro e copagamentos). (Algumas pessoas QMB também são elegíveis para benefícios completos do Medicaid (QMB+).)

Se tiver dúvidas sobre a ajuda que recebe do Medicaid, contacte o Rhode Island Medicaid.

Departamento de Serviços Humanos - Rhode Island Medicaid - Informações de contacto

Telefone	1-855-697-4347 Das 8:30 a.m. às 4:00 p.m., de segunda a sexta-feira
TTY	711 Este número requer equipamento telefónico especial e destina-se apenas a pessoas com dificuldades auditivas ou de fala.
Correio	Rhode Island DHS P.O. Box 8709 Cranston, RI 02920
Website	www.dhs.ri.gov

O Rhode Island Office of Healthy Aging (Gabinete de Envelhecimento Saudável de Rhode Island) ajuda as pessoas inscritas no Medicaid com problemas de serviço ou faturaçāo. Pode ajudá-lo a apresentar uma queixa ou recurso ao nosso plano.

Gabinete de Envelhecimento Saudável de Rhode Island (Rhode Island Office of Healthy Aging) - Informações de contacto

Telefone	1-401-462-3000 Das 8:00 a.m. às 3:00 p.m., de segunda a sexta-feira
TTY	401-462-0740
Correio	Office of Healthy Aging 25 Howard Ave, Building 57 Cranston, RI 02920
Website	www.oha.ri.gov

O Provedor de Justiça para Cuidados de Longa Duração de Rhode Island (Rhode Island Long-Term Care Ombudsman) ajuda as pessoas a obter informações sobre lares de idosos e a resolver problemas entre lares de idosos e residentes ou as suas famílias.

Aliança para Melhores Cuidados de Longo Prazo (Alliance for Better Long-Term Care) – Informações de contacto

Telefone	1-401-785-3340 Das 9:00 a.m. às 4:30 p.m., de segunda a sexta-feira
TTY	711
Correio	422 Post Road Suite 204 Warwick, RI 02888
Website	www.alliancebltc.org

SECÇÃO 7 Programas para ajudar as pessoas a pagar medicamentos sujeitos a receita médica

O website do Medicare (www.Medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs) contém informações sobre formas de reduzir os custos com medicamentos sujeitos a receita médica. Os programas abaixo podem ajudar pessoas com rendimentos limitados.

Extra Help do Medicare

Como é elegível para o Medicaid, tem direito a receber o Extra Help do Medicare para pagar os custos do seu plano de medicamentos sujeitos a receita médica. Não precisa de fazer mais nada para obter este Extra Help.

Se tiver dúvidas sobre o Extra Help, ligue para:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Os utilizadores de TTY ligam para o 1-877-486-2048;
- O Gabinete do Social Security, através do número 1-800-772-1213, das 8 am às 7 pm, de segunda a sexta-feira. Os utilizadores de TTY ligam para o 1-800-325-0778; ou
- O seu Gabinete Estadual do Medicaid, através do número 1-855-697-4347.

Se acha que está a pagar um valor incorreto pela sua receita médica na farmácia, o nosso plano tem um processo para o ajudar a obter elementos de prova do valor correto do seu copagamento. Se já tiver elementos de prova do valor correto, podemos ajudá-lo a partilhar esses elementos de prova connosco.

- Pode ligar para os Serviços para Membros, através do número indicado na contracapa deste folheto, para obter ajuda na obtenção e apresentação desses elementos de prova.
- Assim que recebermos os elementos de prova do valor correto do copagamento, atualizaremos o nosso sistema para que possa pagar o valor correto do copagamento na sua próxima receita médica. Se pagar a mais no seu copagamento, iremos reembolsar o valor, seja por cheque ou por crédito em copagamentos futuros. Se a farmácia não cobrou o seu copagamento e o membro tem uma dívida com ela, podemos efetuar o pagamento diretamente à farmácia. Se um estado pagou em seu nome, poderemos efetuar o pagamento diretamente ao estado. Ligue para os Serviços para Membros através do número 1-844-812-6896 (Os utilizadores de TTY ligam para o 711) se tiver alguma dúvida.

E se tiver Extra Help e cobertura de um Programa Estadual de Assistência Farmacêutica (State Pharmaceutical Assistance Program, SPAP)?

Muitos estados oferecem ajuda para pagar receitas médicas, prémios de planos de medicamentos e/ou outros custos com medicamentos. Se estiver inscrito num Programa Estadual de Assistência Farmacêutica (State Pharmaceutical Assistance Program, SPAP), o Extra Help do Medicare paga primeiro.

Em Rhode Island, o SPAP é chamado de Assistência Farmacêutica a Idosos de Rhode Island (Rhode Island Pharmaceutical Assistance to Elders, RIPAE).

E se tiver Extra Help e cobertura do Programa de Assistência a Medicamentos para SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP)?

O Programa de Assistência a Medicamentos para SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ajuda pessoas que vivem com VIH/SIDA a ter acesso a medicação essencial para o tratamento do VIH. Os medicamentos do Medicare Part D que também constam na lista de medicamentos do ADAP são elegíveis para ajuda na coparticipação nos custos das receitas médicas através do Ryan White HIV/AIDS Program.

Nota: Para serem elegíveis para o ADAP no seu estado, as pessoas devem cumprir determinados critérios, incluindo comprovativo de residência no estado e estado serológico para o VIH, baixos rendimentos (conforme definido pelo estado) e situação de não ter seguro ou ter seguro insuficiente. Se mudar de planos, notifique o seu funcionário local responsável pelas inscrições no ADAP para que possa continuar a receber ajuda. Para obter informações sobre os critérios de elegibilidade, medicamentos cobertos ou como se inscrever no programa, ligue para o Ryan White HIV/AIDS Program através do número 401-462-3294 ou 401-462-3295.

Programas Estaduais de Assistência Farmacêutica

Muitos estados têm Programas Estaduais de Assistência Farmacêutica que ajudam as pessoas a pagar por medicamentos sujeitos a receita médica com base na necessidade financeira, idade, condição médica ou deficiências. Cada estado tem regras diferentes para fornecer cobertura de medicamentos aos seus membros.

Em Rhode Island, o Programa Estadual de Assistência Farmacêutica é o programa de Assistência Farmacêutica a Idosos de Rhode Island (Rhode Island Pharmaceutical Assistance to Elders, RIPAE).

Programa de Assistência Farmacêutica a Idosos de Rhode Island (Rhode Island Pharmaceutical Assistance to Elders, RIPAE) – Informações de contacto

Telefone	1-401-462-0560 Das 8:00 a.m. às 3:00 p.m., de segunda a sexta-feira
TTY	401-462-0740
Correio	Office of Healthy Aging Attn: RIPAE Program Louis Pasteur Building 57 Howard Ave Cranston, RI 02920
Website	www.oha.ri.gov

Plano de Pagamento de Receitas Médicas do Medicare

O Plano de Pagamento de Receitas Médicas do Medicare é uma opção de pagamento que funciona com a sua cobertura atual de medicamentos para ajudar o membro a gerir as suas despesas incorridas com medicamentos cobertos pelo nosso plano, distribuindo-os **ao longo do ano civil** (janeiro a dezembro). Qualquer pessoa com um plano de medicamentos Medicare ou um plano de saúde Medicare com cobertura de medicamentos (como um plano Medicare Advantage com cobertura de medicamentos) pode utilizar esta opção de pagamento. **Esta opção de pagamento pode ajudá-lo a gerir as suas despesas, mas não lhe permite poupar dinheiro nem reduzir os custos com medicamentos. Se estiver a participar no Plano de Pagamento de Receitas Médicas do Medicare e permanecer no mesmo plano do Part D, a sua participação será automaticamente renovada para 2026.** O Extra Help do Medicare e a ajuda do seu SPAP e ADAP, para aqueles que são elegíveis, são mais vantajosos do que a participação no Plano de Pagamento de Receitas Médicas do

Medicare. Para saber mais sobre esta opção de pagamento, ligue para os Serviços para Membros através do número 1-844-812-6896 (Os utilizadores de TTY ligam para o 711) ou visite www.Medicare.gov.

Plano de Pagamento de Receitas Médicas do Medicare – Informações de contacto

Telefone	1-844-812-6896
	As chamadas para este número são gratuitas. O horário é 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).
TTY	711
	As chamadas para este número são gratuitas. O horário é 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).
Correio	<p>Neighborhood Health Plan of Rhode Island</p> <p>Medicare Prescription Payment Plan</p> <p>P.O. Box 7</p> <p>Pittsburgh, PA 15230</p>
Website	www.caremark.com/MPPP

SECÇÃO 8 Caixa de Pensões dos Ferroviários (Railroad Retirement Board, RRB)

A Caixa de Pensões dos Ferroviários é uma agência federal independente que administra programas abrangentes de benefícios para os trabalhadores ferroviários do país e suas famílias. Se obtiver o Medicare através da Caixa de Pensões dos Ferroviários, informe-o caso mude de residência ou altere o seu endereço postal. Para questões sobre os seus benefícios da Caixa de Pensões dos Ferroviários, entre em contacto com a agência.

Caixa de Pensões dos Ferroviários (Railroad Retirement Board, RRB) – Informações de contacto

Telefone	1-877-772-5772
	As chamadas para este número são gratuitas.

	<p>p.m. às quartas-feiras.</p> <p>Prima “1” para aceder à HelpLine (linha de apoio) automatizada da 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 requer equipamento telefónico especial e destina-se apenas a pessoas com dificuldades auditivas ou de fala.</p> <p>As chamadas para este número não são gratuitas.</p>
Website	<p>https://RRB.gov</p>

SECÇÃO 9 Se tiver seguro coletivo ou outro seguro de saúde oferecido pelo empregador

Se o membro (ou o seu cônjuge ou parceiro doméstico) receber benefícios do seu empregador (ou do empregador do seu cônjuge ou parceiro doméstico) ou grupo de reformados como parte deste plano, ligue para o administrador de benefícios do empregador/sindicato ou para os Serviços para Membros através do número 1-844-812-6896 (Os utilizadores de TTY ligam para o 711) em caso de dúvidas. Pode perguntar sobre os benefícios de saúde, prémios ou período de inscrição do seu empregador (ou do seu cônjuge ou parceiro doméstico) ou reformado. (Os números de telefone dos Serviços para Membros estão impressos na contracapa deste documento.) Pode ligar para o número 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) se tiver dúvidas sobre a sua cobertura Medicare ao abrigo deste plano. Os utilizadores de TTY ligam para o 1-877-486-2048.

Se tiver outra cobertura de medicamentos através do seu empregador (ou do seu cônjuge ou parceiro doméstico) ou grupo de reformados, contacte **o administrador de benefícios desse grupo**. O administrador de benefícios pode ajudá-lo a compreender como é que a sua cobertura de medicamentos atual funcionará com o nosso plano.

CAPÍTULO 3:

Utilizar o nosso plano para os seus serviços médicos e outros serviços cobertos

SECÇÃO 1 Como obter cuidados médicos e outros serviços como membro do nosso plano

Este capítulo explica o que precisa saber sobre como utilizar o nosso plano para obter cobertura para cuidados médicos e outros serviços. Para obter detalhes sobre que cuidados médicos e outros serviços o nosso plano cobre e quanto paga quando recebe cuidados, consulte a Tabela de Benefícios Médicos no Capítulo 4.

Secção 1.1 Prestadores da rede e serviços cobertos

- Os **prestadores** são médicos e outros profissionais de cuidados de saúde licenciados pelo estado para prestar serviços e cuidados médicos. O termo “prestadores” também inclui hospitais e outras instalações de cuidados de saúde.
- Os **prestadores da rede** são médicos e outros profissionais de cuidados de saúde, grupos médicos, hospitais e outras instituições de cuidados de saúde que têm um acordo connosco para aceitar o nosso pagamento e o valor da sua coparticipação nos custos como pagamento integral. Tomámos providências para que esses prestadores prestassem serviços cobertos aos membros do nosso plano. Os prestadores da nossa rede faturam-nos diretamente pelos cuidados que lhe prestam. Quando consulta um prestador da rede, não paga nada ou paga apenas a sua participação nos custos dos serviços cobertos.
- Os **serviços cobertos** incluem todos os cuidados médicos, serviços de cuidados de saúde, fornecimentos, equipamentos e medicamentos sujeitos a receita médica que são cobertos pelo nosso plano. Os serviços médicos cobertos estão listados na Tabela de Benefícios Médicos no Capítulo 4. Os serviços cobertos para medicamentos sujeitos a receita médica são discutidos no Capítulo 5.

Secção 1.2 Regras básicas para que os seus cuidados médicos e outros serviços sejam cobertos pelo nosso plano

Como plano de saúde Medicare, o Neighborhood Dual CONNECT deve cobrir todos os serviços cobertos pelo Original Medicare e pode oferecer outros serviços além daqueles cobertos pelo Original Medicare. Consulte a Tabela de Benefícios no Capítulo 4.

O Neighborhood Dual CONNECT geralmente cobrirá os seus cuidados médicos, desde que:

- **Os cuidados que recebe estão incluídos na Tabela de Benefícios Médicos do nosso plano**, no Capítulo 4.
- **Os cuidados que recebe são considerados clinicamente necessários.** Clinicamente necessários significa que os serviços, fornecimentos, equipamentos ou medicamentos são necessários para a prevenção, diagnóstico ou tratamento da sua condição médica e cumprem os padrões aceites da prática médica.
- **Tem um prestador de cuidados primários (primary care provider, PCP) da rede que presta e supervisiona os seus cuidados.** Como membro do nosso plano, deve escolher um PCP da rede (consulte a Secção 2.1 para obter mais informações).
- **Deve obter os seus cuidados de saúde junto de um prestador da rede** (consulte a Secção 2). Na maioria dos casos, os cuidados prestados por um prestador fora da rede (um prestador que não faz parte da rede do nosso plano) não serão cobertos. Isso significa que deve pagar ao prestador o valor total pelos serviços recebidos. Aqui estão 3 exceções:
 - O nosso plano cobre cuidados de emergência ou serviços urgentemente necessários que receber de um prestador fora da rede. Para obter mais informações e saber quais são os serviços de emergência ou serviços urgentemente necessários, consulte a Secção 3.
 - Se precisar de cuidados médicos que o Medicare exige que o nosso plano cubra, mas não houver especialistas na nossa rede que prestem esses cuidados, poderá obtê-los junto de um prestador fora da rede, com a mesma coparticipação nos custos que normalmente pagaria dentro da rede. É necessário obter uma autorização do nosso plano antes de procurar atendimento médico. Nesta situação, cobriremos esses serviços como se tivesse recebido os cuidados de um prestador da rede. Para obter informações sobre como obter aprovação para consultar um médico fora da rede, consulte a Secção 2.4.
 - O nosso plano cobre serviços de diálise renal que recebe numa clínica de diálise certificada pelo Medicare quando está temporariamente fora da área de serviço do nosso plano ou quando o seu prestador desse serviço está temporariamente indisponível ou inacessível. A coparticipação nos custos que paga ao nosso plano para diálise nunca pode ser superior à coparticipação nos custos do Original Medicare. Se estiver fora da área de serviço do nosso plano e fizer diálise com um prestador fora da rede do nosso plano, a sua coparticipação nos custos não poderá ser superior à coparticipação nos custos que paga dentro da rede. No entanto, se o seu prestador da rede habitual de serviços de diálise estiver temporariamente indisponível e optar por obter serviços dentro da nossa área de serviço de um prestador fora da rede do

nosso plano, a sua coparticipação nos custos da diálise poderá ser mais elevada.

SECÇÃO 2 Utilizar os prestadores da rede do nosso plano para obter cuidados médicos e outros serviços

Secção 2.1 Deve escolher um Prestador de Cuidados Primários (Primary Care Provider, PCP) para prestar e supervisionar os seus cuidados

O que é um PCP e o que ele faz por si?

O seu Prestador de Cuidados Primários (Primary Care Provider, PCP) é o seu prestador principal e será responsável por prestar muitos dos seus serviços de cuidados preventivos e primários. O seu PCP fará parte da sua Equipa de Cuidados.

O seu PCP irá ajudá-lo a:

- Desenvolver o seu plano de cuidados;
- Determinar as suas necessidades de cuidados;
- Recomendar ou solicitar muitos dos serviços e itens de que necessita;
- Obter autorizações prévias da sua Equipa de Cuidados ou do Neighborhood Dual CONNECT, conforme necessário; e
- Coordenar os seus cuidados.

O seu PCP pode ser um dos seguintes prestadores ou, em determinadas circunstâncias, até mesmo um especialista:

- Clínica Geral;
- Medicina Interna;
- Medicina Geral;
- Geriatria;
- Ginecologia;
- Enfermeiro Certificado (Certified Nurse Practitioner, CNP);
- Assistente Médico (Physician Assistant, PA);

- Parteira Certificada

Não pode selecionar uma clínica (RHC ou FQHC) como seu prestador de cuidados primários, mas se o prestador que selecionar trabalhar numa clínica e cumprir os critérios, esse prestador pode ser o seu prestador de cuidados primários.

Como escolher um PCP

Pode escolher qualquer prestador de cuidados primários da nossa rede. Pode encontrar uma lista dos prestadores participantes no nosso website em www.nhpri.org/DualCONNECT. Ligue para os Serviços para Membros através do número 1-844-812-6896 (TTY 711) se precisar de ajuda para encontrar um PCP participante na sua área. Se não escolher um PCP, nós atribuímos-lhe um.

Se já escolheu um PCP e esse prestador não consta no seu cartão de membro, pode contactar os Serviços para Membros para solicitar essa alteração, ligando para o número 1-844-812-6896 (TTY 711).

Como mudar o seu PCP

Pode mudar o seu PCP por qualquer razão, a qualquer momento. Também é possível que o seu PCP saia da rede de prestadores do nosso plano, e precise de escolher um novo PCP. Podemos ajudá-lo a encontrar um novo PCP se o seu atual deixar a nossa rede. Se não escolher um PCP, nós iremos designar-lhe um.

Se quiser mudar o seu PCP, ligue para os Serviços para Membros através do número 1-844-812-6896 (TTY 711). A sua mudança de PCP entrará em vigor imediatamente após a receção do seu pedido.

Secção 2.2 Como obter cuidados de especialistas e outros prestadores da rede

Um especialista é um médico que presta serviços de saúde para uma doença específica ou parte do corpo. Existem muitos tipos de especialistas. Por exemplo:

- Os oncologistas tratam pacientes com cancro
- Os cardiologistas tratam pacientes com doenças cardíacas
- Os ortopedistas tratam pacientes com certas condições ósseas, articulares ou musculares

É muito importante conversar com o seu prestador de cuidados primários (primary care provider, PCP) antes de consultar um especialista. O Neighborhood não exige que tenha um

encaminhamento para consultar especialistas. No entanto, deve manter o seu PCP e o seu Gestor de Cuidados informados sobre quaisquer alterações no seu estado de saúde.

Após consultar um especialista, este poderá solicitar outros serviços ou medicamentos que podem exigir uma autorização prévia. Uma autorização prévia significa que deve obter aprovação do Neighborhood antes de receber um serviço específico, medicamento ou consultar um prestador fora da rede. Normalmente, o seu prestador deverá enviar ao Neighborhood uma carta ou formulário a explicar a necessidade do serviço ou medicamento. Para saber mais, consulte a Tabela de Benefícios no Capítulo 4, Secção D.

A sua escolha de um PCP não o limita a especialistas ou hospitais específicos. Se precisar de ajuda para encontrar um especialista, pode perguntar ao seu PCP ou visitar o nosso website www.nhpri.org/DualCONNECT para consultar o nosso *Diretório de Prestadores e Farmácias*. Se precisar de ajuda, também pode ligar para os Serviços para Membros através do número 1-844-812-6896 (TTY 711).

Quando um especialista ou outro prestador da rede sai do nosso plano

Podemos fazer alterações nos hospitais, médicos e especialistas (prestadores) da rede do nosso plano durante o ano. Se o seu médico ou especialista deixar o nosso plano, tem os seguintes direitos e proteções:

- Embora a nossa rede de prestadores possa sofrer alterações ao longo do ano, o Medicare exige que tenha acesso ininterrupto a médicos e especialistas qualificados.
- Iremos notificá-lo de que o seu prestador está a sair do nosso plano para que tenha tempo de selecionar um novo prestador.
 - Se o seu prestador de cuidados de saúde ou prestador de saúde comportamental sair do nosso plano, iremos notificá-lo caso tenha consultado esse prestador nos últimos três anos.
 - Se algum dos seus outros prestadores sair do nosso plano, iremos notificá-lo caso esteja atribuído a esse prestador, esteja atualmente a ser tratado por ele ou o tenha consultado nos últimos três meses.
- Iremos ajudá-lo a escolher um novo prestador da rede qualificado para cuidados contínuos.
- Se estiver a fazer tratamento médico ou terapias com o seu prestador atual, tem o direito de pedir para continuar a receber o tratamento ou as terapias clinicamente necessárias. Trabalharemos consigo para que possa continuar a receber cuidados.
- Forneceremos informações sobre os períodos de inscrição disponíveis e as opções que poderá ter para mudar os planos.

- Quando um prestador ou benefício da rede não estiver disponível ou for inadequado para responder às suas necessidades médicas, providenciaremos qualquer benefício coberto medicamente necessário fora da nossa rede de prestadores, com coparticipação nos custos dentro da rede. A Autorização Prévia deve ser obtida com antecedência.
- Se descobrir que o seu médico ou especialista está a deixar o nosso plano, contacte-nos para que possamos ajudá-lo a escolher um novo prestador para gerir os seus cuidados de saúde.
- Se considerar que não lhe fornecemos um prestador qualificado para substituir o seu prestador anterior ou que os seus cuidados não estão a ser geridos adequadamente, tem o direito de apresentar uma reclamação sobre a qualidade dos cuidados à QIO, uma queixa sobre a qualidade dos cuidados ao nosso plano, ou ambos (consulte o Capítulo 9).

Secção 2.3 Como obter cuidados de prestadores fora da rede

Se um prestador não estiver na nossa rede, o membro ou o seu prestador serão responsáveis por entrar em contacto connosco para obter a autorização para a sua consulta fora da rede. A nossa equipa de profissionais de saúde analisará todos os pedidos de autorização prévia. Poderá haver certas limitações à aprovação, tais como o número de consultas. Se os serviços estiverem disponíveis na rede do nosso plano, o pedido de serviços poderá ser recusado. Tem sempre o direito de recorrer.

Se utilizar um prestador fora da rede, este deve ser elegível para participar no Medicare e/ou Medicaid.

- Não podemos pagar a um prestador que não seja elegível para participar no Medicare e/ou Medicaid.
- Se utilizar um prestador que não é elegível para participar no Medicare e/ou Medicaid, terá de pagar o custo total dos serviços que receber.
- Os prestadores devem informar se não são elegíveis para participar no Medicare e/ou no Medicaid.

SECÇÃO 3 Como obter serviços em caso de emergência, catástrofe ou necessidade urgente de cuidados

Secção 3.1 Obter cuidados se tiver uma emergência médica

Uma **emergência médica** ocorre quando o membro, ou qualquer outra pessoa prudente com conhecimentos básicos de saúde e medicina, acredita que tem sintomas médicos que requerem atenção médica imediata para evitar a perda da vida (e, se for uma mulher grávida,

a perda do feto), a perda de um membro ou da função de um membro, ou a perda ou comprometimento grave de uma função corporal. Os sintomas médicos podem ser uma doença, lesão, dor grave ou uma condição médica que se agrave rapidamente.

Se tiver uma emergência médica:

- **Procure ajuda o mais rápido possível.** Ligue para o 911 para pedir ajuda ou dirija-se ao serviço de urgências ou hospital mais próximo. Ligue para uma ambulância se precisar. Não precisa obter aprovação ou encaminhamento prévio do seu PCP. Não precisa de recorrer a um médico da rede. Pode obter assistência médica de emergência sempre que precisar, em qualquer lugar dos Estados Unidos ou seus territórios, e de qualquer prestador com licença estadual apropriada, mesmo que não faça parte da nossa rede, ou em qualquer lugar do mundo.
- **Assim que possível, certifique-se de que o nosso plano foi informado sobre a sua emergência.** Precisamos acompanhar os seus cuidados de emergência. O membro ou outra pessoa deve ligar para nos informar sobre os cuidados de emergência, geralmente no prazo de 48 horas. Pode ligar para o número de telefone que consta no verso do cartão de identificação de membro do plano.

Serviços cobertos em caso de emergência médica

O nosso plano cobre o transporte de ambulância até ao serviço de urgências sempre que o transporte de outra forma pusesse em perigo o seu estado de saúde. Também cobrimos serviços médicos durante a emergência.

Os médicos que lhe prestam cuidados de emergência decidirão quando a sua condição estiver estável e quando a emergência médica tiver terminado.

Após o fim da emergência, tem direito a cuidados de acompanhamento para garantir que a sua condição continua estável. Os seus médicos continuarão a tratá-lo até que entrem em contacto connosco e planeiem cuidados adicionais. Os seus cuidados de acompanhamento serão cobertos pelo nosso plano.

Se os seus cuidados de emergência forem prestados por prestadores fora da rede, tentaremos providenciar para que prestadores da rede assumam os seus cuidados assim que a sua condição médica e as circunstâncias permitirem.

E se não tiver sido uma emergência médica?

Às vezes, pode ser difícil saber se está a passar por uma emergência médica. Por exemplo, pode procurar cuidados de emergência, pensando que a sua saúde está em grave perigo, e o médico pode dizer que, afinal, não se tratava de uma emergência médica. Se se verificar que

não se tratava de uma emergência, desde que tenha considerado razoavelmente que a sua saúde estava em grave perigo, cobriremos os seus cuidados médicos.

No entanto, depois do médico indicar que não se trata de uma emergência, cobriremos cuidados adicionais *apenas* se receber esses cuidados adicionais de uma das duas seguintes formas:

- Vai a um prestador da rede para obter os cuidados adicionais.
- Os cuidados adicionais que recebe são considerados serviços urgentemente necessários e deve seguir as regras abaixo para obter esses cuidados de urgência.

Secção 3.2 Obter cuidados quando tiver uma necessidade urgente de serviços

Um serviço que requer atenção médica imediata (mas não é uma emergência) é um serviço urgentemente necessário se estiver temporariamente fora da área de serviço do nosso plano ou se não for razoável, devido ao tempo, local e circunstâncias, obter esse serviço dos prestadores da rede. Exemplos de serviços urgentemente necessários são doenças e lesões médicas imprevistas ou agravamentos inesperados de condições existentes. No entanto, consultas de rotina clinicamente necessárias, como exames anuais, não são consideradas urgentes, mesmo que esteja fora da área de serviço do nosso plano ou que a nossa rede de planos esteja temporariamente indisponível.

Para aceder a serviços urgentemente necessários, deve dirigir-se a um prestador da rede, tendo em conta o seu tempo, local ou circunstâncias, e nós cobriremos os serviços urgentemente necessários que receber de um prestador fora da rede.

O nosso plano cobre serviços de emergência e cuidados de urgência em todo o mundo fora dos Estados Unidos nas seguintes circunstâncias:

- Quando um membro estiver a viajar fora dos Estados Unidos e tiver uma necessidade médica de emergência ou urgente.

Secção 3.3 Obter cuidados durante uma catástrofe

Se o governador do seu estado, o Secretário de Saúde e Serviços Humanos dos EUA ou o presidente dos Estados Unidos declarar estado de catástrofe ou emergência na sua área geográfica, o membro ainda terá direito aos cuidados do nosso plano.

Visite www.nhpri.org/DualCONNECT para obter informações sobre como obter os cuidados necessários durante uma catástrofe.

Se não puder utilizar um prestador da rede durante uma catástrofe, o nosso plano permitirá que receba cuidados de prestadores fora da rede com coparticipação nos custos dentro da rede. Se não puder utilizar uma farmácia da rede durante uma catástrofe, poderá aviar as suas receitas médicas numa farmácia fora da rede. Consulte o Capítulo 5, Secção 2.5.

SECÇÃO 4 E se lhe for cobrado diretamente o custo total dos serviços cobertos?

Se pagou pelos serviços cobertos ou se receber uma fatura por serviços médicos cobertos, pode solicitar o reembolso da nossa participação nos custos dos serviços cobertos. Consulte o Capítulo 7 para obter informações sobre o que fazer.

Secção 4.1 Se os serviços não forem cobertos pelo nosso plano

O Neighborhood Dual CONNECT cobre todos os serviços clinicamente necessários, conforme listado na Tabela de Benefícios Médicos no Capítulo 4. Se receber serviços que não estão cobertos pelo nosso plano ou receber serviços fora da rede sem autorização, será responsável pelo pagamento do custo total dos serviços.

Para serviços cobertos que têm uma limitação de benefícios, também pagará o custo total de quaisquer serviços que receber depois de esgotar o seu benefício para esse tipo de serviço coberto. Ligue para os Serviços para Membros para saber quais são os limites e se está perto de os alcançar.

SECÇÃO 5 Serviços médicos num estudo de investigação clínica

Secção 5.1 O que é um estudo de investigação clínica

Um estudo de investigação clínica (também chamado de *ensaio clínico*) é uma forma que médicos e cientistas utilizam para testar novos tipos de cuidados médicos, como a eficácia de um novo medicamento contra o cancro. Determinados estudos clínicos são aprovados pelo Medicare. Os estudos de investigação clínica aprovados pelo Medicare normalmente solicitam voluntários para participar no estudo. Quando estiver a participar num estudo de investigação clínica, pode permanecer inscrito no nosso plano e continuar a receber o restante dos seus cuidados (cuidados não relacionados com o estudo) através do nosso plano.

Se participar num estudo aprovado pelo Medicare, o Original Medicare paga a maior parte dos custos dos serviços cobertos que receber como parte do estudo. Se nos informar que está a participar num ensaio clínico qualificado, será responsável apenas pela coparticipação nos custos dentro da rede pelos serviços prestados nesse ensaio. Se pagou mais — por exemplo, se já pagou o valor da coparticipação nos custos do Original Medicare —

reembolsaremos a diferença entre o que pagou e a coparticipação nos custos dentro da rede. Terá de fornecer documentação para nos mostrar quanto pagou.

Se quiser participar de qualquer estudo clínico aprovado pelo Medicare, não precisa nos informar nem obter aprovação nossa ou do seu PCP. Os prestadores que prestam os seus cuidados como parte do estudo de investigação clínica não precisam de fazer parte da rede do nosso plano. Isso não se aplica a benefícios cobertos que exigem um ensaio clínico ou registo para avaliar o benefício, incluindo certos benefícios que exigem cobertura com desenvolvimento de elementos de prova (coverage with evidence development, NCD-CED) e estudos de isenção para dispositivos em investigação (investigational device exemption, IDE). Esses benefícios também podem estar sujeitos a autorização prévia e outras regras do plano.

Embora não seja necessária a autorização do nosso plano para participar num estudo de investigação clínica, recomendamos que nos informe com antecedência quando decidir participar em ensaios clínicos qualificados pelo Medicare.

Se participar num estudo não aprovado pelo Medicare, será responsável pelo pagamento de todos os custos da sua participação no estudo.

Secção 5.2 Quem paga pelos serviços num estudo de investigação clínica

Depois de participar num estudo de investigação clínica aprovado pelo Medicare, o Original Medicare cobre os itens e serviços de rotina que recebe como parte do estudo, incluindo:

- Hospedagem e alimentação durante um internamento hospitalar que o Medicare pagaria mesmo que o membro não estivesse a participar de um estudo.
- Uma operação ou outro procedimento médico se fizer parte do estudo de investigação.
- Tratamento de efeitos secundários e complicações dos novos cuidados.

Depois do Medicare pagar a sua participação nos custos desses serviços, o nosso plano pagará o restante. Tal como para todos os serviços cobertos, não pagará nada pelos serviços cobertos que receber no estudo de investigação clínica.

Quando estiver a participar num estudo de investigação clínica, **nem o Medicare nem o nosso plano pagarão por nenhum dos seguintes itens:**

- Geralmente, o Medicare não paga pelo novo item ou serviço que o estudo está a testar, a menos que o Medicare cobrisse o item ou serviço mesmo que não estivesse a participar no estudo.

- Itens ou serviços fornecidos apenas para recolher dados e não utilizados nos seus cuidados de saúde diretos. Por exemplo, o Medicare não pagará por TC mensais realizadas como parte de um estudo se a sua condição médica normalmente exigir apenas uma TC.
- Itens e serviços fornecidos gratuitamente pelos patrocinadores da investigação às pessoas que participam no ensaio.

Obtenha mais informações sobre como participar num estudo de investigação clínica

Obtenha mais informações sobre como participar num estudo de investigação clínica na publicação do Medicare intitulada *Medicare and Clinical Research Studies* (Medicare e estudos de investigação clínica), disponível em www.Medicare.gov/sites/default/files/2019-09/02226-medicare-and-clinical-research-studies.pdf.) Também pode ligar para 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Os utilizadores de TTY ligam para o 1-877-486-2048.

SECÇÃO 6 Regras para obter cuidados numa instituição religiosa não médica de cuidados de saúde

Secção 6.1 Uma instituição religiosa não médica de cuidados de saúde

Uma instituição religiosa não médica de cuidados de saúde é uma instalação que presta cuidados para uma condição que normalmente seria tratada num hospital ou numa instalação de enfermagem especializada. Se receber cuidados num hospital ou numa instalação de enfermagem especializada for contra as crenças religiosas de um membro, cobriremos, em vez disso, os cuidados numa instituição religiosa não médica de cuidados de saúde. Este benefício é fornecido apenas para serviços em regime de internamento do Part A (serviços de cuidados de saúde não médicos).

Secção 6.2 Como obter cuidados numa instituição religiosa não médica de cuidados de saúde

Para poder usufruir dos cuidados de uma instituição religiosa não médica de cuidados de saúde, deve assinar um documento jurídico que declare que se opõe conscientemente a receber tratamento médico que **não obrigatório**.

- Cuidados ou tratamentos médicos **não obrigatórios** são quaisquer cuidados ou tratamentos médicos voluntários e não exigidos por nenhuma lei federal, estadual ou local.
- O tratamento médico **obrigatório** é o atendimento ou cuidados médicos que recebe e que não é voluntário ou é exigido pela legislação federal, estadual ou local.

Para ser coberto pelo nosso plano, os cuidados que recebe de uma instituição religiosa não médica de cuidados de saúde devem cumprir as seguintes condições:

- A instituição que presta os cuidados deve ser certificada pelo Medicare.
- O nosso plano cobre apenas os aspetos *não religiosos* dos cuidados.
- Se obtiver serviços desta instituição prestados numa instalação, aplicam-se as seguintes condições:
 - Tem de ter uma condição médica que lhe permita obter serviços cobertos para cuidados hospitalares em regime de internamento ou cuidados em instalações de enfermagem especializada.
 - – e – deve obter aprovação prévia do nosso plano antes de ser admitido na instalação, ou o seu internamento não será coberto.

A cobertura hospitalar para o regime de internamento é baseada na necessidade médica e requer autorização prévia. Para obter mais informações sobre a cobertura em regime de internamento hospitalar, consulte a Tabela de Benefícios, no Capítulo 4.

SECÇÃO 7 Regras para a propriedade de equipamento médico duradouro

Secção 7.1 Não será proprietário de nenhum equipamento médico duradouro após efetuar um determinado número de pagamentos ao abrigo do nosso plano

O equipamento médico duradouro (durable medical equipment, DME) inclui itens como equipamentos e fornecimentos de oxigénio, cadeiras de rodas, andadores, sistemas de colchões motorizados, muletas, fornecimentos para diabéticos, dispositivos geradores de voz, bombas de infusão IV, nebulizadores e camas hospitalares solicitados por um prestador para os membros usarem em casa. O membro possui sempre alguns itens de DME, como próteses. Outros tipos de DME devem ser alugados.

No Original Medicare, as pessoas que alugam certos tipos de DME ficam com o equipamento após fazerem copagamentos pelo item durante 13 meses. **Como membro do Neighborhood Dual CONNECT, não obterá a propriedade dos itens DME alugados, independentemente do número de copagamentos que efetuar pelo item enquanto for membro do nosso plano.** Não obterá a propriedade, mesmo que tenha efetuado até 12 pagamentos consecutivos pelo item DME ao abrigo do Original Medicare antes de aderir ao nosso plano.

O que acontece com os pagamentos que efetuou por equipamento médico duradouro se mudar para o Original Medicare?

Se não obteve a propriedade do item DME enquanto estava no nosso plano, terá de efetuar 13 novos pagamentos consecutivos após mudar para o Original Medicare para obter a propriedade do item DME. Os pagamentos que efetuou enquanto estava inscrito no nosso plano não contam para estes 13 pagamentos.

Exemplo 1: Efetuou 12 pagamentos consecutivos ou menos pelo item no Original Medicare e, em seguida, aderiu ao nosso plano. Os pagamentos que efetuou no Original Medicare não contam.

Exemplo 2: Efetuou 12 pagamentos consecutivos ou menos pelo item no Original Medicare e, em seguida, aderiu ao nosso plano. Não obteve a propriedade do item enquanto estava no nosso plano. Em seguida, volta para o Original Medicare. Terá de efetuar 13 pagamentos novos consecutivos para adquirir o item assim que voltar a aderir ao Original Medicare. Quaisquer pagamentos que já tenha feito (seja ao nosso plano ou ao Original Medicare) não contam.

Secção 7.2 Regras para equipamento, fornecimentos e manutenção de oxigénio

Caso se qualifique para a cobertura de equipamentos de oxigénio do Medicare, o Neighborhood Dual CONNECT cobrirá:

- Aluguer de equipamento de oxigénio
- Entrega de oxigénio e conteúdo de oxigénio
- Tubos e acessórios relacionados para o fornecimento de oxigénio e conteúdos de oxigénio
- Manutenção e reparação de equipamentos de oxigénio

Se sair do Neighborhood Dual CONNECT ou se já não precisar de equipamento de oxigénio por motivos médicos, o equipamento de oxigénio deverá ser devolvido.

O que acontece se sair do nosso plano e voltar para o Original Medicare?

O Original Medicare exige que um fornecedor de oxigénio lhe preste serviços durante 5 anos. Durante os primeiros 36 meses, aluga o equipamento. Nos 24 meses restantes, o fornecedor fornece o equipamento e a manutenção (o membro continua a ser responsável pelo copagamento do oxigénio). Após 5 anos, pode optar por permanecer na mesma empresa ou mudar para outra. Nesse momento, o ciclo de 5 anos recomeça, mesmo que permaneça na mesma empresa, e será novamente obrigado a fazer copagamentos durante os primeiros 36 meses. Se aderir ou sair do nosso plano, o ciclo de 5 anos recomeça.

CAPÍTULO 4:

Tabela de Benefícios Médicos

(o que está coberto)

SECÇÃO 1 Compreender os serviços cobertos

A Tabela de Benefícios Médicos lista os serviços cobertos como membro do Neighborhood Dual CONNECT. Esta secção também fornece informações sobre serviços médicos que não estão cobertos e explica os limites de determinados serviços.

Secção 1.1 Não paga nada pelos serviços cobertos

Como recebe ajuda do Medicaid, não paga nada pelos serviços cobertos, desde que siga as regras dos nossos planos para obter os seus cuidados de saúde. (Consulte o Capítulo 3 para obter mais informações sobre as regras dos nossos planos para obter os seus cuidados.)

Secção 1.2 Qual é o valor máximo que pagará pelos serviços médicos cobertos pelo Medicare Part A e Part B?

Nota: Como os nossos membros também recebem ajuda do Medicaid, muito poucos chegam a atingir esse valor máximo de despesas incorridas. Não é responsável pelo pagamento de quaisquer despesas incorridas até ao valor máximo de despesas incorridas para os serviços cobertos pelo Part A e Part B.

Os planos Medicare Advantage têm limites para o valor de despesas incorridas que o membro deve pagar anualmente pelos serviços médicos cobertos pelo Medicare Part A e Part B. Esse limite é chamado de valor máximo de despesas incorridas (maximum out-of-pocket, MOOP) por serviços médicos. **Para o ano civil de 2026, o valor do MOOP é de \$9,250.**

Os valores que paga por copagamentos e cosseguro para serviços cobertos contam para este valor máximo de despesas incorridas. Os valores que paga pelos medicamentos do Part D não contam para o seu valor máximo de despesas incorridas. Além disso, os valores que paga por alguns serviços não contam para o seu valor máximo de despesas incorridas. Se atingir o valor máximo de despesas incorridas de \$9,250, não terá que pagar nenhuma despesa incorrida durante o resto do ano pelos serviços cobertos pelo Part A e Part B. No entanto,

deve continuar a pagar o prémio do Medicare Part B (a menos que o seu prémio do Part B seja pago pelo Medicaid ou por outra entidade terceira).

SECÇÃO 2 A Tabela de Benefícios Médicos mostra os seus benefícios médicos e custos

A Tabela de Benefícios Médicos nas páginas seguintes lista os serviços cobertos pelo Neighborhood Dual CONNECT (a cobertura de medicamentos do Part D encontra-se no Capítulo 5). Os serviços listados na Tabela de Benefícios Médicos só são cobertos quando estes requisitos são cumpridos:

- Os serviços cobertos pelo Medicare devem ser prestados de acordo com as diretrizes de cobertura do Medicare.
- Os seus serviços (incluindo cuidados médicos, serviços, fornecimentos, equipamentos e medicamentos do Part B) *devem* ser clinicamente necessários. Clinicamente necessários significa que os serviços, fornecimentos ou medicamentos são necessários para a prevenção, diagnóstico ou tratamento da sua condição médica e cumprem os padrões aceites da prática médica.
- Para novos inscritos, o seu plano de cuidados coordenados MA deve fornecer um período de transição mínimo de 90 dias, durante o qual o novo plano MA não pode exigir autorização 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. Na maioria dos casos, os cuidados prestados por um prestador fora da rede não serão cobertos, a menos que se trate de cuidados de emergência ou urgência, ou a menos que o nosso plano ou um prestador da rede lhe tenha feito um encaminhamento. Isso significa que paga integralmente ao prestador pelos serviços fora da rede que recebe.
- Tem um prestador de cuidados primários (um PCP) que presta e supervisiona os seus cuidados.
- Alguns serviços listados na Tabela de Benefícios Médicos só são cobertos se o seu médico ou outro prestador da rede obtiver a nossa aprovação prévia (por vezes designada por autorização prévia). Os serviços cobertos que necessitam de aprovação prévia estão assinalados com um asterisco na Tabela de Benefícios Médicos.
- Se o seu plano de cuidados coordenados aprovar um pedido de autorização prévia para um tratamento, a aprovação deve ser válida enquanto for clinicamente razoável e necessária para evitar interrupções nos cuidados, de acordo com os critérios de cobertura aplicáveis, o seu histórico médico e a recomendação do profissional de saúde responsável pelo tratamento.

Outras informações importantes sobre a nossa cobertura:

- Está coberto tanto pelo Medicare como pelo Medicaid. O Medicare cobre cuidados de saúde e medicamentos sujeitos a receita médica. O Medicaid cobre a sua coparticipação nos custos dos serviços do Medicare, incluindo consultas com especialistas, cirurgias em regime de ambulatório, serviços de emergência, serviços urgentemente necessários e transporte de emergência. O Medicaid também cobre serviços que o Medicare não cobre.
- Tal como todos os planos de saúde Medicare, cobrimos tudo o que o Original Medicare cobre. (Para saber mais sobre a cobertura e os custos do Original Medicare, consulte o manual *Medicare & You* de 2026. Consulte-o online em www.Medicare.gov ou peça uma cópia através do número 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Os utilizadores de TTY ligam para o 1-877-486-2048.)
- Para serviços preventivos cobertos sem custos pelo Original Medicare, também cobrimos esses serviços sem custos para o membro. No entanto, se também for tratado ou monitorizado por uma condição médica existente durante a consulta em que recebe o serviço preventivo, será aplicado um copagamento pelos cuidados que recebeu para a condição médica existente.
- Se o Medicare adicionar cobertura para quaisquer novos serviços durante 2026, tanto o Medicare como o nosso plano cobrirão esses serviços.
- Se estiver dentro do período de 1 mês de elegibilidade continuada prevista no nosso plano, continuaremos a fornecer todos os benefícios Medicare cobertos pelo plano Medicare Advantage. No entanto, durante esse período, o valor que paga pelos serviços cobertos pelo Medicare pode aumentar.

Não paga nada pelos serviços listados na Tabela de Benefícios Médicos, desde que cumpra os requisitos de cobertura descritos acima.

Informações importantes sobre benefícios para Pessoas que se Qualificam para Extra Help:

- Se receber Extra Help para pagar os custos da cobertura de medicamentos do Medicare, poderá ser elegível para outros benefícios complementares específicos e/ou redução específica da coparticipação nos custos.

Informações Importantes sobre Benefícios para Inscritos com Doenças Crónicas:

- Se lhe for diagnosticada alguma das doenças crónicas listadas abaixo e cumprir determinados critérios, poderá ser elegível para benefícios suplementares especiais para doentes crónicos.
 - Condições autoimunes, cancro, doenças cardiovasculares, alcoolismo crónico e outros transtornos relacionados com o abuso 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 Neighborhood avaliará consistentemente a elegibilidade para esses benefícios adicionais utilizando vários recursos, como a Avaliação de Riscos para a Saúde (Health Risk Assessment, HRA), pedidos de reembolso médico/farmacêutico e outra documentação clínica de apoio.
- Para mais detalhes, consulte a linha *Benefícios Suplementares Especiais para Doentes Crónicos* na Tabela de Benefícios Médicos abaixo.
- Entre em contacto connosco para saber exatamente quais os benefícios a que pode ter direito.



Esta maçã mostra os serviços preventivos na Tabela de Benefícios Médicos.

Tabela de Benefícios Médicos

Serviço Coberto	O que paga o membro
 Rastreio de aneurisma da aorta abdominal Uma ecografia única para pessoas em risco. O nosso plano só cobre este exame se tiver determinados fatores de risco e se receber um encaminhamento do seu médico, assistente médico, enfermeiro ou enfermeiro clínico especialista.	Não há cosseguro, copagamento ou franquia para os membros elegíveis para este exame preventivo.

Serviço Coberto	O que paga o membro
<p>Acupuntura para dor lombar crónica</p> <p>Os serviços cobertos incluem:</p> <p>Até 12 consultas em 90 dias são cobertas nas seguintes circunstâncias:</p> <p>Para efeitos deste benefício, a dor lombar crónica é definida como:</p> <ul style="list-style-type: none">• Com duração de 12 semanas ou mais;• Não específica, na medida em que não tem causa sistémica identificável (ou seja, não está associada a doença metastática, inflamatória, infeciosa, etc.);• não associada a cirurgia; e• não associada à gravidez. <p>Serão cobertas mais 8 sessões para pacientes que apresentarem melhorias. Não podem ser administrados mais de 20 tratamentos de acupuntura por ano.</p> <p>O tratamento deve ser interrompido se o paciente não apresentar melhorias ou se apresentar regressão.</p> <p>Requisitos do Prestador:</p> <p>Os médicos (conforme definido em 1861(r)(1) da Lei do Social Security (a Lei)) podem fornecer acupuntura de acordo com os requisitos estaduais aplicáveis.</p> <p>Os assistentes médicos (physician assistants, PA), enfermeiros (NP)/enfermeiros clínicos especializados (clinical nurse specialists, CNS) (conforme identificado em 1861(aa) (5) da Lei) e pessoal auxiliar podem realizar acupuntura se cumprirem todos os requisitos estaduais aplicáveis e tiverem:</p> <ul style="list-style-type: none">• um mestrado ou doutoramento em acupuntura ou medicina oriental por uma instituição acreditada pela Comissão de Acreditação em Acupuntura e Medicina Oriental (Accreditation Commission on Acupuncture and Oriental Medicine, ACAOM); e,• uma licença válida, completa, ativa e irrestrita para exercer acupuntura num estado, território ou comunidade (ou seja, Porto Rico) dos Estados Unidos ou no Distrito de Columbia. <p>O pessoal auxiliar que presta serviços de acupuntura deve estar sob o nível adequado de supervisão de um médico, PA ou NP/CNS, conforme exigido pelos nossos regulamentos em 42 CFR §§ 410.26 e 410.27.</p>	\$0

Serviço Coberto	O que paga o membro
<p>Transporte de ambulância*</p> <p>Os serviços de ambulância cobertos, sejam para situações de emergência ou não, incluem serviços de ambulância aérea, helicóptero e terrestre, até a unidade de saúde mais próxima capaz de prestar atendimento, caso sejam fornecidos a um membro cuja condição médica seja tal que outros meios de transporte possam colocar em risco a saúde da pessoa ou se autorizados pelo nosso plano. Se os serviços de ambulância cobertos não forem para uma situação de emergência, deve ser documentado que a condição do membro é tal que outros meios de transporte podem colocar em risco a saúde da pessoa e que o transporte por ambulância é clinicamente necessário.</p>	\$0
<p>*Pode ser necessária autorização prévia para serviços de ambulância não urgentes.</p> <p> Consulta anual de bem-estar</p> <p>Se tiver o Part B há mais de 12 meses, pode fazer uma consulta anual de bem-estar para desenvolver ou atualizar um plano de prevenção personalizado com base na sua saúde atual e nos seus fatores de risco. Isso é coberto uma vez a cada 12 meses.</p> <p>Nota: A sua primeira consulta anual de bem-estar não pode ocorrer dentro de 12 meses após a sua consulta preventiva de <i>Boas-vindas ao Medicare</i>. No entanto, não é necessário ter feito uma consulta de <i>Boas-vindas ao Medicare</i> para ter cobertura para consultas de bem-estar anuais após ter o Part B há 12 meses.</p> <p>Pode beneficiar de um exame físico completo e aprofundado com o seu prestador, que irá rever o seu histórico médico e farmacêutico e realizar uma avaliação das doenças crónicas.</p> <p> Medição da massa óssea</p> <p>Para pessoas qualificadas (geralmente, isso significa pessoas com risco de perda de massa óssea ou risco de osteoporose), os seguintes serviços são cobertos a cada 24 meses ou com maior frequência, se forem clinicamente necessários: procedimentos para identificar a massa óssea, detetar perda óssea ou determinar a qualidade óssea, incluindo a interpretação dos resultados por um médico.</p>	Não há cosseguro, copagamento ou franquia para a consulta anual de bem-estar. Não há cosseguro, copagamento ou franquia para a medição da massa óssea coberta pelo Medicare.

Serviço Coberto	O que paga o membro
 Rastreio do cancro da mama (mamografias) Os serviços cobertos incluem: <ul style="list-style-type: none">• Uma mamografia de referência entre os 35 e os 39 anos• Uma mamografia de rastreio a cada 12 meses para mulheres com 40 anos ou mais• Exames clínicos da mama uma vez a cada 24 meses	Não há cosseguro, copagamento ou franquia para mamografias de rastreio cobertas.
Serviços de reabilitação cardíaca Programas abrangentes de serviços de reabilitação cardíaca que incluem exercícios, educação e aconselhamento são cobertos para membros que cumpram determinadas condições com prescrição médica. O nosso plano também cobre programas intensivos de reabilitação cardíaca, que são normalmente mais rigorosos ou mais intensos do que os programas de reabilitação cardíaca.	\$0
 Consulta para redução do risco de doenças cardiovasculares (terapia para doenças cardiovasculares) Cobrimos uma consulta por ano com o seu médico de cuidados primários para ajudar a reduzir o risco de doenças cardiovasculares. Durante esta consulta, o seu médico poderá discutir a utilização de aspirina (se apropriado), verificar a sua pressão arterial e dar-lhe dicas para garantir que está a ter uma alimentação saudável.	Não há cosseguro, copagamento ou franquia para o benefício de terapia comportamental intensiva para prevenção de doenças cardiovasculares.
 Exames de rastreio de doenças cardiovasculares Análises ao sangue para deteção de doenças cardiovasculares (ou anomalias associadas a um risco elevado de doenças cardiovasculares) uma vez a cada 5 anos (60 meses).	Não há cosseguro, copagamento ou franquia para testes de doenças cardiovasculares cobertos uma vez a cada 5 anos.
 Rastreio do cancro do colo do útero e vaginal Os serviços cobertos incluem: <ul style="list-style-type: none">• Para todas as mulheres: Os exames de Papanicolau e os exames pélvicos são cobertos uma vez a cada 24 meses.• Se tem um risco elevado de cancro do colo do útero ou vaginal, ou se está em idade fértil e teve um resultado anormal no exame de Papanicolau nos últimos 3 anos: um exame de Papanicolau a cada 12 meses.	Não há cosseguro, copagamento ou franquia para exames preventivos de Papanicolau e exames pélvicos cobertos pelo Medicare.

Serviço Coberto	O que paga o membro
<p>Serviços quiropráticos*</p> <p>Os serviços cobertos incluem:</p> <ul style="list-style-type: none">• Cobrimos apenas a manipulação manual da coluna vertebral para corrigir subluxações.• Doze (12) consultas de tratamento por ano. Os serviços quiropráticos clinicamente necessários que excedam o limite anual de doze (12) consultas podem ser cobertos.	\$0
<p>Serviços de gestão e tratamento da dor crónica</p> <p>Serviços mensais cobertos para pessoas que sofrem de dor crónica (dor persistente ou recorrente com duração superior a 3 meses). Os serviços podem incluir avaliação da dor, gestão de medicação e coordenação e planeamento de cuidados.</p>	A coparticipação nos custos deste serviço irá variar dependendo dos serviços individuais prestados no decorrer do tratamento. \$0

Serviço Coberto	O que paga o membro
<p> Rastreio do cancro colorretal</p> <p>Os seguintes exames de rastreio estão cobertos:</p> <ul style="list-style-type: none">• A colonoscopia não tem limitação de idade mínima ou máxima 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 cancro colorretal, e uma vez a cada 24 meses para pacientes de alto risco após uma colonoscopia de rastreio anterior.• A colonografia por tomografia computadorizada para pacientes com 45 anos ou mais que não apresentam alto risco de cancro colorretal é coberta quando se passaram pelo menos 59 meses após o mês em que a última colonografia por tomografia computadorizada de rastreio foi realizada, ou quando se passaram 47 meses após o mês em que a última sigmoidoscopia flexível de rastreio ou colonoscopia de rastreio foi realizada. Para pacientes com alto risco de cancro colorretal, o pagamento pode ser feito por uma colonografia por tomografia computadorizada de rastreio realizada após pelo menos 23 meses do mês em que a última colonografia por tomografia computadorizada de rastreio ou a última colonoscopia de rastreio foi realizada.• 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 rastreio. Uma vez a cada 48 meses para pacientes de alto risco desde a última sigmoidoscopia flexível ou colonografia por tomografia computadorizada.• Exames de sangue oculto nas fezes para pacientes com 45 anos ou mais. Uma vez a cada 12 meses.• DNA fecal multialvo para pacientes com idades entre 45 e 85 anos que não cumpram os critérios de alto risco. Uma vez a cada 3 anos.• Exames de biomarcadores sanguíneos para pacientes com idades entre 45 e 85 anos que não cumpram os critérios de alto risco. Uma vez a cada 3 anos.• Os exames de rastreio do cancro colorretal incluem uma colonoscopia de acompanhamento após um exame não invasivo de rastreio do cancro colorretal baseado nas fezes coberto pelo Medicare ter um resultado positivo.• Os exames de rastreio do cancro colorretal incluem uma sigmoidoscopia flexível de rastreio planeada ou uma colonoscopia de rastreio que envolve a remoção de tecido ou outra matéria, ou outro procedimento realizado em ligação com, como resultado de e na mesma consulta clínica do que o exame de rastreio.	Não há cosseguro, copagamento ou franquia para exames de rastreio do cancro colorretal cobertos pelo Medicare. Se o seu médico encontrar e remover um pólipo ou outro tecido durante a colonoscopia ou sigmoidoscopia flexível, o exame de rastreio passa a ser um exame diagnóstico.

Serviço Coberto	O que paga o membro
<p>Serviços dentários*</p> <p>Em geral, os serviços dentários preventivos (como limpeza, exames dentários de rotina e radiografias dentárias) não são cobertos pelo Original Medicare. No entanto, o Medicare paga por serviços dentários num número limitado de circunstâncias, especificamente quando esse serviço é parte integrante do tratamento específico da condição médica primária de uma pessoa. Os exemplos incluem a reconstrução da mandíbula após uma fratura ou lesão, extrações dentárias realizadas em preparação para o tratamento de radiação para o cancro envolvendo a mandíbula ou exames orais antes do transplante de órgãos.</p>	\$0
<p>*Pode ser necessária autorização prévia.</p>	
<p> Rastreio da depressão</p> <p>Cobrimos um exame de depressão por ano. O rastreio deve ser feito num centro de cuidados primários que possa fornecer tratamento de acompanhamento e/ou encaminhamentos.</p> <p> Rastreio da diabetes</p> <p>Cobrimos este exame (incluindo testes de glicemia em jejum) se tiver algum destes fatores de risco: pressão alta (hipertensão), histórico de níveis anormais de colesterol e triglicéridos (dislipidemia), obesidade ou histórico de açúcar elevado no sangue (glicose). Os exames também podem ser cobertos se cumprir outros requisitos, como estar com excesso de peso e ter histórico familiar de diabetes.</p> <p>Poderá ter direito a até dois exames de rastreio de diabetes a cada 12 meses após a data do seu exame de rastreio de diabetes mais recente.</p>	<p>Não há cosseguro, copagamento ou franquia para uma consulta anual de rastreio da depressão.</p> <p>Não há cosseguro, copagamento ou franquia para os exames de rastreio de diabetes cobertos pelo Medicare.</p>

Serviço Coberto	O que paga o membro
<p> Formação em autogestão da diabetes, serviços para diabéticos e fornecimentos*</p> <p>Para todas as pessoas que têm diabetes (utilizadores de insulina e não utilizadores de insulina). Os serviços cobertos incluem:</p> <ul style="list-style-type: none">• Materiais para monitorizar a sua glicemia: medidor de glicemia, tiras de teste de glicemia, dispositivos de lanceta e lancetas, e soluções de controlo de glicose para verificar a precisão das tiras de teste e dos medidores.• Para pessoas com diabetes que sofrem de doença grave do pé diabético: um par por ano civil de sapatos terapêuticos moldados à medida (incluindo palmilhas fornecidas com esses sapatos) e 2 pares adicionais de palmilhas, ou um par de sapatos profundos e 3 pares de palmilhas (não incluindo as palmilhas removíveis não personalizadas fornecidas com esses sapatos). A cobertura inclui o ajuste.• A formação em autogestão da diabetes é coberta sob determinadas condições. <p>*Pode ser necessária autorização prévia.</p>	\$0

Serviço Coberto	O que paga o membro
<p>Equipamento médico duradouro (durable medical equipment, DME) e fornecimentos relacionados*</p> <p>(Para obter uma definição de equipamento médico duradouro, consulte o Capítulo 12 e o Capítulo 3)</p> <p>Os itens cobertos incluem, entre outros, cadeiras de rodas, muletas, sistemas de colchões motorizados, fornecimentos para diabéticos, camas hospitalares encomendadas por um prestador para utilização doméstica, bombas de infusão IV, dispositivos geradores de fala, equipamentos de oxigénio, nebulizadores e andadores.</p> <p>Cobrimos todos os DME clinicamente necessários cobertos pelo Original Medicare. Se o nosso fornecedor na sua área não tiver uma determinada marca ou fabricante, pode perguntar se podem fazer uma prescrição especial para si. A lista mais recente de fornecedores está disponível no nosso website em www.nhpri.org/DualCONNECT.</p> <p>Geralmente, o Neighborhood Dual CONNECT cobre qualquer DME coberto pelo Original Medicare das marcas e fabricantes desta lista. Não cobriremos outras marcas e fabricantes, a menos que o seu médico ou outro prestador nos informe que a marca é adequada às suas necessidades médicas. Se é novo no Neighborhood Dual CONNECT e utiliza uma marca de DME que não consta da nossa lista, continuaremos a cobrir essa marca por até 90 dias. Durante esse período, deve conversar com o seu médico para decidir que marca é clinicamente adequada após esse período de 90 dias. (Se discordar do seu médico, pode pedir-lhe para o encaminhar para uma segunda opinião.)</p> <p>Se o membro (ou o seu prestador) não concordar com a decisão de cobertura do nosso plano, o membro ou o seu prestador podem apresentar um recurso. Também pode apresentar um recurso se não concordar com a decisão do seu prestador sobre que produto ou marca é apropriado para a sua condição médica. (Para obter mais informações sobre recursos, consulte o Capítulo 9).</p>	<p>\$0</p> <p>A sua coparticipação nos custos para a cobertura de equipamentos de oxigénio do Medicare é de \$0.</p>

***Pode ser necessária autorização prévia.**

Serviço Coberto	O que paga o membro
<p>Cuidados de emergência</p> <p>Cuidados de emergência referem-se a serviços que são:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prestados por um prestador qualificado para prestar serviços de emergência, e • Necessários para avaliar ou estabilizar uma condição médica de emergência. <p>Uma emergência médica é quando o membro, ou qualquer outra pessoa prudente com conhecimentos básicos de saúde e medicina, acredita que tem sintomas médicos que requerem atenção médica imediata para evitar a perda de vida (e, se for uma mulher grávida, a perda do feto), a perda de um membro ou a perda da função de um membro. Os sintomas médicos podem ser uma doença, lesão, dor grave ou uma condição médica que se agrave rapidamente.</p> <p>A coparticipação nos custos para serviços de emergência necessários que obtém fora da rede é a mesma que quando obtém esses serviços dentro da rede.</p> <p>A cobertura inclui os EUA, os seus territórios e todo o mundo.</p>	<p>\$0</p> <p>Se receber cuidados de emergência num hospital fora da rede e precisar de cuidados hospitalares após a sua condição de emergência estar estabilizada, deve receber os cuidados hospitalares no hospital fora da rede autorizado pelo nosso plano e o seu custo será a coparticipação nos custos mais alta que pagaria num hospital da rede.</p>
<p>Benefício de fitness</p> <p>O benefício de fitness inclui uma inscrição num clube de saúde em locais YMCA elegíveis e um monitor de atividades. As instalações YMCA elegíveis estão listadas abaixo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bayside YMCA (Barrington, RI) • Cranston YMCA (Cranston, RI) • East Side YMCA (Providence, RI) • Kent County YMCA (Warwick, RI) • MacColl YMCA (Lincoln, RI) • Newman YMCA (Seekonk, MA) • Pawtucket Family YMCA (Pawtucket, RI) • South County YMCA (Wakefield, RI) <p>Os membros devem escolher um local designado.</p>	<p>\$0</p>
<p>Serviços de audição</p> <p>As avaliações diagnósticas da audição e do equilíbrio realizadas pelo seu prestador para determinar se necessita de tratamento médico são cobertas como cuidados em regime de ambulatório quando obtidos junto de um médico, audiologista ou outro prestador qualificado.</p>	<p>\$0</p>

Serviço Coberto	O que paga o membro
<p> Rastreio do VIH</p> <p>Para pessoas que solicitam um teste de rastreio do VIH ou que apresentam um risco elevado de infecção pelo VIH, cobrimos:</p> <ul style="list-style-type: none">• Um exame de rastreio a cada 12 meses. <p>Se estiver grávida, cobrimos:</p> <ul style="list-style-type: none">• Até 3 exames de rastreio durante a gravidez.	Não há cosseguro, copagamento ou franquia para membros elegíveis para o rastreio preventivo do VIH coberto pelo Medicare.
<p>Cuidados prestados por agências de saúde domiciliária*</p> <p>Antes de receber serviços de saúde domiciliária, um médico deve certificar que precisa desses serviços e solicitar que eles sejam prestados por uma agência de saúde domiciliária. Deve estar confinado em casa, o que significa que sair de casa é um grande esforço.</p> <p>Os serviços cobertos incluem, entre outros:</p> <ul style="list-style-type: none">• Serviços de cuidados de saúde ao domicílio e serviços de enfermagem qualificados em part-time ou intermitentes (cobertos ao abrigo do benefício de cuidados de saúde ao domicílio, os seus serviços de enfermagem qualificados ao domicílio e os serviços de cuidados de saúde ao domicílio combinados devem contabilizar menos de 8 horas por dia e 35 horas por semana)• Fisioterapia, terapia ocupacional e terapia da fala• Serviços médicos e sociais• Equipamentos e fornecimentos médicos	\$0

***Pode ser necessária autorização prévia.**

Serviço Coberto	O que paga o membro
<p>Terapia de infusão domiciliária*</p> <p>A terapia de infusão domiciliária envolve a administração intravenosa ou subcutânea de medicamentos ou produtos biológicos a uma pessoa em casa. Os componentes necessários para realizar a infusão domiciliária incluem o medicamento (por exemplo, antivirais, imunoglobulina), equipamentos (por exemplo, uma bomba) e fornecimentos (por exemplo, tubos e cateteres).</p> <p>Os serviços cobertos incluem, entre outros:</p> <ul style="list-style-type: none">• Serviços profissionais, incluindo serviços de enfermagem, prestados de acordo com o nosso plano de cuidados• Formação e educação do paciente não cobertas pelo benefício de equipamento médico duradouro• Monitorização remota• Serviços de monitorização para o fornecimento de terapia de infusão domiciliária e medicamentos para infusão domiciliária fornecidos por um fornecedor qualificado de terapia de infusão domiciliária <p>*Pode ser necessária autorização prévia.</p>	\$0

Cuidados paliativos

Tem direito ao benefício de cuidados paliativos quando o seu médico e o diretor médico do centro de cuidados paliativos lhe derem um prognóstico terminal, certificando que está com uma doença terminal e tem 6 meses ou menos de vida, se a sua doença seguir o seu curso normal. Pode receber cuidados de qualquer programa de cuidados paliativos certificado pelo Medicare. O nosso plano é obrigado a ajudá-lo a encontrar programas de cuidados paliativos certificados pelo Medicare na área de serviço do plano, incluindo programas que possuímos, controlamos ou nos quais temos interesse financeiro. O seu médico de cuidados paliativos pode ser um prestador da rede ou um prestador fora da rede.

Os serviços cobertos incluem:

- Medicamentos para controlo dos sintomas e alívio da dor
- Cuidados temporários de curta duração
- Cuidados de saúde domiciliários

Quando é admitido nos cuidados paliativos, tem o direito de permanecer no nosso plano; se permanecer no nosso plano, deve continuar a pagar os prémios do plano.

Para serviços de cuidados paliativos e serviços cobertos pelo Medicare Part A ou Part B relacionados com o seu prognóstico terminal:

O Original Medicare (em vez do nosso plano) pagará ao seu prestador de cuidados paliativos pelos serviços de cuidados paliativos e quaisquer serviços do Part A e do Part B relacionados com o seu prognóstico terminal. Enquanto estiver no programa de cuidados paliativos, o seu prestador destes serviços irá faturar ao Original Medicare os serviços que o Original Medicare pagar. Ser-lhe-á faturada a coparticipação nos custos do Original Medicare.

Para serviços cobertos pelo Medicare Part A ou Part B não

relacionados com o seu prognóstico terminal: Se precisar de serviços não urgentes e não urgentemente necessários cobertos pelo Medicare Part A ou Part B que não estejam relacionados com o seu prognóstico terminal, o custo desses serviços dependerá da sua utilização de um prestador da rede do nosso plano e do cumprimento das regras do plano (por exemplo, se existe a obrigação de obter autorização prévia).

- Se obtiver os serviços cobertos de um prestador da rede e seguir as regras do plano para obter o serviço, pagará apenas o valor da nossa coparticipação nos custos do plano para serviços dentro da rede
- Se obtiver os serviços cobertos de um prestador fora da rede, pagará a coparticipação nos custos ao abrigo do Original Medicare

Para serviços cobertos pelo Neighborhood Dual CONNECT mas não cobertos pelo Medicare Part A ou Part B:

O Neighborhood Dual CONNECT continuará a cobrir os serviços cobertos pelo plano que não são cobertos pelo Part A ou Part B, estejam ou não relacionados com o seu prognóstico terminal. O membro paga o valor da nossa coparticipação nos custos do plano por esses serviços.

Para medicamentos que podem ser cobertos pelo benefício Part

D do nosso plano: Se esses medicamentos não estiverem

Quando se inscreve num programa de cuidados paliativos certificado pelo Medicare, os seus serviços de cuidados paliativos e os seus serviços do Part A e do Part B relacionados com o seu prognóstico terminal são pagos pelo Original Medicare, e não pelo Neighborhood Dual CONNECT.

Serviço Coberto	O que paga o membro
<p> Imunizações</p> <p>Os serviços cobertos pelo Medicare Part B incluem:</p> <ul style="list-style-type: none">• Vacinas contra pneumonia• Vacinas contra a gripe/influenza, uma vez por época de gripe/influenza no outono e inverno, com vacinas adicionais contra a gripe/influenza, se clinicamente necessárias.• Vacinas contra hepatite B, se tiver risco alto ou intermédio de contrair hepatite B• Vacinas contra COVID-19• Outras vacinas, se estiver em risco e elas cumprirem as regras de cobertura do Medicare Part B <p>Também cobrimos a maioria das outras vacinas para adultos no âmbito do nosso benefício de medicamentos do Part D. Consulte o Capítulo 6, Secção 8 para obter mais informações.</p>	Não há cosseguro, copagamento ou franquia para as vacinas contra pneumonia, gripe/influenza, hepatite B e COVID-19.

Cuidados hospitalares em regime de internamento*

Inclui cuidados em regime de internamento agudos, reabilitação em regime de internamento, hospitais de cuidados de longo prazo e outros tipos de serviços em regime de internamento. Os cuidados hospitalares em regime de internamento começam no dia em que é formalmente admitido no hospital com uma prescrição médica. O dia anterior à alta é o seu último dia em regime de internamento.

Os serviços cobertos incluem, entre outros:

- Quarto semiprivado (ou um quarto privado se clinicamente necessário)
- Refeições, incluindo dietas especiais
- Serviços de enfermagem regular
- Custos de unidades de cuidados especiais (tais como unidades de cuidados intensivos ou unidades de cuidados coronários)
- Medicamentos e medicação
- Análises laboratoriais
- Raios X e outros serviços de radiologia
- Materiais cirúrgicos e médicos necessários
- Utilização de aparelhos, como por exemplo cadeiras de rodas
- Custos da sala de operações e de recuperação
- Fisioterapia, terapia ocupacional e terapia da fala
- Serviços em regime de internamento para abuso de substâncias
- Sob certas condições, os seguintes tipos de transplantes são cobertos: córnea, rim, rim-pâncreas, coração, fígado, pulmão, coração/pulmão, medula óssea, células estaminais e intestinal/multivisceral. Se precisar de um transplante, providenciaremos a análise do seu caso por um centro de transplantes aprovado pelo Medicare, que decidirá se é candidato a um transplante. Os prestadores de transplantes podem ser locais ou fora da área de serviço. Se os nossos serviços de transplante dentro da rede estiverem fora do padrão de cuidados da comunidade, poderá optar por recorrer a serviços locais, desde que os prestadores de transplante locais estejam dispostos a aceitar a taxa do Original Medicare. Se o Neighborhood Dual CONNECT fornecer serviços de transplante num local fora do padrão de cuidados para transplantes na sua comunidade e optar por fazer o transplante nesse local distante, providenciaremos ou pagaremos as despesas de alojamento e transporte adequados para o membro e um acompanhante.
- Sangue, incluindo armazenamento e administração. A cobertura de sangue total e concentrado de hemácias começa apenas com o primeiro litro de sangue necessário.
- Serviços médicos

Nota: Para ser internado, o seu prestador deve emitir uma prescrição para o admitir formalmente como paciente em regime de internamento no hospital. Mesmo que passe a noite no hospital, ainda pode ser considerado um paciente em regime de ambulatório. Se não tiver a certeza se é um paciente em regime de internamento, entre em contacto com o seu prestador.

\$0

8

Se receber cuidados em regime de internamento autorizados num hospital fora da rede após a sua condição de emergência ter sido estabilizada, o seu custo será a coparticipação nos custos que pagaria num hospital da rede.

Serviço Coberto	O que paga o membro
<p>Serviços em regime de internamento num hospital psiquiátrico*</p> <p>Os serviços cobertos incluem serviços de cuidados de saúde mental que requerem internamento hospitalar.</p> <p>Tem cobertura para até 190 dias em regime de internamento num hospital psiquiátrico independente ao longo da vida (este limite vitalício não se aplica a serviços de saúde mental prestados em regime de internamento numa unidade psiquiátrica de um hospital geral).</p> <p>Como membro com dupla elegibilidade, também poderá ter cobertura total para dias ilimitados em regime de internamento por saúde mental, conforme clinicamente necessário, além do limite vitalício de 190 dias do Medicare.</p> <p>*Pode ser necessária autorização prévia.</p>	\$0
<p> Terapia de nutrição médica*</p> <p>Este benefício é indicado para pessoas com diabetes, doença renal (mas que não estejam em diálise) ou após um transplante renal, quando prescrito pelo seu médico.</p> <p>Cobrimos 3 horas de serviços de aconselhamento individual durante o primeiro ano em que obtém serviços de terapia nutricional médica ao abrigo do Medicare (isto inclui o nosso plano, qualquer outro plano Medicare Advantage ou Original Medicare) e 2 horas por ano a partir daí. Se a sua condição, tratamento ou diagnóstico mudar, poderá obter mais horas de tratamento mediante prescrição médica. Um médico deve prescrever esses serviços e renovar a prescrição anualmente, caso o seu tratamento seja necessário no ano civil seguinte.</p> <p>*Pode ser necessária autorização prévia.</p>	Não há cosseguro, copagamento ou franquia para membros elegíveis para serviços de terapia nutricional médica cobertos pelo Medicare.
<p> Programa de Prevenção da Diabetes do Medicare (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP)</p> <p>Os serviços do MDPP são cobertos para pessoas elegíveis em todos os planos de saúde do Medicare.</p> <p>O MDPP é uma intervenção estruturada para mudança de comportamentos relacionados com a saúde que oferece formação 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.</p>	Não há cosseguro, copagamento ou franquia para o benefício MDPP.

Medicamentos do Medicare Part B*

Esses medicamentos são cobertos pelo Part B do Original Medicare. Os membros do nosso plano têm cobertura para esses medicamentos através do nosso plano. Os medicamentos cobertos incluem:

- Medicamentos que normalmente não são autoadministrados pelo paciente e são injetados ou administrados por infusão enquanto recebe serviços médicos, em regime de ambulatório ou cirúrgicos em regime de ambulatório.
- Insulina fornecida através de um item de equipamento médico duradouro (como uma bomba de insulina clinicamente necessária)
- Outros medicamentos que toma utilizando equipamento médico duradouro (como nebulizadores) que foram autorizados pelo nosso plano
- O medicamento para Alzheimer, Leqembi® (nome genérico lecanemab), que é administrado por via intravenosa. Além dos custos com medicação, poderá ser necessário realizar exames e testes adicionais antes e/ou durante o tratamento, o que poderá aumentar os seus custos totais. Fale com o seu médico sobre que exames e testes podem ser necessários no âmbito do seu tratamento.
- Fatores de coagulação que administra a si próprio por injeção se tiver hemofilia
- Medicamentos para transplantes/imunossupressores: O Medicare cobre a terapia medicamentosa para transplantes se o Medicare tiver pago pelo seu transplante de órgão. Deve ter o Part A no momento do transplante coberto e deve ter o Part B no momento em que receber medicamentos imunossupressores. A cobertura de medicamentos do Medicare Part D cobre medicamentos imunossupressores se o Part B não os cobrir.
- Medicamentos injetáveis para osteoporose, se estiver confinado em casa, tiver uma fratura óssea que um médico certifique estar relacionada com a osteoporose pós-menopausa e não puder autoadministrar o medicamento
- Alguns antigénios: O Medicare cobre antígenos se forem preparados por um médico e administrados por uma pessoa devidamente instruída (que pode ser o membro, o paciente) sob supervisão adequada.
- Determinados medicamentos orais contra o cancro: O Medicare cobre alguns medicamentos para o cancro oral que se tomam por via oral, se o mesmo medicamento estiver disponível na forma injetável ou se o medicamento for um pró-fármaco (uma forma oral de um medicamento que, quando ingerido, se decompõe no mesmo ingrediente ativo encontrado no medicamento injetável) do medicamento injetável. À medida que novos medicamentos para o cancro oral forem ficando disponíveis, o Part B poderá cobri-los. Se o Part B não os cobrir, o Part D cobre.
- Medicamentos orais contra náuseas: O Medicare cobre medicamentos orais contra náuseas que o membro utiliza

\$0

0

Serviço Coberto	O que paga o membro
<p> Rastreio e terapia da obesidade para promover a perda de peso sustentada</p> <p>Se tiver um índice de massa corporal igual ou superior a 30, cobrimos aconselhamento intensivo para o ajudar a perder peso. Este aconselhamento é coberto se obtido num ambiente de cuidados primários, onde pode ser coordenado com o seu plano de prevenção abrangente. Fale com o seu médico de cuidados primários para saber mais.</p>	Não há cosseguro, copagamento ou franquia para exames preventivos e terapia contra a obesidade.
<p>Serviços do programa de tratamento com opióides</p> <p>Os membros do nosso plano com transtorno por abuso de opióides (opioid use disorder, OUD) podem obter cobertura de serviços para tratar o OUD por meio de um Programa de Tratamento de Opióides (Opioid Treatment Program, OTP), que inclui os seguintes serviços:</p> <ul style="list-style-type: none">• Medicação para tratamento assistido por medicamentos (medication-assisted treatment, MAT) agonistas e antagonistas opióides aprovados pela Administração de Alimentos e Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) dos EUA.• Dispensação e administração de medicação MAT (se aplicável)• Aconselhamento sobre abuso de substâncias• Terapia individual e terapia de grupo• Testes toxicológicos• Atividades de admissão• Avaliações periódicas	\$0

Serviço Coberto	O que paga o membro
<p>Exames diagnósticos em regime de ambulatório, serviços terapêuticos e fornecimentos*</p> <p>Os serviços cobertos incluem, entre outros:</p> <ul style="list-style-type: none">• Raios X• Terapia por radiação (rádio e isótopos), incluindo materiais e fornecimentos técnicos• Materiais cirúrgicos, como pensos• Talas, gessos e outros dispositivos utilizados para reduzir fraturas e luxações• Testes laboratoriais• Sangue, incluindo armazenamento e administração. A cobertura de sangue total e concentrado de hemácias começa apenas com o primeiro litro de sangue de que necessita.• Exames diagnósticos não laboratoriais, como tomografias computadorizadas, ressonâncias magnéticas, eletrocardiogramas e tomografias por emissão de positrões, quando o seu médico ou outro prestador de cuidados de saúde os solicitar para tratar um problema médico.• Outros exames diagnósticos em regime de ambulatório <p>*Pode ser necessária autorização prévia.</p>	\$0 .

Serviço Coberto	O que paga o membro
<p>Observação hospitalar em regime de ambulatório</p> <p>Os serviços de observação são serviços em regime de ambulatório prestados em hospitais para determinar se o paciente precisa de ser internado ou se pode receber alta.</p> <p>Para que os serviços de observação hospitalar em regime de ambulatório sejam cobertos, devem cumprir aos critérios do Medicare e ser considerados razoáveis e necessários. Os serviços de observação só são cobertos quando prestados por prescrição de um médico ou outra pessoa autorizada pela lei estadual e pelos estatutos do pessoal hospitalar a admitir pacientes no hospital ou a pedir exames em regime de ambulatório.</p> <p>Nota: A menos que o prestador tenha emitido uma prescrição por escrito para o internar no hospital, o membro é um paciente em regime de ambulatório e paga os valores de participação nos custos dos serviços hospitalares em regime de ambulatório. Mesmo que passe a noite no hospital, ainda pode ser considerado um paciente em regime de ambulatório. Se não tiver a certeza se é um paciente em regime de ambulatório, pergunte à equipa do hospital. Obtenha mais informações na ficha informativa <i>Benefícios Hospitalares do Medicare</i>. Esta ficha informativa está disponível em www.Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf ou ligando para 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Os utilizadores de TTY ligam para o 1-877-486-2048.</p>	\$0

Serviço Coberto	O que paga o membro
<p>Serviços hospitalares em regime de ambulatório*</p> <p>Cobrimos os serviços clinicamente necessários que receber no departamento de ambulatório de um hospital para diagnóstico ou tratamento de uma doença ou lesão.</p> <p>Os serviços cobertos incluem, entre outros:</p> <ul style="list-style-type: none">• Serviços num departamento de emergência ou clínica em regime de ambulatório, tais como serviços de observação ou cirurgia em regime de ambulatório• Exames laboratoriais e diagnósticos faturados pelo hospital• Cuidados de saúde mental, incluindo cuidados num programa de hospitalização parcial, se um médico certificar que o tratamento com internamento seria necessário sem ele• Raios X e outros serviços de radiologia faturados pelo hospital• Fornecimentos médicos, como talas e gessos• Determinados medicamentos e produtos biológicos que não pode administrar a si mesmo <p>Nota: A menos que o prestador tenha emitido uma prescrição por escrito para o internar no hospital, o membro é um paciente em regime de ambulatório e paga os valores de participação nos custos dos serviços hospitalares em regime de ambulatório. Mesmo que passe a noite no hospital, ainda pode ser considerado um paciente em regime de ambulatório. Se não tiver a certeza se é um paciente em regime de ambulatório, pergunte à equipa do hospital.</p> <p>*Pode ser necessária autorização prévia.</p>	\$0.
<p>Cuidados de saúde mental em regime de ambulatório</p> <p>Os serviços cobertos incluem:</p> <p>Serviços de saúde mental prestados por um psiquiatra ou médico licenciado pelo estado, psicólogo clínico, assistente social clínico, enfermeiro clínico especialista, conselheiro profissional licenciado (licensed professional counselor, LPC), terapeuta matrimonial e familiar licenciado (licensed marriage and family therapist, LMFT), enfermeiro especializado (nurse practitioner, NP), assistente médico (physician assistant, PA) ou outro profissional de cuidados de saúde mental qualificado pelo Medicare, conforme permitido pelas leis estaduais aplicáveis.</p>	\$0

Serviço Coberto	O que paga o membro
<p>Serviços de reabilitação em regime de ambulatório*</p> <p>Os serviços cobertos incluem fisioterapia, terapia ocupacional e terapia da fala.</p> <p>Os serviços de reabilitação em regime de ambulatório são prestados em vários contextos ambulatórios, tais como departamentos ambulatórios de hospitais, consultórios de terapeutas independentes e Centros de Reabilitação Ambulatória Integrada (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facilities, CORF).</p> <p>*Pode ser necessária autorização prévia.</p>	\$0
<p>Serviços em regime de ambulatório para transtornos relacionados com o abuso de substâncias*</p> <p>Além disso, o plano também cobre:</p> <ul style="list-style-type: none">• Programas de tratamento com opióides assistidos por fármacos, incluindo dosagem de metadona e aconselhamento e receitas médicas de outra medicação, como Suboxone®.• Serviços de saúde domiciliária do Programa de Tratamento com Opióides (Opioid Treatment Program, OTP), que fornecem recursos a membros dependentes de opióides que estão atualmente a receber ou que cumprem os critérios para tratamento assistido por medicação• Desintoxicação medicamente controlada em ambiente hospitalar ou programa de desintoxicação• Tratamento integrado de diagnóstico duplo para pessoas com doenças mentais e transtornos relacionados com o abuso de substâncias• Tratamento de abuso de substâncias ordenado pelo tribunal <p>Pode ter direito a serviços adicionais de tratamento em regime de ambulatório para abuso de substâncias.</p> <p>*Pode ser necessária autorização prévia.</p>	\$0

Serviço Coberto	O que paga o membro
<p>Cirurgia em regime de ambulatório, incluindo serviços prestados em instalações em regime de ambulatório de hospitais e centros cirúrgicos em regime de ambulatório*</p> <p>Nota: Se for fazer uma cirurgia num hospital, deve verificar com o seu prestador se será internado ou se será um paciente em regime de ambulatório. A menos que o prestador prescreva um internamento hospitalar, será considerado um paciente em regime de ambulatório e pagará os valores de participação nos custos para cirurgias em regime de ambulatório. Mesmo que passe a noite no hospital, ainda pode ser considerado um paciente em regime de ambulatório.</p> <p>*Pode ser necessária autorização prévia.</p>	\$0
<p>Benefício sem receita médica (over-the-counter, OTC)</p> <p>O Neighborhood Dual CONNECT oferece um benefício OTC como benefício suplementar aos nossos membros. Os itens OTC são medicamentos e produtos relacionados com a saúde que não necessitam de receita médica.</p> <p>Os membros recebem um subsídio de \$25 por mês para gastar em medicamentos OTC e itens relacionados com a saúde.</p> <p>Este subsídio pode ser acedido através de:</p> <ul style="list-style-type: none">• Cartão de débito designado• Créditos para compras por catálogo <p>Quaisquer fundos não utilizados expiram no final do mês e não serão transferidos para o mês seguinte.</p>	\$0

Serviço Coberto	O que paga o membro
<p>Serviços de hospitalização parcial e serviços em regime de ambulatório intensivos*</p> <p>A <i>hospitalização parcial</i> é um programa estruturado de tratamento psiquiátrico ativo prestado como um serviço hospitalar em regime de ambulatório ou por um centro comunitário de saúde mental que é mais intenso do que os cuidados que recebe no consultório do seu médico, terapeuta, terapeuta matrimonial e familiar licenciado (licensed marriage and family therapist, LMFT) ou conselheiro profissional licenciado e é uma alternativa à hospitalização.</p> <p>O <i>serviço intensivo em regime de ambulatório</i> é um programa estruturado de tratamento terapêutico comportamental (mental) ativo, prestado num departamento em regime de ambulatório de um hospital, 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 os cuidados que recebe no consultório do seu médico, terapeuta, terapeuta matrimonial e familiar licenciado (licensed marriage and family therapist, LMFT) ou conselheiro profissional licenciado, mas menos intenso do que a hospitalização parcial.</p>	\$0

***Pode ser necessária autorização prévia.**

Serviços médicos/profissionais de saúde, incluindo consultas médicas*

Os serviços cobertos incluem:

- Cuidados médicos ou serviços cirúrgicos clinicamente necessários que recebe num consultório médico, centro cirúrgico em regime de ambulatório certificado, departamento em regime de ambulatório de um hospital ou qualquer outro local.
- Consulta, diagnóstico e tratamento por um especialista
- Exames básicos de audição e equilíbrio realizados pelo seu PCP, se o seu médico solicitar para verificar se precisa de tratamento médico
- Certos serviços de telessaúde, incluindo: serviços urgentemente necessários, serviços de cuidados primários, serviços de terapia ocupacional, serviços de médicos especialistas, serviços especializados de saúde mental individuais e em grupo, outros serviços profissionais de saúde, sessões individuais e em grupo para serviços psiquiátricos, serviços de fisioterapia e terapia da fala, sessões individuais e em grupo para abuso de substâncias em regime de ambulatório, serviços de educação sobre doenças renais e formação em autogestão da diabetes.
 - Tem a opção de obter estes serviços através de uma consulta presencial ou por telessaúde. Se optar por obter um desses serviços por telessaúde, deve utilizar um prestador da rede que ofereça o serviço por telessaúde.
 - Os serviços de telessaúde estão disponíveis por telefone ou videochamada.
- Alguns serviços de telessaúde, incluindo consultas, diagnósticos e tratamentos por um médico ou profissional de saúde, para pacientes em determinadas áreas rurais ou outros locais aprovados pelo Medicare.
- Serviços de telessaúde para consultas mensais relacionadas com doença renal em fase terminal para membros em diálise domiciliária num centro de diálise renal baseado num hospital ou num hospital de acesso crítico, numa unidade de diálise renal ou na residência do membro
- Serviços de telessaúde para diagnosticar, avaliar ou tratar sintomas de um AVC, independentemente da sua localização
- Serviços de telessaúde para membros com transtorno por abuso de substâncias ou transtorno mental concomitante, independentemente da sua localização
- Serviços de telessaúde para diagnóstico, avaliação e tratamento de transtornos de saúde mental se:
 - Tem uma consulta presencial nos 6 meses anteriores à sua primeira consulta de telessaúde
 - Tem uma consulta presencial a cada 12 meses enquanto recebe esses serviços de telessaúde
 - Podem ser feitas exceções ao acima exposto em determinadas circunstâncias

\$0

8

Serviço Coberto	O que paga o membro
<p>Serviços de podologia Os serviços cobertos incluem:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico e tratamento médico ou cirúrgico de lesões e doenças do pé (como dedo em martelo ou esporão calcâneo) • Cuidados de rotina com os pés para membros com determinadas condições médicas que afetam os membros inferiores 	\$0
<p>Entrega de Refeições ao Domicílio após a Alta Hospitalar O Neighborhood Dual CONNECT pagará as refeições entregues ao domicílio após a alta hospitalar ou cirurgia. Este benefício cobre catorze (14) refeições durante duas (2) semanas e está limitado a duas (2) vezes por ano.</p>	\$0
<p> Profilaxia pré-exposição (Pre-exposure prophylaxis, PrEP) para prevenção do HIV Se não tem VIH, mas o seu médico ou outro profissional de saúde determinar que está em risco aumentado de contrair VIH, cobrimos a medicação de profilaxia pré-exposição (pre-exposure prophylaxis, PrEP) e serviços relacionados. Se o membro se qualificar, os serviços cobertos incluem:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicação PrEP oral ou injetável aprovado pela FDA. Se estiver a receber um medicamento injetável, também cobrimos a taxa pela administração do medicamento. • Até 8 sessões de aconselhamento individual (incluindo avaliação do risco de HIV, redução do risco de HIV e adesão à medicação) a cada 12 meses. • Até 8 exames de HIV a cada 12 meses. <p>Um rastreio único do vírus da hepatite B.</p>	Não há cosseguro, copagamento ou franquia para o benefício PrEP.
<p> Exames de rastreio do cancro da próstata Para homens com 50 anos ou mais, os serviços cobertos incluem o seguinte, uma vez a cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exame retal digital • Exame do antígeno específico da próstata (prostate specific antigen, PSA) 	Não há cosseguro, copagamento ou franquia para um teste PSA anual.

Serviço Coberto	O que paga o membro
<p>Dispositivos protéticos e ortóticos e fornecimentos relacionados*</p> <p>Dispositivos (exceto dentários) que substituem total ou parcialmente uma parte ou função do corpo. Isso inclui, entre outros, testes, ajustes ou treino na utilização de dispositivos protéticos e ortopédicos, bem como bolsas de colostomia e fornecimentos diretamente relacionados com os cuidados com a colostomia, pacemakers, aparelhos ortopédicos, sapatos protéticos, membros artificiais e próteses mamárias (incluindo sutiãs cirúrgicos após uma mastectomia). Inclui determinados fornecimentos relacionados com dispositivos protéticos e ortopédicos, bem como reparação e/ou substituição de dispositivos protéticos e ortopédicos. Também inclui alguma cobertura após a remoção da catarata ou cirurgia de catarata – consulte <i>Cuidados Oftalmológicos</i> mais adiante nesta tabela para obter mais detalhes.</p> <p>*Pode ser necessária autorização prévia.</p>	\$0
<p>Serviços de reabilitação pulmonar</p> <p>Programas abrangentes de reabilitação pulmonar são cobertos para membros que tenham doença pulmonar obstrutiva crónica (chronic obstructive pulmonary disease, COPD) moderada a muito grave e uma prescrição para reabilitação pulmonar do médico que trata a doença respiratória crónica.</p>	\$0
<p> Rastreio e aconselhamento para reduzir o abuso de álcool</p> <p>Cobrimos um rastreio de abuso de álcool para adultos (incluindo mulheres grávidas) que abusam do álcool, mas não são dependentes.</p> <p>Se o resultado do teste de abuso de álcool for positivo, poderá receber até 4 sessões breves de aconselhamento presencial por ano (se estiver competente e alerta durante o aconselhamento), ministradas por um médico ou profissional de saúde qualificado num ambiente de cuidados primários.</p>	Não há cosseguro, copagamento ou franquia para o rastreio e aconselhamento cobertos pelo Medicare para reduzir o abuso de álcool como benefício preventivo.

Serviço Coberto	O que paga o membro
<p> Rastreio do cancro do pulmão com tomografia computadorizada de baixa dosagem (low dose computed tomography, LDCT)</p> <p>Para pessoas qualificadas, uma LDCT é coberta a cada 12 meses. Os membros elegíveis são pessoas com idades entre 50 e 77 anos que não apresentam sinais ou sintomas de cancro do pulmão, mas que têm um histórico de tabagismo de pelo menos 20 maços/ano e que atualmente fumam ou deixaram de fumar nos últimos 15 anos, que recebem uma indicação para LDCT durante uma consulta de aconselhamento e tomada de decisão conjunta sobre rastreio de cancro do pulmão que cumpra os critérios do Medicare para tais consultas e seja fornecida por um médico ou profissional de saúde não médico qualificado.</p> <p><i>Para exames de rastreio de cancro do pulmão por LDCT após o rastreio inicial por LDCT: os membros devem obter uma prescrição para o rastreio de cancro do pulmão por LDCT, que pode ser fornecida durante qualquer consulta apropriada com um médico ou profissional de saúde qualificado não médico. Se um médico ou profissional de saúde não médico qualificado optar por fornecer aconselhamento sobre rastreio do cancro do pulmão e uma consulta para tomada de decisão conjunta sobre rastreios posteriores do cancro do pulmão com LDCT, a consulta deve cumprir os critérios do Medicare para tais consultas.</i></p>	Não há cosseguro, copagamento ou franquia para o aconselhamento coberto pelo Medicare e a consulta para tomada de decisão conjunta, nem para a LDCT.
<p> Rastreio da infecção pelo vírus da hepatite C</p> <p>Cobrimos um exame de rastreio da hepatite C se o seu médico de cuidados primários ou outro prestador de cuidados de saúde qualificado solicitar um e se o membro cumprir uma destas condições:</p> <ul style="list-style-type: none">• Corre um risco elevado porque consome ou já consumiu drogas injetáveis ilícitas.• Recebeu uma transfusão de sangue antes de 1992.• Nasceu entre 1945 e 1965. <p>Se nasceu entre 1945 e 1965 e não é considerado de alto risco, pagamos por um exame de rastreio uma vez. Se estiver em alto risco (por exemplo, se continuar a utilizar drogas injetáveis ilícitas desde o seu último exame negativo de hepatite C), cobrimos exames anuais.</p>	Não há cosseguro, copagamento ou franquia para o rastreio do vírus da hepatite C coberto pelo Medicare.

Serviço Coberto	O que paga o membro
<p> Rastreio de infeções sexualmente transmissíveis (sexually transmitted infections, STI) e aconselhamento para prevenir STI</p> <p>Cobrimos exames de infeções sexualmente transmissíveis (sexually transmitted infection, STI) para clamídia, gonorreia, sífilis e hepatite B. Esses exames são cobertos para mulheres grávidas e para certas pessoas que apresentam risco aumentado de STI quando os exames são solicitados por um médico de cuidados primários. Realizamos estes exames uma vez a cada 12 meses ou em determinados momentos durante a gravidez.</p> <p>Também cobrimos até 2 pessoas por ano, com sessões presenciais de aconselhamento comportamental de alta intensidade, com duração de 20 a 30 minutos, para adultos sexualmente ativos com risco elevado de contrair STI. Só cobrimos essas sessões de aconselhamento como um serviço preventivo se forem prestadas por um prestador de cuidados primários e realizadas num ambiente de cuidados primários, como um consultório médico.</p>	Não há cosseguro, copagamento ou franquia para o rastreio de STI coberto pelo Medicare e aconselhamento para o benefício preventivo de STI.

Serviço Coberto	O que paga o membro
<p>Serviços para tratar doenças renais*</p> <p>Os serviços cobertos incluem:</p> <ul style="list-style-type: none">• Serviços de educação sobre doenças renais para ensinar cuidados renais e ajudar os membros a tomar decisões informadas sobre os seus cuidados. Para membros com doença renal crónica em estágio IV, quando encaminhados pelo seu médico, cobrimos até 6 sessões de serviços de educação sobre doença renal por vida.• Tratamentos de diálise em regime de ambulatório, incluindo tratamentos de diálise quando estiver temporariamente fora da área de serviço, conforme explicado no Capítulo 3, ou quando o seu prestador deste serviço estiver temporariamente indisponível ou inacessível.• Tratamentos de diálise em regime de internamento (caso seja internado num hospital para cuidados especiais)• Formação em autodialise (incluindo formação para o membro e para qualquer pessoa que o ajude nos seus tratamentos de diálise domiciliária)• Equipamentos e fornecimentos para diálise domiciliária• Determinados serviços de apoio domiciliário (como visitas necessárias por profissionais de diálise qualificados para verificar a sua diálise domiciliária, ajudar em emergências e verificar o seu equipamento de diálise e abastecimento de água) <p>Certos medicamentos para diálise são cobertos pelo Medicare Part B. Para obter informações sobre a cobertura dos medicamentos do Part B, consulte a tabela medicamentos do Medicare Part B.</p> <p>*Pode ser necessária autorização prévia.</p>	\$0

Serviço Coberto	O que paga o membro
<p>Cuidados em instalações de enfermagem especializada (skilled nursing facility, SNF)*</p> <p>(Para obter uma definição de cuidados em instalações de enfermagem especializada, consulte o Capítulo 12. As instalações de cuidados de enfermagem especializados são por vezes designadas por SNF.)</p> <p>Não é necessário internamento hospitalar prévio.</p> <p>Os serviços cobertos incluem, entre outros:</p> <ul style="list-style-type: none">• Quarto semiprivado (ou um quarto privado se clinicamente necessário)• Refeições, incluindo dietas especiais• Serviços de enfermagem especializada• Fisioterapia, terapia ocupacional e terapia da fala• Medicamentos administrados a si como parte do nosso plano de cuidados (isso inclui substâncias que estão naturalmente presentes no corpo, como fatores de coagulação sanguínea).• Sangue, incluindo armazenamento e administração. A cobertura de sangue total e concentrado de hemácias começa apenas com o primeiro litro de sangue de que necessita.• Fornecimentos médicos e cirúrgicos normalmente fornecidos por SNF• Exames laboratoriais normalmente fornecidos por SNF• Raio-X e outros serviços de radiologia normalmente fornecidos por SNF• Utilização de aparelhos, tais como cadeiras de rodas, normalmente fornecidos por SNF• Serviços médicos/profissionais de saúde <p>Geralmente, recebe cuidados SNF em instalações da rede. Sob certas condições listadas abaixo, poderá pagar a coparticipação nos custos dentro da rede por uma instituição que não seja um prestador da rede, se a instituição aceitar os valores do nosso plano para pagamento.</p> <ul style="list-style-type: none">• Um lar de idosos ou comunidade de cuidados continuados para idosos onde vivia imediatamente antes de ir para o hospital (desde que preste cuidados em instalações de enfermagem especializada).• Uma SNF onde o seu cônjuge ou parceiro doméstico esteja a viver no momento em que sair do hospital.	\$0

***Pode ser necessária autorização prévia.**

Serviço Coberto	O que paga o membro
<p> Cessação do tabagismo e do consumo de tabaco (aconselhamento para deixar de fumar ou consumir tabaco)</p> <p>O aconselhamento para deixar de fumar e consumir tabaco é coberto para pacientes em regime de ambulatório e hospitalizados que cumpram os seguintes critérios:</p> <ul style="list-style-type: none">• Consumirem tabaco, independentemente de apresentarem sinais ou sintomas de doenças relacionadas ao tabaco• Estarem competentes e alerta durante o aconselhamento• Um médico qualificado ou outro profissional reconhecido pelo Medicare fornece aconselhamento <p>Cobrimos duas tentativas de cessação por ano (cada tentativa pode incluir um máximo de quatro sessões intermédias ou intensivas, com o paciente a receber até oito sessões por ano).</p>	<p>Não há cosseguro, copagamento ou franquia para os benefícios preventivos de cessação do tabagismo e consumo de tabaco cobertos pelo Medicare.</p>

Serviço Coberto	O que paga o membro
<p>Benefícios Suplementares Especiais para Doentes Crónicos</p> <p>Se lhe for diagnosticada qualquer uma das seguintes doenças crónicas identificadas abaixo e cumprir determinados critérios, poderá ser elegível para benefícios suplementares especiais para doentes crónicos (special supplemental benefits for the chronically ill, SSBCI).</p> <ul style="list-style-type: none">Condições autoimunes, cancro, doenças cardiovasculares, alcoolismo crónico e outros transtornos relacionados com o abuso 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. <p>Os membros qualificados têm direito a um subsídio mensal máximo combinado para o seguinte serviço:</p> <p>Alimentos e produtos agrícolas – subsídio mensal de \$125 para alimentos saudáveis, adaptados às necessidades alimentares específicas. Pode ser usado para comprar produtos aprovados em lojas participantes, como produtos hortícolas, frutas, pão, carne, laticínios, etc.</p>	\$0

Serviço Coberto	O que paga o membro
<p>Terapia de Exercício Supervisionada (Supervised Exercise Therapy, SET)</p> <p>A SET cobre membros que apresentam doença arterial periférica (peripheral artery disease, PAD) sintomática e que tenham sido encaminhados para tratamento da PAD pelo médico responsável pelo tratamento da doença.</p> <p>São cobertas até 36 sessões ao longo de um período de 12 semanas, caso os requisitos do programa SET sejam cumpridos.</p> <p>O programa SET deve:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consistir em sessões com duração de 30 a 60 minutos, compreendendo um programa terapêutico de exercícios físicos para PAD em pacientes com claudicação. • Ser realizado num ambiente hospitalar em regime de ambulatório ou num consultório médico • Ser ministrado por pessoal auxiliar qualificado, necessário para garantir que os benefícios superem os danos e que seja formado em terapia por exercícios para PAD. • Estar sob a supervisão direta de um médico, assistente médico ou enfermeiro/especialista clínico, que deve ter formação em técnicas básicas e avançadas de suporte à vida <p>O SET pode ser coberto além de 36 sessões ao longo de 12 semanas por mais 36 sessões adicionais durante um período prolongado, se considerado clinicamente necessário por um prestador de cuidados de saúde.</p>	\$0
<p>Serviços urgentemente necessários</p> <p>Um serviço coberto pelo plano que requer atenção médica imediata, mas que não é uma emergência, é considerado um serviço de urgência se estiver temporariamente fora da área de serviço do nosso plano ou, mesmo que esteja dentro da área de serviço do nosso plano, não for razoável, devido ao tempo, local e circunstâncias, obter esse serviço junto aos prestadores da rede. O nosso plano deve cobrir serviços urgentemente necessários e cobrar apenas a sua coparticipação nos custos dentro da rede. Exemplos de serviços urgentemente necessários são doenças e lesões médicas imprevistas ou agravamentos inesperados de condições existentes. As consultas de rotina clinicamente necessárias, como exames anuais, não são consideradas urgentes, mesmo que esteja fora da área de serviço do nosso plano ou que a nossa rede de planos esteja temporariamente indisponível.</p> <p>A cobertura inclui os EUA, os seus territórios e todo o mundo.</p>	\$0

Serviço Coberto	O que paga o membro
<p> Cuidados oftalmológicos</p> <p>Os serviços cobertos incluem:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Serviços médicos em regime de ambulatório para o diagnóstico e tratamento de doenças e lesões oculares, incluindo tratamento para degeneração macular relacionada com a idade. O Original Medicare não cobre exames oftalmológicos de rotina (refrações oculares) para óculos/lentes de contacto. • Para pessoas com alto risco de glaucoma, cobrimos um exame de rastreio de glaucoma por ano. As pessoas com alto risco de glaucoma incluem aquelas com histórico familiar da doença, diabéticos, afro-americanos com 50 anos ou mais e hispano-americanos com 65 anos ou mais. • Para pessoas com diabetes, o rastreio da retinopatia diabética é coberto uma vez por ano. • Um par de óculos ou lentes de contacto após cada cirurgia de catarata que inclua a inserção de uma lente intraocular. Se tiver duas cirurgias de catarata separadas, não poderá reservar o benefício após a primeira cirurgia e comprar dois óculos após a segunda cirurgia. 	\$0
<p> Consulta preventiva Boas-vindas ao Medicare</p> <p>O nosso plano cobre a consulta preventiva única <i>Boas-vindas ao Medicare</i>. A consulta inclui uma avaliação da sua saúde, bem como orientação e aconselhamento sobre os serviços preventivos de que necessita (incluindo determinados exames e vacinas) e encaminhamentos para outros cuidados, se necessário.</p> <p>Importante: Cobrimos a consulta preventiva <i>Boas-vindas ao Medicare</i> apenas nos primeiros 12 meses em que tiver o Medicare Part B. Quando marcar a sua consulta, informe o consultório do seu médico que deseja agendar a sua consulta preventiva <i>Boas-vindas ao Medicare</i>.</p>	Não há cosseguro, copagamento ou franquia para a consulta preventiva <i>Boas-vindas ao Medicare</i> .
<p>Cobertura Mundial para Emergências/Urgências</p> <p>O Neighborhood oferece Cobertura Mundial para Emergências/Urgências como um benefício suplementar aos nossos membros. A cobertura mundial está disponível apenas para serviços urgentes e de emergência. Para obter informações sobre serviços internacionais urgentes ou de emergência, entre em contacto com o plano para obter mais detalhes sobre como aceder a este benefício.</p>	\$0

SECÇÃO 3 Serviços que não são cobertos pelo nosso plano OU pelo Medicare

Esta secção informa quais os serviços que estão excluídos do Medicare.

A tabela abaixo lista os serviços e itens que não são cobertos pelo nosso plano *OU* pelo Medicare em nenhuma circunstância, ou que são cobertos pelo nosso plano *OU* pelo Medicare apenas em circunstâncias específicas.

Se receber serviços que são excluídos (não cobertos), deverá pagá-los por conta própria, exceto nas circunstâncias específicas listadas abaixo. Mesmo que receba os serviços excluídos numa unidade de emergência, os serviços excluídos ainda não serão cobertos, e o nosso plano não os pagará. A única exceção é se o serviço for objeto de recurso e for decidido: após recurso, que se trata de um serviço médico que deveríamos ter pago ou coberto devido à sua situação específica. (Para obter informações sobre como recorrer de uma decisão que tomámos de não cobrir um serviço médico, consulte o Capítulo 9, Secção 6.3.)

Serviços não cobertos pelo Medicare	Cobertos apenas em condições específicas
Acupuntura	Disponíveis para pessoas com dor lombar crónica em determinadas circunstâncias
Cirurgias ou procedimentos cosméticos	Cobertas em casos de lesão accidental ou para melhorar o funcionamento de um membro malformado Cobertas para todas as fases da reconstrução mamária após uma mastectomia, bem como para a mama não afetada, a fim de produzir uma aparência simétrica
Assistência de apoio A assistência de apoio são cuidados pessoais que não requerem a atenção contínua de pessoal médico ou paramédico qualificado, tais como cuidados que o ajudam nas atividades da vida diária, como tomar banho ou vestir-	Não coberto em nenhuma circunstância

Serviços não cobertos pelo Medicare	Cobertos apenas em condições específicas
se.	
Procedimentos médicos e cirúrgicos experimentais, equipamentos e medicações	Podem ser cobertos pelo Original Medicare no âmbito de um estudo de investigação clínica aprovado pelo Medicare ou pelo nosso plano (Consulte o Capítulo 3, Secção 5 para obter mais informações sobre estudos de investigação clínica)
Procedimentos e itens experimentais são aqueles itens e procedimentos determinados pelo Original Medicare como não sendo geralmente aceites pela comunidade médica.	
Taxas cobradas por cuidados prestados pelos seus parentes próximos ou membros da sua família	Não coberto em nenhuma circunstância
Cuidados de enfermagem a tempo inteiro em sua casa	Não coberto em nenhuma circunstância
Serviços de naturopatia (utiliza tratamentos naturais ou alternativos)	Não coberto em nenhuma circunstância
Sapatos ortopédicos ou dispositivos de apoio para os pés	Sapatos que fazem parte de uma cinta ortopédica para as pernas e estão incluídos no custo da cinta. Sapatos ortopédicos ou terapêuticos para pessoas com doença do pé diabético
Itens pessoais no seu quarto num hospital ou numa instalação de enfermagem especializada, como um telefone ou uma televisão	Não coberto em nenhuma circunstância
Quarto privado num hospital	Coberto apenas quando clinicamente necessário
Reversão de procedimentos de esterilização e/ou fornecimento de contracetivos sem receita médica	Não coberto em nenhuma circunstância
Cuidados quiropráticos de rotina	Manipulação manual da coluna vertebral para corrigir uma subluxação está coberta
Exames oftalmológicos de rotina, óculos, ceratotomia radial, cirurgia LASIK e outros auxílios para baixa visão	Um par de óculos com armação padrão (ou um conjunto de lentes de contacto) coberto após cada cirurgia de catarata que implante uma lente intraocular.
Exames de audição de rotina, aparelhos auditivos ou exames para adaptação de aparelhos auditivos	Não coberto em nenhuma circunstância
Serviços considerados não razoáveis e desnecessários, de acordo com os	Não coberto em nenhuma circunstância

Serviços não cobertos pelo Medicare padrões do Original Medicare	Cobertos apenas em condições específicas

CAPÍTULO 5:

Utilizar a cobertura do plano para medicamentos do Part D

Como pode obter informações sobre os custos dos seus medicamentos?

Como é elegível para o Medicaid, tem direito e está a receber Extra Help do Medicare para pagar os custos do seu plano de medicamentos sujeitos a receita médica. Como está inscrito no programa Extra Help, **algumas informações contidas neste Comprovativo de Cobertura sobre os custos dos medicamentos sujeitos a receita médica do Part D podem não se aplicar ao seu caso.** Enviámos uma inserção separada, designada por *Cláusula Adicional do Comprovativo de Cobertura para Pessoas que recebem Extra Help para pagar Medicamentos Sujeitos a Receita Médica* (também conhecida como *Cláusula Adicional de Subsídio para Rendimentos Baixos* ou *Cláusula Adicional LIS*), que lhe dá informações sobre a sua cobertura de medicamentos. Se não tiver esta inserção, ligue para os Serviços para Membros através do número 1-844-812-6896 (Os utilizadores de TTY ligam para o 711) e peça a *Cláusula Adicional LIS*. (Os números de telefone dos Serviços para Membros estão impressos na contracapa deste documento.)

SECÇÃO 1 Regras básicas para a cobertura de medicamentos do Part D do nosso plano

Consulte a Tabela de Benefícios Médicos no Capítulo 4 para obter informações sobre os benefícios de medicamentos do Medicare Part B e os benefícios de medicamentos para cuidados paliativos.

O nosso plano geralmente cobrirá os seus medicamentos, desde que siga estas regras:

- Deve solicitar a um prestador (um médico, dentista ou outro profissional que prescreva medicamentos) que lhe passe uma receita médica válida de acordo com a legislação estadual aplicável.
- O seu prescritor não pode constar nas listas de exclusão ou impedimento do Medicare.
- Geralmente, deve utilizar uma farmácia da rede para aviar a sua receita (consulte a Secção 2) ou pode aviar a sua receita através do serviço de venda por correspondência do nosso plano.

- O seu medicamento deve constar na Lista de Medicamentos do nosso plano (consulte a Secção 3).
- O medicamento deverá ser utilizado para uma indicação clinicamente aceitável. Uma “indicação medicamente aceite” é uma utilização do medicamento que é aprovada pela FDA ou apoiada por determinadas referências. (Consulte a Secção 3 para obter mais informações sobre uma indicação clinicamente aceite.)
- O seu medicamento pode precisar de aprovação do nosso plano com base em determinados critérios antes de concordarmos em cobri-lo. (Consulte a Secção 4 para obter mais informações)

SECÇÃO 2 Avie a sua receita numa farmácia da rede ou através do serviços de venda por correspondência do nosso plano

Na maioria dos casos, as suas receitas médicas só são cobertas se forem aviadas numa das farmácias da nossa rede. (Consulte a Secção 2.5 para obter informações sobre quando cobrimos receitas médicas aviadas em farmácias fora da rede.)

Uma farmácia da rede é uma farmácia que tem um contrato com o nosso plano para fornecer os seus medicamentos cobertos. O termo “medicamentos cobertos” refere-se a todos os medicamentos do Part D incluídos na Lista de Medicamentos do nosso plano.

Secção 2.1 Farmácias da rede

Encontre uma farmácia da rede na sua área

Para encontrar uma farmácia da rede, consulte o seu *Diretório de Farmácias*, visite o nosso website (www.nhpri.org/DualCONNECT/find-a-provider-or-pharmacy/), e/ou ligue para os Serviços para Membros através do número 1-844-812-6896 (Os utilizadores de TTY ligam para o 711).

Pode dirigir-se a qualquer uma das farmácias da nossa rede.

Se a sua farmácia sair da rede

Se a farmácia que utiliza sair da rede do nosso plano, terá de encontrar uma nova farmácia na rede. Para encontrar outra farmácia na sua área, peça ajuda aos Serviços para Membros através do número 1-844-812-6896 (Os utilizadores de TTY ligam para o 711) ou utilize o *Diretório de Farmácias*. Também pode encontrar informações no nosso website em www.nhpri.org/DualCONNECT/find-a-provider-or-pharmacy/.

Farmácias especializadas

Algumas receitas médicas devem ser aviadas em farmácias especializadas. As farmácias especializadas incluem:

- Farmácias que fornecem medicamentos para terapia de infusão domiciliária.
- Farmácias que fornecem medicamentos para residentes de instituições de cuidados de longo prazo (long-term care, LTC). Normalmente, uma instituição de LTC (como um lar de idosos) tem a sua própria farmácia. Se tiver dificuldade em obter os seus medicamentos do Part D numa instalação LTC, ligue para os Serviços para Membros através do número 1-844-812-6896 (Os utilizadores de TTY ligam para o 711).
- Farmácias que atendem o Serviço de Saúde Indígena / Programa de Saúde Indígena Tribal / Urbano (não disponível em Porto Rico). Exceto em casos de emergência, apenas os nativos americanos ou nativos do Alasca têm acesso a estas farmácias da nossa rede.
- Farmácias que dispensam medicamentos restritos pela FDA a determinados locais ou que requerem manuseamento especial, coordenação do prestador ou formação sobre a sua utilização. Para localizar uma farmácia especializada, consulte o seu *Diretório de Prestadores e Farmácias* em www.nhpri.org/DualCONNECT/find-a-provider-or-pharmacy/ ou ligue para os Serviços para Membros através do número 1-844-812-6896 (Os utilizadores de TTY ligam para o 711).

Secção 2.2 Serviço de venda por correspondência do nosso plano

Para determinados tipos de medicamentos, pode utilizar o serviço de venda por correspondência da rede do nosso plano. Geralmente, os medicamentos fornecidos por correspondência são aqueles que se toma regularmente, para uma condição médica crónica ou de longo prazo.

O serviço de venda por correspondência do nosso plano permite-lhe encomendar um **fornecimento para até 90 dias**.

Para obter formulários de prescrição e informações sobre como aviar as suas receitas médicas por correspondência:

- Visite o website dos serviços de venda por correspondência e registe-se online em www.caremark.com/mailservice
- Ou ligue para os Serviços para Membros.

Normalmente, uma venda por correspondência de uma farmácia será entregue, no máximo, em 7 a 10 dias úteis. Se a sua receita médica de venda por correspondência estiver atrasada e

precisar de um fornecimento de emergência numa farmácia de retalho, ligue para os Serviços para Membros para obter ajuda com um pedido de autorização especial.

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

Assim que a farmácia receber a receita médica de um prestador de cuidados de saúde, entrará em contacto consigo para saber se deseja que a medicação seja aviada imediatamente ou mais tarde. É importante responder sempre que a farmácia entrar em contacto consigo, para indicar se deve enviar, adiar ou cancelar a nova receita médica.

Renovações de receitas médicas por correspondência. Para a renovação dos seus medicamentos, tem a opção de se inscrever num programa de renovação automático. Ao abrigo deste programa, começamos a processar automaticamente a sua próxima renovação quando os nossos registo indicam que o seu medicamento está prestes a acabar. A farmácia entrará em contacto consigo antes de enviar cada renovação para se certificar de que precisa de mais medicação, e pode cancelar as renovações agendadas se tiver medicação suficiente ou se a sua medicação tiver mudado.

Se optar por não utilizar o nosso programa de reposição automática, mas ainda assim desejar que a farmácia de vendas por correspondência lhe envie a sua receita médica, entre em contacto com a sua farmácia 15 dias antes do fim da validade da sua receita médica atual. Isso garantirá que a sua prescrição seja entregue a tempo.

Para cancelar a sua inscrição no nosso programa que prepara automaticamente renovações por correspondência, contacte-nos através do número 1-844-268-1908 (TTY 711). Se receber automaticamente pelo correio uma renovação que não deseja, poderá ter direito a um reembolso.

Secção 2.3 Como obter um fornecimento de medicamentos de longo prazo

O nosso plano oferece duas formas de obter um fornecimento de longo prazo (também chamado de fornecimento prolongado) de medicamentos de manutenção incluídos na Lista de Medicamentos do nosso plano. (Medicamentos de manutenção são aqueles que se toma regularmente, para uma condição médica crónica ou de longo prazo.)

1. Algumas farmácias da nossa rede permitem que obtenha um fornecimento de longo prazo de medicamentos de manutenção. O seu *Diretório de Prestadores e Farmácias* www.nhpri.org/DualCONNECT/find-a-provider-or-pharmacy/ informa quais as farmácias da nossa rede que podem fornecer medicamentos de manutenção de longo prazo. Também pode ligar para os Serviços para Membros através do número 1-844-812-6896 (Os utilizadores de TTY ligam para o 711) para obter mais informações.

2. Também pode obter medicamentos de manutenção através do nosso programa de vendas por correspondência. (Consulte a Secção 2.3 para obter mais informações)

Secção 2.4 Utilizar uma farmácia que não faz parte da rede do nosso plano

Geralmente, cobrimos medicamentos aviados em farmácias fora da rede *apenas* quando não é possível utilizar uma farmácia da rede. Também temos farmácias da rede fora da nossa área de serviço onde pode aviar as receitas médicas como membro do nosso plano. **Verifique primeiro com os Serviços para Membros através do número 1-844-812-6896 (Os utilizadores de TTY ligam para o 711)** para ver se há uma farmácia da rede nas proximidades.

Cobrimos receitas médicas aviadas em farmácias fora da rede apenas nestas circunstâncias:

- A Agência Federal de Gestão de Emergências (Federal Emergency Management Agency, FEMA) declarou estado de emergência
- Tratamento de uma doença durante uma viagem fora da área de serviço do plano, mas dentro dos Estados Unidos, onde não há farmácias da rede.

Se tiver de utilizar uma farmácia fora da rede, geralmente terá de pagar o custo total no momento em que aviar o seu medicamento. Pode solicitar-nos o reembolso. (Consulte o Capítulo 7, Secção 2 para obter informações sobre como solicitar o reembolso ao nosso plano.) Poderá ser necessário pagar a diferença entre o valor pago pelo medicamento na farmácia fora da rede e o custo que cobriríamos numa farmácia dentro da rede.

SECÇÃO 3 Os seus medicamentos precisam de constar na Lista de Medicamentos do nosso plano

Secção 3.1 A Lista de Medicamentos indica quais os medicamentos do Part D que estão cobertos

O nosso plano tem uma *Lista de Medicamentos Cobertos* (formulário). Neste *Comprovativo de Cobertura*, **chamamos-lhe Lista de Medicamentos**.

Os medicamentos desta lista são selecionados pelo nosso plano com a ajuda de médicos e farmacêuticos. A lista cumpre os requisitos do Medicare e foi aprovada pelo Medicare.

A Lista de Medicamentos mostra apenas os medicamentos cobertos pelo Medicare Part D.

Geralmente, cobrimos um medicamento da Lista de Medicamentos do nosso plano, desde que siga as outras regras de cobertura explicadas neste capítulo e utilize o medicamento para uma indicação clinicamente aceite. Uma indicação clinicamente aceite é uma utilização do medicamento *que seja*:

- Aprovada pela FDA para o diagnóstico ou condição para a qual é prescrita, ou
- Apoiada por determinadas referências, tais como a American Hospital Formulary Service Drug Information e o Micromedex DRUGDEX Information System.

Medicamentos que não constam na Lista de Medicamentos

O nosso plano não cobre todos os medicamentos sujeitos a receita médica.

- Em alguns casos, a lei não permite que nenhum plano Medicare cubra determinados tipos de medicamentos. (Para obter mais informações, consulte a Secção 7.)
- Noutros casos, decidimos não incluir um determinado medicamento na Lista de Medicamentos.
- Em alguns casos, poderá obter um medicamento que não consta da nossa Lista de Medicamentos. (Para obter mais informações sobre recursos, consulte o Capítulo 9).

Secção 3.2 Como saber se um medicamento específico consta da Lista de Medicamentos

Para saber se um medicamento consta da nossa Lista de Medicamentos, tem as seguintes opções:

- Consulte a Lista de Medicamentos mais recente que disponibilizamos eletronicamente.
- Visite o website do nosso plano (www.nhpri.org/DualCONNECT/member-materials/). A Lista de Medicamentos no nosso website é sempre a mais atualizada.
- Ligue para a Serviços para Membros através do número 1-844-812-6896 (Os utilizadores de TTY ligam para o 711) para saber se um determinado medicamento está na Lista de Medicamentos do nosso plano ou solicite uma cópia da lista.
- Use a “Ferramenta de Benefícios em Tempo Real” do nosso plano (www.caremark.com) para pesquisar medicamentos na Lista de Medicamentos e obter uma estimativa do que irá pagar e se existem medicamentos alternativos na Lista de Medicamentos que possam tratar a mesma condição. Também pode ligar para os Serviços para Membros através do número 1-844-812-6896 (Os utilizadores de TTY ligam para o 711).

SECÇÃO 4 Medicamentos com restrições de cobertura

Secção 4.1 Por que razão alguns medicamentos têm restrições

Para determinados medicamentos sujeitos a receita médica, regras especiais restringem como e quando o nosso plano os cobre. Uma equipa de médicos e farmacêuticos desenvolveu essas regras para incentivar o membro e o seu prestador a usar os medicamentos da maneira mais eficaz. Para saber se alguma dessas restrições se aplica a um medicamento que toma ou deseja tomar, consulte a Lista de Medicamentos.

Se um medicamento seguro e de menor custo tiver a mesma eficácia médica que um medicamento de custo mais elevado, as regras do nosso plano são projetadas para incentivar o membro e o seu prestador a usar essa opção de menor custo.

Note que, por vezes, um medicamento pode aparecer mais do que uma vez na nossa Lista de Medicamentos. Isso ocorre porque os mesmos medicamentos podem diferir com base na dosagem, quantidade ou forma do medicamento prescrito pelo seu prestador de cuidados de saúde, e diferentes restrições ou coparticipação nos custos podem ser aplicados às diferentes versões do medicamento (por exemplo, 10 mg versus 100 mg; um por dia versus dois por dia; comprimido versus líquido).

Secção 4.2 Tipos de restrições

Se houver uma restrição para o seu medicamento, isso geralmente significa que membro ou o seu prestador de cuidados de saúde terão de tomar medidas adicionais para cobrirmos o medicamento. Ligue para os Serviços para Membros através do número 1-844-812-6896 (Os utilizadores de TTY ligam para o 711) para saber o que o membro ou o seu prestador podem fazer para obter cobertura para o medicamento. **Se desejar que removamos a restrição no seu caso, deve seguir o procedimento de decisão de cobertura e solicitar-nos uma exceção.** Podemos aceitar ou recusar a remoção da restrição para o seu caso. (Consulte o Capítulo 9.)

Obter aprovação prévia do plano

Para determinados medicamentos, o membro ou o seu prestador precisam de obter a aprovação do nosso plano com base em critérios específicos antes de concordarmos em cobrir o medicamento. Isso é chamado de **autorização prévia**. Isso é feito para garantir a segurança da medicação e ajudar a orientar a utilização adequada de certos medicamentos. Se não obtiver essa aprovação, o seu medicamento poderá não ser coberto pelo nosso plano. Os critérios de autorização prévia do nosso plano podem ser obtidos ligando para os Serviços para Membros através do número 1-844-812-6896 (Os utilizadores de TTY ligam para o 711) ou no nosso website www.nhpri.org/dualconnect/pharmacy-benefits-2026/.

Experimentar primeiro um medicamento diferente

Este requisito incentiva-o a experimentar medicamentos menos dispendiosos, mas geralmente igualmente eficazes, antes que o nosso plano cubra outro medicamento. Por exemplo, se o Medicamento A e o Medicamento B tratam a mesma condição médica e o Medicamento A é mais barato, o nosso plano pode exigir que experimente primeiro o Medicamento A. Se o Medicamento A não funcionar para si, o nosso plano cobrirá o Medicamento B. Essa exigência de tentar primeiro um medicamento diferente é chamada de **terapia escalonada**. Os critérios de terapia escalonada do nosso plano podem ser obtidos ligando para os Serviços para Membros através do número 1-844-812-6896 (Os utilizadores de TTY ligam para o 711) ou no nosso website <https://www.nhpri.org/providers/provider-resources/pharmacy/medical-step-therapy-criteria>.

Limites de quantidade

Para determinados medicamentos, limitamos a quantidade que pode obter cada vez que avia a sua receita médica. Por exemplo, se for normalmente considerado seguro tomar apenas um comprimido por dia de um determinado medicamento, podemos limitar a cobertura da sua receita médica a não mais do que um comprimido por dia.

SECÇÃO 5 O que pode fazer se um dos seus medicamentos não estiver coberto da forma que gostaria

Há situações em que um medicamento sujeitos a receita médica que toma, ou que o membro e o seu prestador consideram que deve tomar, não consta da nossa Lista de Medicamentos ou tem restrições. Por exemplo:

- O medicamento pode não estar coberto de todo. Ou uma versão genérica do medicamento pode estar coberta, mas a versão de marca que pretende tomar não está coberta.
- O medicamento está coberto, mas existem regras ou restrições adicionais à cobertura.

Se o seu medicamento não estiver na Lista de Medicamentos ou estiver restrito, eis algumas opções que pode seguir:

- Pode conseguir um fornecimento temporário do medicamento.
- Pode mudar para outro medicamento.
- Pode solicitar uma **exceção** e pedir ao nosso plano para cobrir o medicamento ou remover as restrições do medicamento.

Pode conseguir um fornecimento temporário

Em determinadas circunstâncias, o nosso plano deve fornecer um fornecimento temporário de um medicamento que já está a tomar. Este fornecimento temporário dá-lhe tempo para falar com o seu prestador sobre a mudança.

Para ser elegível para um fornecimento temporário, o medicamento que toma **não pode constar na Lista de Medicamentos do nosso plano OU está sujeito a alguma restrição**.

- **Se for um novo membro**, cobriremos um fornecimento temporário do seu medicamento durante os primeiros **90 dias** da sua adesão ao nosso plano.
- **Se já fazia parte do nosso plano no ano passado**, cobriremos um fornecimento temporário do seu medicamento durante os primeiros **90 dias** do ano civil.
- Este fornecimento temporário será válido por um período máximo de 30 dias. Se a sua receita médica for passada para menos dias, permitiremos várias renovações para fornecer até um máximo de 30 dias de medicação. A receita médica deve ser aviada numa farmácia da rede. (Note que uma farmácia especializada em cuidados de longo prazo pode fornecer o medicamento em quantidades menores de cada vez para evitar desperdício.)

- **Para membros que estão no nosso plano há mais de 90 dias, vivem numa instituições de cuidados de longo prazo e precisam de um fornecimento imediato.** Cobriremos um fornecimento de emergência de 31 dias de um medicamento específico, ou menos, se a sua receita médica for prescrita para menos dias. Isto é adicional ao fornecimento temporário acima mencionado.
- Se o seu nível de cuidados mudar, cobriremos pelo menos um fornecimento para 31 dias. Para solicitar um fornecimento temporário de um medicamento, ligue para os Serviços para Membros.

Para perguntas sobre um fornecimento temporário, ligue para os Serviços para Membros através do número 1-844-812-6896 (Os utilizadores de TTY ligam para o 711).

Durante o período em que estiver a utilizar um fornecimento temporário de um medicamento, deve conversar com o seu prestador para decidir o que fazer quando o fornecimento temporário acabar. Tem duas opções:

Opção 1. Pode mudar para outro medicamento

Converse com o seu prestador sobre se um medicamento diferente coberto pelo nosso plano pode funcionar tão bem para si. Ligue para os Serviços para Membros através do número 1-844-812-6896 (Os utilizadores de TTY ligam para o 711) para solicitar uma lista de medicamentos cobertos que tratam a mesma condição médica. Esta lista pode ajudar o seu prestador a encontrar um medicamento coberto pelo plano que possa ser adequado para si.

Opção 2. Pode solicitar uma exceção

O membro e o seu prestador podem solicitar ao nosso plano uma exceção para que o medicamento seja coberto da forma que o membro deseja. Se o seu prestador afirmar que tem motivos médicos que justificam solicitar uma exceção, ele poderá ajudá-lo a fazê-lo. Por exemplo, pode solicitar ao nosso plano que cubra um medicamento, mesmo que ele não conste na Lista de Medicamentos do nosso plano. Ou pode solicitar ao nosso plano que abra uma exceção e cubra o medicamento sem restrições.

Se for um membro atual e um medicamento que toma for removido da lista de medicamentos ou restringido de alguma forma no próximo ano, informá-lo-emos sobre qualquer alteração antes do novo ano. Pode solicitar uma exceção antes do próximo ano e dar-lhe-emos uma resposta dentro de 72 horas após recebermos o seu pedido (ou a declaração de apoio do seu médico). Se aprovarmos o seu pedido, autorizaremos a cobertura do medicamento antes que a alteração entre em vigor.

Se o membro e o seu prestador quiserem solicitar uma exceção, consulte o Capítulo 9, Secção 7.4 para saber o que fazer. Explica os procedimentos e prazos estabelecidos pelo Medicare para garantir que o seu pedido seja tratado de forma rápida e justa.

SECÇÃO 6 A nossa Lista de Medicamentos pode mudar durante o ano

A maioria das alterações na cobertura de medicamentos ocorre no início de cada ano (1 de janeiro). No entanto, durante o ano, o nosso plano pode fazer algumas alterações na Lista de Medicamentos. Por exemplo, o nosso plano pode:

- **Adicionar ou remover medicamentos da Lista de Medicamentos.**
- **Adicionar ou remover uma restrição à cobertura de um medicamento.**
- **Substituir um medicamento de marca por uma versão genérica do mesmo.**
- Substituir um produto biológico original por uma versão biossimilar intercambiável do produto biológico.

Devemos seguir os requisitos do Medicare antes de alterarmos a Lista de Medicamentos do nosso plano.

Informações sobre alterações na cobertura de medicamentos

Quando ocorrem alterações na Lista de Medicamentos, publicamos informações sobre essas alterações no nosso website. Também atualizamos regularmente a nossa Lista de Medicamentos online. Por vezes, receberá uma notificação direta se forem feitas alterações a um medicamento que toma.

Alterações na cobertura de medicamentos que afetam o membro durante este ano do plano

- **Adicionar novos medicamentos à Lista de Medicamentos e remover imediatamente ou fazer alterações a um medicamento semelhante na Lista de Medicamentos.**
 - Podemos remover imediatamente um medicamento semelhante da Lista de Medicamentos, transferi-lo para um escalão diferente de coparticipação nos custos, adicionar novas restrições ou ambos. A nova versão do medicamento estará no mesmo escalão de coparticipação nos custos ou num escalão inferior e com as mesmas restrições ou menos restrições.
 - Faremos essas alterações imediatas apenas se adicionarmos uma nova versão genérica de um medicamento de marca ou adicionarmos certas novas versões

biossimilares de um produto biológico original que já estava na Lista de Medicamentos.

- Podemos fazer essas alterações imediatamente e informá-lo posteriormente, mesmo que o membro tome o medicamento que removemos ou alteramos. Se estiver a tomar um medicamento semelhante no momento em que fizermos a alteração, informá-lo-emos sobre qualquer alteração específica que tivermos feito.
- **Adicionar medicamentos à Lista de Medicamentos e remover ou fazer alterações a um medicamento semelhante na Lista de Medicamentos.**
 - Ao adicionar outra versão de um medicamento à Lista de Medicamentos, podemos remover um medicamento semelhante da Lista de Medicamentos, movê-lo para um escalão diferente de coparticipação nos custos, adicionar novas restrições ou ambos. A versão do medicamento que adicionarmos estará no mesmo escalão de coparticipação nos custos ou num escalão inferior e com as mesmas restrições ou menos restrições.
 - Faremos essas alterações apenas se adicionarmos uma nova versão genérica de um medicamento de marca ou adicionarmos certas novas versões biossimilares de um produto biológico original que já constava na Lista de Medicamentos.
 - Iremos informá-lo pelo menos 30 dias antes de fazermos a alteração ou informá-lo sobre a alteração e cobrir um abastecimento de 30 dias da versão do medicamento que está a tomar.
- **Remover medicamentos inseguros e outros medicamentos da Lista de Medicamentos que foram retirados do mercado.**
 - Às vezes, um medicamento pode ser considerado inseguro ou retirado do mercado por outra razão. Se isso acontecer, poderemos remover imediatamente o medicamento da Lista de Medicamentos. Se estiver a tomar esse medicamento, informá-lo-emos após fazermos a alteração.
- **Fazer outras alterações aos medicamentos na Lista de Medicamentos.**
 - Podemos fazer outras alterações após o início do ano que afetem os medicamentos que está a tomar. Por exemplo, baseamo-nos nas advertências da FDA ou nas novas diretrizes clínicas reconhecidas pelo Medicare.
 - Iremos informá-lo pelo menos 30 dias antes de fazermos essas alterações ou informá-lo sobre a alteração e cobrir um abastecimento adicional de 30 dias do medicamento que toma.

Se fizermos alguma dessas alterações em qualquer um dos medicamentos que toma, converse com o seu prescritor sobre as opções que seriam mais adequadas para si, incluindo

a mudança para um medicamento diferente para tratar a sua condição, ou solicite uma decisão de cobertura para satisfazer quaisquer novas restrições ao medicamento que está a tomar. O membro ou o seu prescritor podem solicitar-nos uma exceção para continuar a cobrir o medicamento ou a versão do medicamento que tem tomado. Para obter mais informações sobre como solicitar uma decisão de cobertura, incluindo uma exceção, consulte o Capítulo 9.

Alterações na Lista de Medicamentos que não afetam o membro durante este ano do plano

Podemos fazer algumas alterações na Lista de Medicamentos que não estão descritas acima. Nesses casos, a alteração não se aplicará a si se estiver a tomar o medicamento quando a alteração for feita; no entanto, essas alterações provavelmente irão afetá-lo a partir de 1 de janeiro do próximo ano do plano, se permanecer no mesmo plano.

Em geral, as alterações que não o afetarão durante o ano do plano atual são:

- Transferimos o seu medicamento para um escalão de participação de custos mais elevado.
- Colocamos uma nova restrição à utilização do seu medicamento.
- Removemos o seu medicamento da Lista de Medicamentos.

Se alguma dessas alterações ocorrer em relação a um medicamento que toma (exceto retirada do mercado, substituição de um medicamento de marca por um genérico ou outra alteração mencionada nas secções acima), a alteração não afetará a sua utilização ou o que paga como a sua participação nos custos até 1 de janeiro do ano seguinte.

Não informaremos diretamente sobre esses tipos de alterações durante o ano do plano atual. Terá de verificar a Lista de Medicamentos para o próximo ano do plano (quando a lista estiver disponível durante o período de inscrição aberta) para ver se há alguma alteração nos medicamentos que toma que possa afetá-lo durante o próximo ano do plano.

SECÇÃO 7 Tipos de medicamentos que não cobrimos

Alguns tipos de medicamentos sujeitos a receita médica estão excluídos. Isso significa que o Medicare não paga por esses medicamentos.

Se recorrer e o medicamento solicitado não for excluído do Part D, pagaremos ou cobriremos o custo. (Para obter informações sobre como recorrer de uma decisão, consulte o Capítulo 9.)

Aqui estão 3 regras gerais sobre medicamentos que os planos de medicamentos do Medicare não cobrem no Part D:

- A cobertura de medicamentos do Part D do nosso plano não pode cobrir um medicamento que seria coberto pelo Medicare Part A ou Part B.
- O nosso Plano não cobre um medicamento adquirido fora dos Estados Unidos ou respetivos territórios.
- O nosso plano não cobre a utilização fora da indicação terapêutica de um medicamento quando essa utilização não é apoiada por determinadas referências, tais como o American Hospital Formulary Service Drug Information e o Micromedex DRUGDEX Information System. A utilização fora da indicação terapêutica é qualquer utilização do medicamento que não seja a indicada na indicação terapêutica aprovada pela FDA.

Além disso, por lei, as seguintes categorias de medicamentos listadas abaixo não são cobertas pelo Medicare.

- Medicamentos não sujeitos a receita médica (também chamados de medicamentos sem receita médica)
- Medicamentos utilizados para promover a fertilidade
- Medicamentos utilizados para o alívio dos sintomas da tosse ou constipação
- Medicamentos utilizados para fins cosméticos ou para promover o crescimento capilar
- Vitaminas e produtos minerais sujeitos a receita médica, exceto vitaminas pré-natais e preparações com flúor
- Medicamentos utilizados no tratamento da disfunção sexual ou erétil
- Medicamentos utilizados para o tratamento da anorexia, perda de peso ou aumento de peso
- Medicamentos em regime de ambulatório para os quais o fabricante exige que os testes ou serviços de monitorização associados sejam adquiridos exclusivamente ao fabricante como condição de venda

Se receber Extra Help para pagar as suas receitas médicas, o Extra Help não pagará medicamentos que normalmente não são cobertos. Se tiver cobertura para medicamentos através do Medicaid, o programa Medicaid do seu estado poderá cobrir alguns medicamentos sujeitos a receita médica que normalmente não são cobertos por um plano de medicamentos do Medicare. Contacte o programa Medicaid do seu estado para determinar que cobertura de

medicamentos pode estar disponível para si. (Encontre números de telefone e informações de contacto do Medicaid no Capítulo 2, Secção 6.)

SECÇÃO 8 Como aviar uma receita médica

Para aviar a sua receita, forneça as informações de adesão ao nosso plano (que podem ser encontradas no seu cartão de adesão na farmácia da rede que escolher). A farmácia da rede cobrará automaticamente o nosso plano pelo seu medicamento. Terá de pagar à farmácia *a sua participação* nos custos quando for levantar a sua receita médica.

Se não tiver consigo as informações sobre a sua adesão ao plano, o membro ou a farmácia podem ligar para o nosso plano para obter as informações, ou pode pedir à farmácia para consultar as informações sobre a sua adesão ao plano.

Se a farmácia não conseguir obter as informações necessárias, **poderá ter de pagar o custo total da receita médica ao levantá-la**. Pode então **solicitar-nos o reembolso da nossa parte**. Consulte o Capítulo 7, Secção 2 para obter informações sobre como solicitar o reembolso ao nosso plano.

SECÇÃO 9 Cobertura de medicamentos do Part D em situações especiais

Secção 9.1 Num hospital ou numa instalação de enfermagem especializada para um internamento coberto pelo nosso plano

Se for internado num hospital ou numa instalação de enfermagem especializada para um internamento coberto pelo nosso plano, geralmente cobriremos o custo dos seus medicamentos sujeitos a receita médica durante o seu internamento. Depois de sair do hospital ou da instalação de enfermagem especializada, o nosso plano cobrirá os seus medicamentos sujeitos a receita médica, desde que os medicamentos cumpram todas as nossas regras de cobertura descritas neste capítulo.

Secção 9.2 Como residente numa instituição de cuidados de longo prazo (long-term care, LTC)

Normalmente, uma instituição de cuidados de longo prazo (long-term care, LTC) (como um lar de idosos) tem a sua própria farmácia ou utiliza uma farmácia que fornece medicamentos para todos os seus residentes. Se for residente numa instituição de LTC, pode obter os seus medicamentos sujeitos a receita médica através da farmácia da instituição ou da farmácia que esta utiliza, desde que faça parte da nossa rede.

Consulte o nosso *Diretório de Prestadores e Farmácias* em www.nhpri.org/DualCONNECT/find-a-provider-or-pharmacy/ para saber se a farmácia da sua instituição de LTC ou a farmácia que ela utiliza faz parte da nossa rede. Se não fizer, ou se precisar de mais informações ou ajuda, ligue para os Serviços para Membros através do número 1-844-812-6896 (Os utilizadores de TTY ligam para o 711). Se estiver numa instalação de LTC, temos de garantir que consegue obter regularmente os seus benefícios do Part D através da nossa rede de farmácias de cuidados prolongados.

Se é residente numa instituição de cuidados prolongados e precisa de um medicamento que não consta da nossa Lista de Medicamentos ou que é restrito de alguma forma, consulte a Secção 5 para obter informações sobre como obter um fornecimento temporário ou de emergência.

Secção 9.3 Se também tiver cobertura de medicamentos por parte de um empregador ou plano coletivo para reformados

Se tiver outra cobertura de medicamentos através do seu empregador (ou do seu cônjuge ou parceiro doméstico) ou grupo de reformados, contacte **o administrador de benefícios desse grupo**. Podem ajudá-lo a compreender como é que a sua cobertura de medicamentos atual funcionará com o nosso plano.

Em geral, se tiver cobertura de grupo como funcionário ou reformado, a cobertura de medicamentos que receberá da nossa parte será secundária à sua cobertura de grupo. Isso significa que a sua cobertura de grupo pagará primeiro.

Nota especial sobre cobertura credível:

Todos os anos, o seu empregador ou grupo de reformados deve enviar-lhe um aviso a informar se a sua cobertura de medicamentos para o próximo ano civil é credível.

Se a cobertura do plano de grupo for credível, isso significa que o nosso plano tem cobertura de medicamentos que deve pagar, em média, pelo menos o mesmo valor que a cobertura padrão de medicamentos do Medicare.

Guarde todos os avisos sobre cobertura credível, pois poderá precisar deles mais tarde para comprovar que manteve uma cobertura credível. Se não recebeu um aviso de cobertura credível, solicite uma cópia ao seu empregador ou ao administrador de benefícios do plano de reforma, ou ao empregador ou sindicato.

Secção 9.4 Se estiver num programa de cuidados paliativos certificado pelo Medicare

O programa de cuidados paliativos e o nosso plano não cobrem o mesmo medicamento ao mesmo tempo. Se estiver inscrito no programa de cuidados paliativos do Medicare e precisar de determinados medicamentos (por exemplo, medicamentos contra náuseas, laxantes, analgésicos ou ansiolíticos) que não são cobertos pelo seu programa de cuidados paliativos por não estarem relacionados com a sua doença terminal e condições associadas, o nosso plano deve receber uma notificação do médico que prescreveu o medicamento ou do seu prestador de cuidados paliativos a informar que o medicamento não está relacionado com a sua doença, antes que o nosso plano possa cobrir o medicamento. Para evitar atrasos na obtenção desses medicamentos que devem ser cobertos pelo nosso plano, peça ao seu prestador de cuidados paliativos ou prescritor que envie uma notificação antes de a sua receita ser aviada.

Caso revogue a sua escolha pelo serviço de cuidados paliativos ou receba alta do mesmo, o nosso plano deverá cobrir os seus medicamentos, conforme explicado neste documento. Para evitar atrasos na farmácia quando o seu benefício de cuidados paliativos do Medicare terminar, leve a documentação à farmácia para comprovar a sua revogação ou alta.

SECÇÃO 10 Programas sobre segurança de medicamentos e gestão de medicação

Realizamos análises da utilização de medicamentos para ajudar a garantir que os nossos membros recebam cuidados seguros e adequados.

Fazemos uma análise de cada vez que o membro avia uma receita médica. Também analisamos os nossos registo regularmente. Durante essas revisões, procuramos possíveis problemas como:

- Possíveis erros de medicação
- Medicamentos que podem não ser necessários porque toma outro medicamento semelhante para tratar a mesma condição
- Medicamentos que podem não ser seguros ou adequados devido à sua idade ou sexo
- Determinadas combinações de medicamentos que podem prejudicá-lo se tomadas ao mesmo tempo
- Receitas de medicamentos que contêm ingredientes aos quais é alérgico
- Possíveis erros na quantidade (dosagem) de um medicamento que toma
- Quantidades inseguras de medicação opióide

Se identificarmos um possível problema na utilização de medicação, trabalharemos com o seu prestador para corrigi-lo.

Secção 10.1 Programa de Gestão de Medicamentos (Drug Management Program, DMP) para ajudar os membros a usar medicação opióide com segurança

Temos um programa que ajuda a garantir que os membros utilizem com segurança os opióides prescritos e outra medicação frequentemente consumida de forma abusiva. Este programa é designado por Programa de Gestão de Medicamentos (Drug Management Program, DMP). Se utiliza medicação opióide que obtém de vários prescritores ou farmácias, ou se teve uma overdose recente de opióides, poderemos falar com os seus prescritores para garantir que a utilização de medicação opióide é adequada e clinicamente necessária. Em colaboração com os seus prescritores, se decidirmos que a utilização de medicação opióide ou benzodiazepínicos prescritos pode não ser seguro, poderemos limitar a forma como pode obter essa medicação. Se o incluirmos no nosso DMP, as limitações podem ser:

- Exigir que o membro obtenha todas as suas receitas médicas para medicação opióide ou benzodiazepínicos numa determinada farmácia ou farmácias específicas.
- Exigir que obtenha todas as suas receitas médicas para medicação opióide ou benzodiazepínicos de um determinado prescritor ou prescritores
- Limitar a quantidade de medicação opióides ou benzodiazepínicos que cobriremos para o membro

Se pretendermos limitar a forma como obtém esta medicação ou a quantidade que pode obter, enviar-lhe-emos uma carta com antecedência. A carta informará se limitamos a cobertura desses medicamentos para si ou se será necessário obter as receitas médicas para esses medicamentos apenas de um prescritor ou farmácia específicos. Terá a oportunidade de nos indicar quais os prescritores ou farmácias que prefere utilizar, bem como qualquer outra informação que considere importante que saibamos. Depois de ter a oportunidade de responder, se decidirmos limitar a sua cobertura para essa medicação, enviaremos outra carta a confirmar as limitações. Se achar que cometemos um erro ou discordar da nossa decisão ou da limitação, o membro e o seu prescritor têm o direito de recorrer. Se recorrer, iremos rever o seu caso e tomar uma nova decisão. Se continuarmos a recusar qualquer parte do seu pedido relacionada com as limitações que se aplicam ao seu acesso a medicação opióide, enviaremos automaticamente o seu caso a um revisor independente externo ao nosso plano. Consulte o Capítulo 9 para obter informações sobre como solicitar um recurso.

Não será incluído no nosso DMP se tiver determinadas condições médicas, tais como dor relacionada com cancro ou anemia falciforme, se estiver a receber cuidados paliativos ou cuidados de fim de vida, ou se viver numa instituição de cuidados de longo prazo.

Secção 10.2 Programa de Gestão da Terapia Medicamentosa (Medication Therapy Management, MTM)

Temos um programa que pode ajudar os nossos membros com necessidades de saúde complexas. O nosso programa é denominado Programa de Gestão da Terapia Medicamentosa (Medication Therapy Management, MTM). Este programa é voluntário e gratuito. Uma equipa de farmacêuticos e médicos desenvolveu o programa para nos ajudar a garantir que os nossos membros obtenham o máximo benefício dos medicamentos que tomam.

Alguns membros que têm certas doenças crónicas e tomam medicação opióide que excede um valor específico de custos com medicamentos ou estão num DMP para ajudá-los a usar opióides com segurança, podem obter serviços através de um programa MTM. Se for elegível para o programa, um farmacêutico ou outro profissional de saúde fará uma revisão abrangente de toda a sua medicação. Durante a revisão, poderá falar sobre a sua medicação, os seus custos e quaisquer problemas ou dúvidas que tenha sobre os seus medicamentos sujeitos a receita médica e sem receita médica. Receberá um resumo por escrito com uma lista de recomendações que inclui os passos que deve seguir para obter os melhores resultados da sua medicação. Receberá também uma lista de medicação que incluirá toda a medicação que está a tomar, a quantidade que toma, quando e por que a toma. Além disso, os membros do programa MTM receberão informações sobre a eliminação segura de medicação sujeita a receita médica que são substâncias controladas.

É uma boa ideia conversar com o seu médico sobre a sua lista de tarefas recomendadas e a sua lista de medicação. Leve o resumo consigo à consulta ou sempre que falar com os seus médicos, farmacêuticos e outros prestadores de cuidados de saúde. Mantenha a sua lista de medicação atualizada e consigo (por exemplo, com o seu documento de identificação) para o caso de ter de ir ao hospital ou ao serviço de urgências.

Se tivermos um programa adequado às suas necessidades, iremos inscrevê-lo automaticamente no programa e enviaremos informações. Se decidir não participar, notifique-nos e iremos retirar a sua inscrição. Para perguntas sobre este programa, ligue para os Serviços para Membros através do número 1-844-812-6896 (Os utilizadores de TTY ligam para o 711).

CAPÍTULO 6

O que paga pelos medicamentos do Part D

SECÇÃO 1 O que paga pelos medicamentos do Part D

Neste capítulo, utilizamos o termo “medicamento” para nos referirmos a um medicamento sujeito a receita médica do Part D. Nem todos os medicamentos são medicamentos do Part D. Alguns medicamentos estão excluídos da cobertura do Part D por lei. Alguns dos medicamentos excluídos da cobertura do Part D estão cobertos pelo Medicare Part A ou Part B.

Para compreender as informações de pagamento, precisa de saber que medicamentos estão cobertos, onde pode aviar as suas receitas e quais as regras que deve seguir ao obter os medicamentos cobertos. O Capítulo 5 explica essas regras. Quando utiliza a «Ferramenta de Benefícios em Tempo Real» do nosso plano para consultar a cobertura de medicamentos (www.caremark.com), o custo apresentado é uma estimativa das despesas incorridas que deverá pagar. Também pode obter as informações fornecidas na “Ferramenta de Benefícios em Tempo Real” ligando para os Serviços para Membros através do número 1-844-812-6896 (Os utilizadores de TTY ligam para o 711).

Como pode obter informações sobre os custos dos seus medicamentos?

Como é elegível para o Medicaid, tem direito e está a receber Extra Help do Medicare para pagar os custos do seu plano de medicamentos sujeitos a receita médica. Como tem o Extra Help, **algumas informações neste Comprovativo de Cobertura sobre os custos dos medicamentos sujeitos a receita médica do Part D podem não se aplicar ao seu caso.**

Enviamos-lhe uma inserção separada, chamada *Cláusula Adicional do Comprovativo de Cobertura para Pessoas que recebem Extra Help para pagar Medicamentos Sujeitos a Receita Médica* (também conhecida como *Cláusula Adicional de Subsídio para Rendimentos Baixos* ou *Cláusula Adicional LIS*), que informa sobre a sua cobertura de medicamentos. Se não tiver esta inserção, ligue para os Serviços para Membros através do número 1-844-812-6896 (Os utilizadores de TTY ligam para o 711) e peça a *Cláusula Adicional LIS*.

Secção 1.1 Tipos de despesas incorridas que poderá ter de pagar pelos medicamentos cobertos

Existem 3 tipos diferentes de despesas incorridas para medicamentos cobertos pelo Part D que poderá ter de pagar:

- A **franquia** é o valor que paga pelos medicamentos antes de o nosso plano começar a pagar a nossa parte.
- O **copagamento** é um valor fixo que paga de cada vez que avia uma receita médica.
- O **cosseguro** é uma percentagem do custo total que paga de cada vez que avia uma receita médica.

Secção 1.2 Como é que o Medicare calcula as suas despesas incorridas

O Medicare tem regras sobre o que conta e o que não conta para as suas despesas incorridas. Aqui estão as regras que devemos seguir para acompanhar as suas despesas incorridas.

Esses pagamentos estão incluídos nas suas despesas incorridas

As suas despesas incorridas **incluem** os pagamentos listados abaixo (desde que sejam para medicamentos cobertos pelo Part D e que tenha seguido as regras para cobertura de medicamentos explicadas no Capítulo 5):

- O valor que paga pelos medicamentos quando se encontra nas seguintes fases de pagamento de medicamentos:
 - A Fase de Cobertura Inicial
- Quaisquer pagamentos que tenha feito durante este ano civil como membro de um plano de medicamentos Medicare diferente antes de aderir ao nosso plano
- Quaisquer pagamentos pelos seus medicamentos feitos por familiares ou amigos
- Quaisquer pagamentos pelos seus medicamentos feitos pelo Extra Help do Medicare, planos de saúde do empregador ou sindicato, Serviço de Saúde Indígena, programas de assistência a medicamentos para SIDA e a maioria das instituições de caridade

Passagem para a Fase de Cobertura Catastrófica:

Quando o membro (ou aqueles que pagam em seu nome) tiverem gasto um total de \$2,100 em despesas incorridas dentro do ano civil, o membro passará da Fase de Cobertura Inicial para a Fase de Cobertura Catastrófica.

Esses pagamentos não estão incluídos nas suas despesas incorridas

As suas despesas incorridas **não incluem** nenhum destes tipos de pagamentos:

- Medicamentos comprados fora dos Estados Unidos e seus territórios
- Medicamentos que não são cobertos pelo nosso plano
- Medicamentos obtidos em farmácias fora da rede que não cumprem os requisitos do nosso plano para cobertura fora da rede
- Medicamentos não incluídos no Part D, incluindo medicamentos sujeitos a receita médica cobertos pelo Part A ou Part B e outros medicamentos excluídos da cobertura do Medicare
- Pagamentos que faz por medicamentos que normalmente não são cobertos por um Plano de Medicamentos do Medicare
- Pagamentos pelos seus medicamentos efetuados por determinados planos de seguro e programas de saúde financiados pelo governo, como o TRICARE e a Administração de Saúde dos Veteranos (Veterans Health Administration, VA)
- Pagamentos pelos seus medicamentos efetuados por terceiros com a obrigação legal de pagar os custos das receitas médicas (por exemplo, Indemnização por Acidente de Trabalho)
- Pagamentos efetuados por fabricantes de medicamentos ao abrigo do Manufacturer Discount Program (Programa de Descontos do Fabricante)

Lembrete: Se qualquer outra organização semelhante às listadas acima pagar parte ou a totalidade das suas despesas incorridas com medicamentos, deverá informar o nosso plano ligando para os Serviços para Membros através do número 1-844-812-6896 (Os utilizadores de TTY ligam para o 711).

Acompanhamento das suas despesas incorridas totais

- A *Explicação de Benefícios (Explanation of Benefits, EOB)* do Part D que recebe inclui o total atual das suas despesas incorridas. Quando esse valor atingir \$2,100, a EOB do Part D informará que saiu da Fase de Cobertura Inicial e passou para a Fase de Cobertura Catastrófica.
- **Certifique-se de que temos as informações de que precisamos** Consulte a Secção 3.1 para saber o que pode fazer para ajudar a garantir que os nossos registos das suas despesas estejam completos e atualizados.

SECÇÃO 2 Fases de pagamento de medicamentos para membros do Neighborhood Dual CONNECT

Existem **3 fases de pagamento de medicamentos** para a sua cobertura de medicamentos no Neighborhood Dual CONNECT. O valor que o membro paga por cada receita médica depende da fase em que se encontra quando solicita o fornecimento ou a renovação da receita médica. Os detalhes de cada fase são explicados neste capítulo. As fases são:

- **Fase 1: Fase de Franquia Anual**
- **Fase 2: Fase de Cobertura Inicial**
- **Fase 3: Fase de Cobertura Catastrófica**

SECÇÃO 3 A sua *Explicação dos Benefícios do Part D* explica em que fase de pagamento se encontra

O nosso plano acompanha os custos dos seus medicamentos sujeitos a receita médica e os pagamentos que efetua quando obtém receitas na farmácia. Desta forma, podemos informá-lo quando passa de uma fase de pagamento de medicamentos para a seguinte.

Acompanhamos dois tipos de custos:

- **Despesas Incorridas:** é o valor que pagou. Isso inclui o que pagou quando obteve um medicamento coberto pelo Medicare Part D, quaisquer pagamentos pelos seus medicamentos feitos por familiares ou amigos, e quaisquer pagamentos pelos seus medicamentos feitos pelo Extra Help 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).
- **Custos Totais com Medicamentos:** é o total de todos os pagamentos efetuados pelos seus medicamentos cobertos pelo Part D. Inclui o que o nosso plano pagou, o que o membro pagou e o que outros programas ou organizações pagaram pelos seus medicamentos cobertos pelo Part D.

Se aviou uma ou mais receitas médicas através do nosso plano durante o mês anterior, enviaremos uma *EOB do Part D*. A *EOB do Part D* inclui:

- **Informações relativas a esse mês.** Este relatório fornece detalhes de pagamento sobre as receitas médicas que aviou durante o mês anterior. Mostra o custo total dos medicamentos, o que o nosso plano pagou e o que o membro e outras pessoas pagaram em seu nome.

- **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.** Mostra o preço total do medicamento e informações sobre as alterações no preço desde a primeira vez que foi aviado para cada pedido de receita médica da mesma quantidade.
- **Receitas alternativas disponíveis a um custo mais baixo.** Mostra informações sobre outros medicamentos disponíveis com menor coparticipação nos custos para cada pedido de reembolso de receita médica, se aplicável.

Secção 3.1 Ajude-nos a manter atualizadas as nossas informações sobre os seus pagamentos de medicamentos

Para acompanhar os custos dos seus medicamentos e os pagamentos que efetua por eles, utilizamos os registo que recebemos das farmácias. Veja como pode ajudar-nos a manter as suas informações corretas e atualizadas:

- **Mostre o seu cartão de adesão sempre que for aviar uma receita médica.** Isso ajuda a garantir que tenhamos conhecimento das receitas médicas que avia e do que paga.
- **Certifique-se de que temos as informações de que precisamos.** Há momentos em que poderá pagar o custo total de um medicamento sujeito a receita médica. Nesses casos, não obteremos automaticamente as informações necessárias para acompanhar as suas despesas incorridas. Para nos ajudar a acompanhar as suas despesas incorridas, forneça-nos cópias dos seus recibos. **Exemplos de quando deve fornecer-nos cópias dos seus recibos de medicamentos:**
 - Quando adquire 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 faz um copagamento por medicamentos fornecidos ao abrigo de um programa de assistência ao paciente do fabricante do medicamento.
 - Sempre que comprar medicamentos cobertos em farmácias fora da rede ou pagar o preço total por um medicamento coberto em circunstâncias especiais.
 - Se lhe for cobrado um medicamento coberto, pode solicitar ao nosso plano que pague a nossa participação nos custos. Para obter instruções sobre como fazer isso, consulte o Capítulo 7, Secção 2.
- **Envie-nos informações sobre pagamentos que outras pessoas fazem por si.** Os pagamentos efetuados por determinadas outras pessoas e organizações também contam para as suas despesas incorridas. Por exemplo, os pagamentos efetuados por um Programa State Pharmaceutical Assistance, um programa de assistência a

medicamentos para SIDA (AIDS drug assistance program, ADAP), o Serviço de Saúde Indígena e a maioria das instituições de caridade contam para as suas despesas incorridas. Mantenha um registo desses pagamentos e envie-nos para que possamos acompanhar os seus custos.

- **Verifique o relatório escrito que lhe enviamos.** Quando receber a *EOB do Part D*, verifique se as informações estão completas e corretas. Se achar que falta alguma informação ou tiver alguma dúvida, ligue para os Serviços para Membros através do número 1-844-812-6896 (Os utilizadores de TTY ligam para o 711). Certifique-se de que guarda estes relatórios.

SECÇÃO 4 Não há franquia para o Neighborhood Dual CONNECT

Não há franquia para o Neighborhood Dual CONNECT. Começa na Fase de Cobertura Inicial quando avia a sua primeira receita médica do ano. Consulte a Secção 5 para obter informações sobre a sua cobertura na Fase de Cobertura Inicial.

SECÇÃO 5 A Fase de Cobertura Inicial

Secção 5.1 O que paga por um medicamento depende do medicamento e de onde avia a sua receita médica

Durante a Fase de Cobertura Inicial, o nosso plano paga a sua participação nos custos dos medicamentos cobertos e o membro paga a sua participação (o valor do seu copagamento). A sua participação nos custos irá variar dependendo do medicamento e do local onde aviou a receita médica.

As suas opções de farmácia

O valor que paga por um medicamento depende de onde o adquire:

- Uma farmácia de rede
- Uma farmácia que não faz parte da rede do nosso plano. Cobrimos receitas médicas aviadas em farmácias fora da rede apenas em situações limitadas. Consulte o Capítulo 5, Secção 2.5 para saber quando cobriremos uma receita médica aviada numa farmácia fora da rede.
- Farmácia de venda por correspondência do nosso plano.

Para obter mais informações sobre essas opções de farmácias e sobre como aviar as suas receitas médicas, consulte o Capítulo 5 e o *Diretório de Farmácias* do nosso plano em www.nhpri.org/dualconnect/find-a-provider-or-pharmacy.

Secção 5.2 Os seus custos para um mês de fornecimento de um medicamento coberto

Durante a Fase de Cobertura Inicial, a sua participação nos custos de um medicamento coberto será um copagamento.

Os seus custos para um mês de fornecimento de um medicamento coberto pelo Part D

Escalão	Coparticipação nos custos padrão no retalho dentro da rede (até um fornecimento de 30 dias)	Coparticipação nos custos de venda por correspondência (até um fornecimento de 30 dias)	Coparticipação nos custos de cuidados de longo prazo (long-term care, LTC) (até um fornecimento de 31 dias)	Coparticipação nos custos fora da rede (A cobertura é limitada a determinadas situações; consulte o Capítulo 5 para obter mais detalhes.) (até um fornecimento de 30 dias)
Coparticipação nos Custos (Todos os medicamentos)	Copagamento de \$5.10 (genérico) ou \$12.65 (de marca)	Copagamento de \$5.10 (genérico) ou \$12.65 (de marca)	Copagamento de \$5.10 (genérico) ou \$12.65 (de marca)	Copagamento de \$5.10 (genérico) ou \$12.65 (de marca)

***Se estiver num programa que ajuda a pagar os seus medicamentos (Extra Help), as informações sobre os custos dos medicamentos do Part D podem não se aplicar ao seu caso.**

Consulte a Secção 7 para obter mais informações sobre a partilha de custos para vacinas do Part D.

Secção 5.3 Se o seu médico prescrever menos do que um mês completo de fornecimento, poderá não ter de pagar o custo do fornecimento de todo o mês

Normalmente, o valor que paga por um medicamento cobre o fornecimento para um mês inteiro. Pode haver momentos em que o membro ou o seu médico queiram que tenha menos

de um mês de fornecimento de um medicamento (por exemplo, quando está a experimentar uma medicação pela primeira vez). Também pode pedir ao seu médico para prescrever, e ao seu farmacêutico para dispensar, menos do que um mês completo de fornecimento, se isso o ajudar a planear melhor as datas de reposição.

Se receber menos do que o fornecimento para um mês completo de determinados medicamentos, não terá de pagar pelo fornecimento para o mês completo.

- Se for responsável pelo cosseguro, pagará uma *percentagem* do custo total do medicamento. Uma vez que o copagamento se baseia no custo total do medicamento, o seu custo será menor, pois o custo total do medicamento será menor.
- Se for responsável pelo copagamento do medicamento, pagará apenas pelo número de dias de medicamento que receber, em vez de um mês inteiro. Calculamos o valor que paga por dia pelo seu medicamento (a “taxa diária de coparticipação nos custos”) e multiplicamo-lo pelo número de dias de medicamento que recebe.

Secção 5.4 Os seus custos para um fornecimento de longo prazo (90 dias) de um medicamento coberto pelo Part D

Para alguns medicamentos, é possível obter um fornecimento de longo prazo (também designado por “fornecimento prolongado”). Um fornecimento de longo prazo é um fornecimento para 90 dias.

Os seus custos para um fornecimento de longo prazo (90 dias) de um medicamento coberto pelo Part D

Escalão	Coparticipação nos custos de retalho padrão (na rede)	
	(fornecimento para 90 dias)	Coparticipação nos custos de venda por correspondência
Coparticipação nos Custos (Todos os medicamentos)	Copagamento de \$5.10 (genérico) ou \$12.65 (de marca)	Copagamento de \$5.10 (genérico) ou \$12.65 (de marca)

***Se estiver num programa que ajuda a pagar os seus medicamentos (Extra Help), as informações sobre os custos dos medicamentos do Part D podem não se aplicar ao seu caso.**

Secção 5.5 Permanece na Fase de Cobertura Inicial até que as suas despesas incorridas para o ano atinjam \$2,100

Permanece na Fase de Cobertura Inicial até que as suas despesas incorridas totais atinjam \$2,100. De seguida, passa para a Fase de Cobertura Catastrófica.

A *EOB do Part D* que receberá irá ajudar a acompanhar quanto o membro, o nosso plano e quaisquer terceiros gastaram em seu nome durante o ano. Nem todos os membros atingirão o limite de despesas incorridas de \$2,100 num ano.

Iremos informá-lo se atingir esse valor. Consulte a Secção 1.3 para obter mais informações sobre como é que o Medicare calcula as suas despesas incorridas.

SECÇÃO 6 A Fase de Cobertura Catastrófica

Na Fase de Cobertura Catastrófica, não paga nada pelos medicamentos cobertos pelo Part D. Entra na Fase de Cobertura Catastrófica quando as suas despesas incorridas atingem o limite de \$2,100 para o ano civil. Quando estiver na Fase de Cobertura Catastrófica, permanecerá nesta fase de pagamento até ao final do ano civil.

- Durante esta fase de pagamento, não paga nada pelos seus medicamentos cobertos pelo Part D

SECÇÃO 7 O que paga pelas vacinas do Part D

Mensagem importante sobre o que paga pelas vacinas – Algumas vacinas são consideradas benefícios médicos e estão cobertas pelo Part B. Outras vacinas são consideradas medicamentos do Part D. Pode encontrar estas vacinas listadas na Lista de Medicamentos do nosso plano. O nosso plano cobre a maioria das vacinas do Part D para adultos, sem qualquer custo para si. Consulte a Lista de Medicamentos do nosso plano ou ligue para os Serviços para Membros através do número 1-844-812-6896 (Os utilizadores de TTY ligam para o 711) para obter detalhes sobre a cobertura e a coparticipação nos custos de vacinas específicas.

A nossa cobertura das vacinas do Part D tem duas partes:

- A primeira parte é o custo da **vacina em si**.
- A segunda parte é para o custo da **administração da vacina**. (Isso às vezes é chamado de administração da vacina.)

Os seus custos com a vacina do Part D dependem de três fatores:

1. Se a vacina é recomendada para adultos por uma organização chamada Comitê Consultivo sobre Práticas de Imunização (Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP).

- A maioria das vacinas do Part D para adultos é recomendada pelo ACIP e não tem qualquer custo para si.

2. Onde se vacina.

- A vacina em si pode ser dispensada por uma farmácia ou fornecida pelo consultório médico.

3. Quem administra a vacina.

- Um farmacêutico ou outro prestador pode administrar a vacina na farmácia. Ou então, um prestador pode administrá-la no consultório médico.

O valor que paga no momento em que recebe a vacina do Part D pode variar dependendo das circunstâncias e da **fase de pagamento do medicamento** em que se encontra.

- Quando toma uma vacina, poderá ter de pagar o custo total tanto da vacina em si como do serviço prestado pelo prestador que a administra. Pode solicitar ao nosso plano o reembolso da nossa participação nos custos. Para a maioria das vacinas do Part D para adultos, isso significa que será reembolsado pelo custo total que pagou.
- Outras vezes, quando toma uma vacina, paga apenas a sua parte do custo ao abrigo do seu benefício do Part D. Para a maioria das vacinas do Part D para adultos, não pagará nada.

Abaixo estão três exemplos de maneiras pelas quais pode obter uma vacina do Part D.

Situação 1: Recebe a vacina do Part D na farmácia da rede. (A disponibilidade desta opção depende do local onde reside. Alguns estados não permitem que as farmácias administrem determinadas vacinas.)

- Para a maioria das vacinas do Part D para adultos, não pagará nada.
- Para outras vacinas do Part D, paga à farmácia o seu copagamento pela vacina em si, que inclui o custo da administração da vacina.
- O nosso plano pagará o restante dos custos.

Situação 2: Recebe a vacina do Part D no consultório do seu médico.

- Quando receber a vacina, poderá ter de pagar o custo total da vacina em si e o custo do prestador que a administra.
- De seguida, pode solicitar ao nosso plano que pague a nossa participação nos custos, seguindo os procedimentos descritos no Capítulo 7.
- Para a maioria das vacinas do Part D para adultos, receberá o reembolso do valor total que pagou. Para outras vacinas do Part D, será reembolsado o valor que pagou, menos qualquer copagamento pela vacina (incluindo a administração) e menos qualquer diferença entre o valor cobrado pelo médico e o que normalmente pagamos. (Se receber Extra Help, reembolsaremos essa diferença.).

Situação 3: Compra a vacina do Part D na farmácia da rede e leva-a ao consultório do seu médico, onde ela será administrada.

- Para a maioria das vacinas do Part D para adultos, não paga nada pela vacina em si.
- Para outras vacinas do Part D, paga à farmácia o seu copagamento pela vacina em si.
- Quando o seu médico lhe administrar a vacina, poderá ter de pagar o custo total deste serviço.
- Pode então solicitar ao nosso plano que pague a nossa participação nos custos, seguindo os procedimentos descritos no Capítulo 7.
- Para a maioria das vacinas do Part D para adultos, receberá o reembolso do valor total que pagou. Para outras vacinas do Part D, ser-lhe-á reembolsado o valor que pagou, menos qualquer copagamento pela administração da vacina e menos qualquer diferença entre o valor cobrado pelo médico e o que normalmente pagamos. (Se receber Extra Help, reembolsaremos essa diferença.).

CAPÍTULO 7:

Solicitar que paguemos a nossa participação de uma fatura por serviços médicos ou medicamentos cobertos

SECÇÃO 1 Situações em que deve solicitar que paguemos a nossa participação pelos serviços ou medicamentos cobertos

Os nossos prestadores de serviços de rede cobram diretamente ao nosso plano os serviços e medicamentos cobertos. Se receber uma fatura com o custo total dos cuidados médicos ou medicamentos que recebeu, envie-nos essa fatura para que possamos pagá-la. Quando nos enviar a fatura, iremos analisá-la e decidir se os serviços e medicamentos devem ser cobertos. Se decidirmos que devem ser cobertos, pagaremos diretamente ao prestador.

Se já pagou por um serviço ou item do Medicare coberto pelo nosso plano, pode solicitar ao nosso plano a devolução do valor (a devolução do valor é frequentemente chamada de **reembolso**). É seu direito ser reembolsado pelo nosso plano sempre que tiver pago mais do que a sua participação nos custos por serviços médicos ou medicamentos cobertos pelo nosso plano. Pode haver prazos que deve cumprir para receber o reembolso. Consulte a Secção 2 deste capítulo. Quando nos enviar uma fatura que já pagou, analisaremos a fatura e decidiremos se os serviços ou medicamentos devem ser cobertos. Se decidirmos que devem ser cobertos, reembolsaremos os serviços ou medicamentos.

Também pode haver ocasiões em que recebe uma fatura de um prestador pelo custo total dos cuidados médicos que recebeu ou por um valor superior à sua participação na coparticipação nos custos. Primeiro, tente resolver a questão da fatura com o prestador. Se isso não funcionar, envie-nos a fatura em vez de a pagar. Analisaremos a fatura e decidiremos se os serviços devem ser cobertos. Se decidirmos que devem ser cobertos, pagaremos diretamente ao prestador. Se decidirmos não pagar, notificaremos o prestador. Nunca deve pagar mais do que a coparticipação nos custos permitida pelo plano. Se este prestador for contratado, ainda tem direito ao tratamento.

Exemplos de situações em que poderá precisar de solicitar ao nosso plano o reembolso ou o pagamento de uma fatura que recebeu:

1. Quando recebeu cuidados médicos de emergência ou serviços urgentemente necessários de um prestador que não faz parte da rede do nosso plano

- Pode obter serviços de emergência ou serviços urgentemente necessários de qualquer prestador, independentemente de ele fazer parte da nossa rede. Nesses casos, peça ao prestador para faturar o nosso plano.
- Se pagar o valor total no momento em que receber os cuidados, peça-nos para o reembolsar. Envie-nos a fatura, juntamente com a documentação de todos os pagamentos que efetuou.
- Poderá receber uma fatura do prestador solicitando um pagamento que considera não dever. Envie-nos esta fatura, juntamente com a documentação de quaisquer pagamentos que tenha efetuado.
 - Se o prestador tiver direito a um pagamento, iremos reembolsar diretamente o prestador.
 - Se já pagou pelo serviço, nós iremos reembolsá-lo.

2. Quando um prestador da rede lhe envia uma fatura e acha que não deve pagar

Os prestadores da rede devem sempre faturar diretamente ao nosso plano. Mas, às vezes, cometem erros e pedem que o membro pague pelos seus serviços.

- Sempre que receber uma fatura de um prestador da rede, envie-nos a fatura. Entraremos em contacto diretamente com o prestador e resolveremos o problema de faturação.
- Se já pagou uma fatura a um fornecedor da rede, envie-nos a fatura juntamente com a documentação de qualquer pagamento que tenha efetuado. Solicitar o reembolso dos serviços cobertos.

3. Se estiver inscrito retroativamente no nosso plano

Às vezes, a inscrição de uma pessoa no nosso plano é retroativa. (Isso significa que o primeiro dia da inscrição já passou. A data de inscrição pode até ter ocorrido no ano passado.)

Se foi inscrito retroativamente no nosso plano e pagou do seu bolso por qualquer um dos serviços ou medicamentos cobertos após a data de inscrição, pode solicitar-nos o reembolso da nossa participação nos custos. É necessário enviar documentos como recibos e faturas para que possamos processar o reembolso.

4. Quando utiliza uma farmácia fora da rede para aviar uma receita médica

Se for a uma farmácia fora da rede, a farmácia poderá não conseguir enviar o pedido de reembolso diretamente para nós. Quando isso acontecer, terá de pagar o custo total da sua receita médica.

Guarde o seu recibo e envie-nos uma cópia quando nos solicitar o reembolso da nossa participação nos custos. Lembre-se de que só cobrimos farmácias fora da rede em circunstâncias limitadas. Consulte o Capítulo 5, Secção 2.5 para saber mais sobre essas circunstâncias. Podemos não o reembolsar pela diferença entre o que pagou pelo medicamento na farmácia fora da rede e o valor que pagaríamos numa farmácia dentro da rede.

5. Quando paga o custo total de uma receita médica porque não tem consigo o cartão de adesão ao nosso plano

Se não tiver consigo o cartão de adesão ao nosso plano, pode pedir à farmácia para ligar para o nosso plano ou consultar as informações de inscrição no nosso plano. Se a farmácia não conseguir obter imediatamente as informações de inscrição necessárias, poderá ter de pagar o custo total da receita médica.

Guarde o seu recibo e envie-nos uma cópia quando nos solicitar o reembolso da nossa participação nos custos. Podemos não o reembolsar pelo custo total que pagou se o preço a pronto pagamento que pagou for superior ao nosso preço negociado para a receita médica.

6. Quando paga o custo total de uma receita médica noutras situações

Poderá ter de pagar o custo total da receita médica porque, por algum motivo, o medicamento não está coberto.

- Por exemplo, o medicamento pode não constar na Lista de Medicamentos do nosso plano ou pode ter um requisito ou restrição que não conhecia ou não acha que se aplica ao seu caso. Se decidir adquirir o medicamento imediatamente, poderá ter de pagar o custo total do mesmo.
- Guarde o seu recibo e envie-nos uma cópia quando nos solicitar o reembolso. Em algumas situações, poderemos precisar de obter mais informações do seu médico para reembolsar a nossa participação nos custos do medicamento. Podemos não o reembolsar pelo custo total que pagou se o preço a pronto pagamento que pagou for superior ao nosso preço negociado para a receita médica.

Quando nos enviar um pedido de pagamento, iremos rever o seu pedido e decidiremos se o serviço ou medicamento deve ser coberto. É o que se designa por tomar uma **decisão de cobertura**. Se decidirmos que deve ser coberto, pagaremos a nossa participação nos custos

do serviço ou medicamento. Se recusarmos o seu pedido de pagamento, pode recorrer da nossa decisão. O Capítulo 9 contém informações sobre como apresentar um recurso.

SECÇÃO 2 Como solicitar o reembolso ou o pagamento de uma fatura que recebeu

Pode solicitar o reembolso enviando-nos um pedido por escrito. Se enviar um pedido por escrito, envie a sua fatura e a documentação de qualquer pagamento que tenha efetuado. É uma boa ideia fazer uma cópia da sua fatura e recibos, para ficar com um registo. **Deve enviar-nos o seu pedido de reembolso no prazo de 365 dias a partir** da data em que obteve o serviço, item ou medicamento.

Para garantir que nos fornece todas as informações necessárias para tomarmos uma decisão, pode preencher o nosso formulário de reclamação para solicitar o pagamento.

- Não é obrigatório utilizar o formulário, mas isso ajudará a processar as informações mais rapidamente. As informações necessárias para tomarmos uma decisão incluem, entre outras, as seguintes: nome, nome do prestador, data dos serviços, artigo e valor monetário.
- Transfira uma cópia do formulário no nosso website (www.nhpri.org/DualCONNECT) ou ligue para os Serviços para Membros através do número 1-844-812-6896 (Os utilizadores de TTY ligam para o 711) e solicite o formulário.

Envie o seu pedido de pagamento juntamente com quaisquer faturas ou recibos pagos para este endereço:

Para pedidos de pagamento do Part C, envie para:

Neighborhood Health Plan of Rhode Island
Attn: Claims Department
PO Box 28259
Providence, RI 02908-3700

Para pedidos de pagamento de medicamentos sujeitos a receita médica do Part D, envie para:

CVS Caremark® Medicare Part D Claims Processing
PO BOX 52066
Phoenix, AZ 85072-2066

SECÇÃO 3 Analisaremos o seu pedido de pagamento e daremos uma resposta positiva ou negativa

Quando recebermos o seu pedido de pagamento, informaremos se precisamos de alguma informação adicional. Caso contrário, analisaremos o seu pedido e tomaremos uma decisão de cobertura.

- Se decidirmos que os cuidados médicos ou medicamentos estão cobertos e seguiu todas as regras, pagaremos a nossa participação nos custos do serviço ou medicamento. Se já pagou pelo serviço ou medicamento, enviaremos por correio o reembolso da nossa participação nos custos. Se pagou o custo total de um medicamento, poderá não ser reembolsado pelo valor total que pagou (por exemplo, se adquiriu um medicamento numa farmácia fora da rede ou se o preço a pronto pagamento que pagou por um medicamento for superior ao nosso preço negociado). Se ainda não pagou pelo serviço ou medicamento, enviaremos o pagamento diretamente ao prestador.
- Se decidirmos que os cuidados médicos ou medicamentos não estão cobertos, ou se não tiver seguido todas as regras, não pagaremos a nossa participação nos custos dos cuidados ou medicamentos. Enviaremos uma carta a explicar os motivos pelos quais não estamos a enviar o pagamento e os seus direitos de recorrer dessa decisão.

Secção 3.1 Se informarmos que não pagaremos a totalidade ou parte dos cuidados médicos ou medicamentos, poderá recorrer da decisão

Se considerar que cometemos um erro ao recusar o seu pedido de pagamento ou o valor que estamos a pagar, pode apresentar um recurso. Se apresentar um recurso, isso significa que está a pedir-nos para alterar a decisão que tomámos quando recusámos o seu pedido de pagamento. O processo de recurso é um processo formal com procedimentos detalhados e prazos importantes. Para obter detalhes sobre como apresentar este recurso, consulte o Capítulo 9.

CAPÍTULO 8:

Os seus direitos e responsabilidades

SECÇÃO 1 O nosso plano deve respeitar os seus direitos e sensibilidades culturais

Secção 1.1 Devemos fornecer informações de uma forma que seja adequada para si e consistente com as suas sensibilidades culturais (em idiomas diferentes do inglês, braille, letras grandes ou outros formatos alternativos, etc.)

O nosso plano deve garantir que todos os serviços, clínicos e não clínicos, sejam prestados de forma culturalmente competente e acessíveis a todos os inscritos, incluindo aqueles com proficiência limitada em inglês, competências de leitura limitadas, deficiências auditivas ou pessoas de diversas origens culturais e étnicas. Exemplos de como o nosso plano pode atender a esses requisitos de acessibilidade incluem, entre outros, a prestação de serviços de tradução, serviços de interpretação, teletipos ou conexão TTY (telefone de texto ou telefone teletipo).

O nosso plano oferece serviços de interpretação gratuitos para responder a perguntas de membros que não falam inglês. Também podemos fornecer materiais em outros idiomas além do inglês, incluindo espanhol e português, e em braille, em letras grandes ou outros formatos alternativos, sem custo, se necessário. Somos obrigados a fornecer informações sobre os benefícios do nosso plano num formato acessível e adequado para si. Para obter informações da forma que for mais conveniente para si, ligue para os Serviços para Membros através do número 1-844-812-6896 (Os utilizadores de TTY ligam para o 711).

O nosso plano é obrigado a oferecer às inscritas a opção de acesso direto a um especialista em saúde feminina dentro da rede para serviços de saúde de rotina e preventivos para mulheres.

Se não houver prestadores disponíveis na rede do nosso plano para uma especialidade, é responsabilidade do nosso plano localizar prestadores especializados fora da rede que lhe fornecerão os cuidados necessários. Nesse caso, pagará apenas a coparticipação nos custos dentro da rede. Se se encontrar numa situação em que não há especialistas na rede do nosso plano que cubram um serviço de que necessita, ligue para o nosso plano para obter informações sobre onde pode obter esse serviço com coparticipação nos custos dentro da rede.

Se tiver alguma dificuldade em obter informações do nosso plano num formato acessível e adequado para si, consultar um especialista em saúde feminina ou encontrar um especialista da rede, ligue para apresentar uma queixa ao Neighborhood Dual CONNECT (Serviços para Membros) através do número 1-844-812-6896 (TTY 711). Também pode apresentar uma reclamação junto ao Medicare ligando para 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) ou diretamente junto do Gabinete de Direitos Civis 1-800-368-1019 ou TTY 1-800-537-7697.

Nuestro plan debe garantizar que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se presten de forma culturalmente competente y sean accesibles para todos los afiliados, incluyendo a quienes tienen un dominio limitado del inglés, habilidades de lectura limitadas, discapacidad auditiva o personas de diversos orígenes culturales y étnicos. Algunos ejemplos de cómo nuestro plan puede cumplir con estos requisitos de accesibilidad incluyen, entre otros, la prestación de servicios de traducción, interpretación, teletipos o conexión TTY (teléfono de texto o teletipo).

Nuestro plan cuenta con servicios de interpretación gratuitos disponibles para responder preguntas de los miembros que no hablan inglés. También podemos proporcionarle materiales en otros idiomas, incluyendo español y portugués, y braille, en letra grande u otros formatos alternativos sin costo alguno si lo necesita. Estamos obligados a brindarle información sobre los beneficios de nuestro plan en un formato accesible y adecuado para usted. Para obtener información de nuestra parte de una manera que le resulte conveniente, llame a Servicios para Miembros al 1-844-812-6896 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Nuestro plan debe brindarles a las mujeres inscritas la opción de acceso directo a un especialista en salud de la mujer dentro de la red para servicios de atención médica preventiva y de rutina para mujeres.

Si no hay proveedores disponibles para una especialidad en la red de nuestro plan, es responsabilidad de nuestro plan encontrar proveedores especializados fuera de la red que le brinden la atención necesaria. En este caso, solo pagará el costo compartido dentro de la red. Si no hay especialistas en la red de nuestro plan que cubran el servicio que necesita, llame a nuestro plan para obtener información sobre dónde obtener este servicio con el costo compartido dentro de la red.

Si tiene problemas para obtener información de nuestro plan en un formato accesible y adecuado para usted, consultar con un especialista en salud femenina o encontrar un especialista de la red, llame para presentar una queja ante el Departamento de Servicios para Miembros de Neighborhood Dual CONNECT al 1-844-812-6896 (TTY 711). También puede presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente a la Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

O nosso plano deve garantir que todos os serviços, clínicos e não clínicos, sejam prestados de forma culturalmente competente e acessíveis a todos os inscritos, incluindo

aqueles com proficiência limitada em inglês, competências de leitura limitadas, deficiências auditivas ou pessoas de diversas origens culturais e étnicas. Exemplos de como o nosso plano pode atender a esses requisitos de acessibilidade incluem, entre outros, a prestação de serviços de tradução, serviços de interpretação, teletipos ou conexão TTY (telefone de texto ou telefone teletipo).

O nosso plano oferece serviços de interpretação gratuitos para responder a perguntas de membros que não falam inglês. Também podemos fornecer materiais em outros idiomas além do inglês, incluindo espanhol e português, e em braille, em letras grandes ou outros formatos alternativos, sem custo, se necessário. Somos obrigados a fornecer informações sobre os benefícios do nosso plano num formato acessível e adequado para si. Para obter informações da forma que for mais conveniente para si, ligue para os Serviços para Membros através do número 1-844-812-6896 (Os utilizadores de TTY ligam para o 711).

O nosso plano é obrigado a oferecer às beneficiárias a opção de acesso direto a um especialista em saúde feminina dentro da rede para serviços de saúde de rotina e preventivos para mulheres.

Se não houver prestadores disponíveis na rede do nosso plano para uma especialidade, é responsabilidade do nosso plano localizar prestadores especializados fora da rede que lhe fornecerão os cuidados necessários. Nesse caso, pagará apenas a coparticipação nos custos dentro da rede. Se se encontrar numa situação em que não há especialistas na rede do nosso plano que cubram um serviço de que necessita, ligue para o nosso plano para obter informações sobre onde pode obter esse serviço com coparticipação nos custos dentro da rede.

Se tiver alguma dificuldade em obter informações do nosso plano num formato acessível e adequado para si, consultar um especialista em saúde feminina ou encontrar um especialista da rede, ligue para apresentar uma queixa ao Neighborhood Dual CONNECT (Serviços para Membros) através do número 1-844-812-6896 (TTY 711). Também pode apresentar uma reclamação junto ao Medicare ligando para 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) ou diretamente junto do Gabinete de Direitos Civis 1-800-368-1019 ou TTY 1-800-537-7697.

Secção 1.2 Devemos garantir que tenha acesso oportuno aos serviços e medicamentos cobertos

Tem o direito de escolher um prestador de cuidados primários (primary care provider, PCP) na rede do nosso plano para prestar e organizar os serviços cobertos. Não exigimos que obtenha encaminhamentos para consultar os prestadores da rede.

Tem o direito de obter consultas e serviços cobertos pela rede de prestadores do nosso plano *dentro de um prazo razoável*. Isso inclui o direito de obter serviços oportunos de especialistas

quando precisar desses cuidados. Também tem o direito de obter as suas receitas médicas ou renová-las em qualquer uma das farmácias da nossa rede sem grandes atrasos.

Se achar que não está a receber os seus cuidados médicos ou medicamentos do Part D dentro de um prazo razoável, o Capítulo 9 explica o que pode fazer.

Secção 1.3 Devemos proteger a privacidade das suas informações pessoais de saúde

As leis federais e estaduais protegem a privacidade dos seus registos médicos e informações pessoais de saúde. Protegemos as suas informações pessoais de saúde, conforme exigido por essas leis.

- As suas informações pessoais de saúde incluem as informações pessoais que nos forneceu quando se inscreveu neste plano, bem como os seus registos médicos e outras informações médicas e de saúde.
- Tem direitos relacionados com as suas informações e com o controlo da forma como as suas informações de saúde são utilizadas. Enviamos-lhe um aviso por escrito, denominado *Aviso de Práticas de Privacidade*, que informa sobre esses direitos e explica como protegemos a privacidade das suas informações de saúde.

Como protegemos a privacidade das suas informações de saúde?

- Garantimos que nenhuma pessoa não autorizada veja ou altere os seus registos.
- Exceto nas circunstâncias indicadas abaixo, se pretendermos fornecer as suas informações de saúde a alguém que não esteja a prestar cuidados de saúde ou a pagar pelos seus cuidados, somos obrigados a obter primeiro a sua autorização por escrito ou a autorização de alguém a quem tenha concedido poderes legais para tomar decisões em seu nome.
- Existem certas exceções que não exigem que obtenhamos primeiro a sua autorização por escrito. Essas exceções são permitidas ou exigidas por lei.
 - Somos obrigados a divulgar informações de saúde a órgãos governamentais que verificam a qualidade dos cuidados prestados.
 - Como é membro do nosso plano através do Medicare, somos obrigados a fornecer ao Medicare as suas informações de saúde, incluindo informações sobre os seus medicamentos prescritos do Part D. Se o Medicare divulgar as suas informações para fins de investigação ou outras utilizações, isso será feito de acordo com as leis e regulamentos federais; normalmente, isso exige que as informações que identificam o membro de forma exclusiva não sejam partilhadas.

Pode ver as informações nos seus registos e saber como elas foram partilhadas com outras pessoas

Tem o direito de consultar os seus registos médicos mantidos pelo nosso plano e de obter uma cópia dos mesmos. Temos o direito de cobrar uma taxa pela realização de cópias. Também tem o direito de nos solicitar que façamos acréscimos ou correções aos 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 como as suas informações de saúde foram partilhadas com terceiros para quaisquer fins que não sejam rotineiros.

Se tiver dúvidas ou preocupações sobre a privacidade das suas informações pessoais de saúde, ligue para os Serviços para Membros através do número 1-844-812-6896 (Os utilizadores de TTY ligam para o 711).

Secção 1.4 Devemos fornecer-lhe informações sobre o nosso plano, a nossa rede de prestadores e os seus serviços cobertos

Como membro do Neighborhood Dual CONNECT, tem o direito de obter vários tipos de informações da nossa parte.

Se desejar obter qualquer um dos seguintes tipos de informação, ligue para os Serviços para Membros através do número 1-844-812-6896 (Os utilizadores de TTY ligam para o 711):

- **Informações sobre o nosso plano.** Isso inclui, por exemplo, informações sobre a situação financeira do nosso plano.
- **Informações sobre os nossos prestadores de serviços e farmácias.** Tem o direito de obter informações sobre as qualificações dos prestadores e farmácias da nossa rede e sobre como pagamos aos prestadores da nossa rede.
- **Informações sobre a sua cobertura e as regras que deve seguir ao utilizá-la.** Os Capítulos 3 e 4 fornecem informações sobre serviços médicos. Os Capítulos 5 e 6 fornecem informações sobre a cobertura de medicamentos do Part D.

- **Informações sobre por que algo não está coberto e o que pode fazer a respeito.** O Capítulo 9 fornece informações sobre como solicitar uma explicação por escrito sobre o motivo pelo qual um serviço médico ou medicamento do Part D não está coberto ou se a sua cobertura está restrita. O Capítulo 9 também fornece informações sobre como nos solicitar uma alteração de uma decisão, também chamada de recurso.

Secção 1.5 Tem o direito de conhecer as suas opções de tratamento e participar nas decisões sobre os seus cuidados de saúde

Tem o direito de obter informações completas dos seus médicos e outros prestadores de cuidados de saúde. Os seus prestadores devem explicar a sua condição médica e as suas opções de tratamento de *uma forma que possa compreender*.

Também tem o direito de participar plenamente das decisões sobre os seus cuidados de saúde. Para ajudá-lo a tomar decisões com os seus médicos sobre qual o melhor tratamento para si, os seus direitos incluem o seguinte:

- **Conhecer todas as suas opções.** Tem o direito de ser informado sobre todas as opções de tratamento recomendadas para a sua condição, independentemente do custo ou de serem cobertas pelo nosso plano. Isso também inclui ser informado sobre os programas que o nosso plano oferece para ajudar os membros a gerir a sua medicação e a utilizar os medicamentos com segurança.
- **Conhecer os riscos.** Tem o direito de ser informado sobre quaisquer riscos envolvidos nos seus cuidados de saúde. Deve ser informado com antecedência se qualquer cuidado ou tratamento médico proposto fizer parte de uma experiência de investigação. Tem sempre a opção de recusar quaisquer tratamentos experimentais.
- **O direito de dizer “não”.** Tem o direito de recusar qualquer tratamento recomendado. Isso inclui o direito de deixar um hospital ou outra instituição médica, mesmo que o seu médico aconselhe que não saia. Também tem o direito de parar de tomar a sua medicação. Se recusar o tratamento ou parar de tomar a medicação, aceita total responsabilidade pelo que acontecer ao seu corpo como resultado disso.

Tem o direito de dar instruções sobre o que deve ser feito caso não consiga tomar decisões médicas por si próprio

Às vezes, as pessoas ficam incapazes de tomar decisões sobre cuidados de saúde por si mesmas devido a acidentes ou doenças graves. Tem o direito de dizer o que quer que aconteça se estiver nesta situação. Isto significa que, se quiser, pode:

- Preencher um formulário por escrito para **conceder a alguém a autoridade legal para tomar decisões médicas por si**, caso venha a ficar incapacitado de tomar decisões por si mesmo.
- **Dar aos seus médicos instruções por escrito** sobre como deseja que eles tratem dos seus cuidados médicos, caso venha a ficar incapacitado de tomar decisões por si mesmo.

Os documentos legais que pode usar para dar instruções antecipadamente nessas situações são chamados de **diretivas antecipadas**. Documentos como um **testamento vital** e uma **procuração para cuidados de saúde** são exemplos de diretivas antecipadas.

Como elaborar uma diretiva antecipada para dar instruções:

- **Obtenha um formulário.** Pode obter um formulário de diretiva antecipada junto do seu advogado, assistente social ou em algumas lojas de material de escritório. Por vezes, também é possível obter formulários de diretiva antecipada junto de organizações que prestam informações sobre o Medicare. Também pode ligar para os Serviços para Membros através do número 1-844-812-6896 (Os utilizadores de TTY ligam para o 711) para solicitar os formulários.
- **Preencha o formulário e assine-o.** Independentemente de onde obtiver este formulário, trata-se de um documento jurídico. Considere a possibilidade de recorrer a um advogado para o ajudar a prepará-lo.
- **Entregue cópias do formulário às pessoas certas.** Entregue uma cópia do formulário ao seu médico e à pessoa que indicar no formulário como responsável por tomar decisões por si, caso não possa fazê-lo. Pode ser útil dar cópias a amigos próximos ou familiares. Guarde uma cópia em casa.

Se souber com antecedência que vai ser hospitalizado e tiver assinado uma diretiva antecipada, **leve uma cópia consigo para o hospital**.

- O hospital perguntará se assinou um formulário de diretiva antecipada e se a tem consigo.
- Se não assinou um formulário de diretiva antecipada, o hospital tem formulários disponíveis e perguntará se deseja assinar um.

Preencher uma diretiva antecipada é uma escolha sua (incluindo se deseja assinar uma se estiver no hospital). De acordo com a lei, ninguém pode negar-lhe cuidados ou discriminá-lo com base no facto de ter ou não assinado uma diretiva antecipada.

Se as suas instruções não forem seguidas

Se assinar uma diretiva antecipada e acreditar que um médico ou hospital não seguiu as instruções nela contidas, pode apresentar uma reclamação ao Departamento de Saúde de Rhode Island, ligando para 1-401-222-5960 (TTY 711) ou por correio para:

Department of Health
3 Capital Hill
Providence, RI 02908

Secção 1.6 Tem o direito de apresentar reclamações e solicitar que reconsideremos as decisões que tomámos.

Se tiver algum problema, preocupação ou reclamação e precisar de solicitar cobertura ou apresentar um recurso, o Capítulo 9 deste documento explica o que pode fazer. Seja qual for a sua ação — solicitar uma decisão de cobertura, apresentar um recurso ou apresentar uma reclamação —, **somos obrigados a tratá-lo de forma justa**.

Secção 1.7 Se acredita que está a ser tratado injustamente ou que os seus direitos não estão a ser respeitados

Se acredita ter sido tratado injustamente ou que seus direitos não foram respeitados devido à sua raça, deficiência, religião, sexo, saúde, etnia, crença, idade ou nacionalidade, ligue para o Departamento de Saúde e Serviços Humanos, **Escritório de Direitos Civis**, através do número 1-800-368-1019 (Os utilizadores de TTY ligam para o 1-800-537-7697) ou ligue para o Escritório de Direitos Civis local.

Se acredita que foi tratado injustamente ou que os seus direitos *não foram* respeitados e não se trata de discriminação, pode obter ajuda para lidar com o problema que está a enfrentar nestes locais:

- **Ligue para os Serviços para Membros do nosso plano através do número 1-844-812-6896 (Os utilizadores de TTY ligam para o 711)**
- **Ligue para o SHIP local** através do número 1-401-462-4444 (TTY 711).
- **Ligue para o Medicare** através do número 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (Os utilizadores de TTY ligam para o 1-877-486-2048)
- **Ligue para o Rhode Island Medicaid** através do número 1-855-697-4347. Os utilizadores de TTY ligam para o 711.

Secção 1.8 Como obter mais informações sobre os seus direitos

Obtenha mais informações sobre os seus direitos nestes locais:

- **Ligue para os Serviços para Membros através do número 1-844-812-6896 (Os utilizadores de TTY ligam para o 711)**
- **Ligue para o SHIP local** através do número 1-401-462-4444 (TTY 711).
- **Contacte o Medicare**
 - Visite www.Medicare.gov para ler a publicação *Direitos e Proteções do Medicare* (disponível em: [Direitos e Proteções do Medicare](#))
 - Ligue para 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (Os utilizadores de TTY ligam para o 1-877-486-2048)

SECÇÃO 2 As suas responsabilidades como membro do nosso plano

As coisas que precisa fazer como membro do nosso plano estão listadas abaixo. Em caso de dúvidas, ligue para os Serviços para Membros através do número 1-844-812-6896 (Os utilizadores de TTY ligam para o 711).

- **Familiarize-se com os serviços cobertos e as regras que deve seguir para obter esses serviços cobertos.** Utilize este *Comprovativo de Cobertura* para saber o que está coberto e as regras que precisa seguir para obter os serviços cobertos.
 - Os Capítulos 3 e 4 fornecem detalhes sobre os serviços médicos.
 - Os Capítulos 5 e 6 fornecem detalhes sobre a cobertura de medicamentos do Part D.
- **Se tiver qualquer outro plano de saúde ou cobertura de medicamentos além do nosso plano, é necessário que nos informe.** O Capítulo 1 fala sobre como coordenar esses benefícios.
- **Informe o seu médico e outros prestadores de cuidados de saúde que está inscrito no nosso plano.** Mostre o seu cartão de adesão ao plano e o seu cartão Medicaid sempre que receber cuidados médicos ou medicamentos do Part D.
- **Ajude os seus médicos e outros prestadores a ajudá-lo, fornecendo-lhes informações, fazendo perguntas e acompanhando o seu tratamento.**
 - Para ajudar a obter os melhores cuidados, informe os seus médicos e outros prestadores de cuidados de saúde sobre os seus problemas de saúde. Siga os planos de tratamento e as instruções acordadas entre si e os seus médicos.

- Certifique-se de que os seus médicos sabem todos os medicamentos que está a tomar, incluindo medicamentos sem receita médica, vitaminas e suplementos.
- Se tiver alguma dúvida, não hesite em perguntar e obtenha uma resposta que possa compreender.
- **Seja atencioso.** Esperamos que os nossos membros respeitem os direitos dos outros pacientes. Também esperamos que ajam de forma a ajudar no bom funcionamento do consultório do seu médico, hospitais e outros escritórios.
- **Pague o que deve.** Enquanto membro do plano, é responsável por estes pagamentos:
 - Deve continuar a pagar os seus prémios do Medicare para permanecer como membro do nosso plano.
 - Para a maioria dos medicamentos cobertos pelo nosso plano, deve pagar a sua participação nos custos quando adquirir o medicamento.
- **Se mudar dentro da área de serviço do nosso plano**, precisamos saber para mantermos o seu registo de adesão atualizado e sabermos como entrar em contacto consigo.
- **Se mudar para fora da área de serviço do nosso plano, não poderá continuar a ser membro do nosso plano.**
- **Se mudar de endereço, informe o Social Security (ou a Caixa de Pensões dos Ferroviários).**

CAPÍTULO 9:

O que deve fazer se tiver um problema ou uma reclamação (decisões de cobertura, recursos, reclamações)

SECÇÃO 1 O que fazer se tiver algum problema ou dúvida

Este capítulo explica os processos para lidar com problemas e preocupações. O processo que utiliza para lidar com o seu problema depende do tipo de problema que está a ter:

1. Se o seu problema é sobre benefícios cobertos pelo **Medicare** ou **Medicaid**. Se precisar de ajuda para decidir entre o processo do Medicare ou do Medicaid, ou ambos, ligue para os Serviços para Membros através do número 1-844-812-6896 (Os utilizadores de TTY ligam para o 711).
2. O tipo de problema que está a ter:
 - Para alguns problemas, é necessário utilizar o **processo para decisões de cobertura e recursos**.
 - Para outros problemas, é necessário utilizar o **processo para apresentar reclamações** (também chamadas de queixas).

Ambos os processos foram aprovados pelo Medicare. Cada processo tem um conjunto de regras, procedimentos e prazos que devem ser seguidos por nós e pelo membro.

As informações contidas neste capítulo irão ajudá-lo a identificar o processo correto a ser utilizado e o que fazer.

Secção 1.1 Termos jurídicos

Existem termos jurídicos para algumas das regras, procedimentos e tipos de prazos explicados neste capítulo. Muitos desses termos são desconhecidos para a maioria das pessoas. Para facilitar, este capítulo usa palavras mais familiares em vez de alguns termos jurídicos.

No entanto, às vezes é importante conhecer os termos jurídicos corretos. Para ajudá-lo a saber que termos usar para obter a ajuda ou informação certa, incluímos esses termos jurídicos quando fornecemos detalhes para lidar com situações específicas.

SECÇÃO 2 Onde obter mais informações e ajuda personalizada

Estamos sempre disponíveis para o ajudar. Mesmo que tenha uma reclamação sobre o nosso tratamento, somos obrigados a respeitar o seu direito de reclamar. Deve sempre ligar para os Serviços para Membros através do número 1-844-812-6896 (Os utilizadores de TTY ligam para o 711) para obter ajuda. Em algumas situações, também pode querer ajuda ou orientação de alguém que não esteja relacionado connosco. Duas organizações que podem ajudar são:

Programa Estadual de Assistência ao Seguro de Saúde (State Health Insurance Assistance Program, SHIP)

Cada estado tem um programa governamental com consultores com formação. O programa não está ligado a nós nem a nenhuma seguradora ou plano de saúde. Os consultores deste programa podem ajudá-lo a compreender qual o processo a seguir para resolver um problema que esteja a enfrentar. Também podem responder a perguntas, fornecer mais informações e oferecer orientação sobre o que fazer.

Os serviços dos conselheiros do SHIP são gratuitos. Ligue para 1-888-884-8721 (TTY 401-462-0740) ou visite o website em www.oha.ri.gov.

Medicare

Também pode contactar o Medicare para obter ajuda:

- Ligue para 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas por dia, 7 dias por semana. Os utilizadores de TTY ligam para o 1-877-486-2048.
- Visite www.Medicare.gov

Pode obter ajuda e informações junto do Medicaid

Também pode obter ajuda junto do Medicaid. Contacte a Linha de Informações do Departamento de Serviços Humanos (Department of Human Services, DHS) através do número 1-855-697-4347 (TTY 711) para obter ajuda com o Medicaid e os Serviços e Apoios de Longo Prazo (Long-Term Services and Supports, LTSS) do DHS através do número 1-401-574-9915 para obter ajuda com os LTSS do Medicaid.

Obter ajuda da Organização de Melhoria da Qualidade (Quality Improvement Organization, QIO) de Rhode Island

Rhode Island tem uma organização designada Acentra Health. A organização é um grupo de médicos e outros profissionais de cuidados de saúde que ajudam a melhorar a qualidade dos cuidados para as pessoas com Medicare. A Acentra Health não está associada ao Neighborhood Dual CONNECT.

- Ligue para 1-888-319-8452, das 9 a.m. às 5 p.m., de segunda a sexta-feira; das 10 a.m. às 4 p.m. aos sábados, domingos e feriados. O correio de voz está disponível 24 horas por dia. Os utilizadores de TTY ligam para o 711. Este número é para pessoas com problemas de audição ou fala. É necessário ter um equipamento telefónico especial para ligar para esse número.

SECÇÃO 3 Que processo utilizar para o seu problema

Como tem o Medicare e recebe ajuda do Medicaid, existem diferentes processos que pode utilizar para resolver o seu problema ou reclamação. O processo a utilizar depende se o problema é relacionado com os benefícios do Medicare ou do Medicaid. Se o seu problema for relacionado com um benefício coberto pelo Medicare, utilize o processo do Medicare. Se o seu problema for relacionado com um benefício coberto pelo Medicaid, utilize o processo do Medicaid. Se precisar de ajuda para decidir entre o processo do Medicare ou do Medicaid, ligue para os Serviços para Membros através do número 1-844-812-6896 (Os utilizadores de TTY ligam para o 711).

O processo do Medicare e o processo do Medicaid são descritos em diferentes partes deste capítulo. Para saber que parte deve ler, utilize o quadro abaixo.

O seu problema é sobre os benefícios do Medicare ou do Medicaid?

O meu problema é sobre os benefícios do **Medicare**.

Consulte a **Secção 4, Lidar com problemas relacionados com os seus benefícios do Medicare**.

O meu problema é sobre a cobertura do **Medicaid**.

Consulte a **Secção 1.2 Lidar com problemas relacionados com os seus benefícios do Medicaid**.

SECÇÃO 4 Lidar com problemas relacionados com os seus benefícios do Medicare

O seu problema ou preocupação é sobre os seus benefícios ou cobertura?

Isto inclui problemas relacionados à cobertura ou não de cuidados médicos (itens médicos, serviços e/ou medicamentos do Part B), a forma como são cobertos e problemas relacionados ao pagamento por cuidados médicos.

Sim.

Consulte a **Secção 5, Guia para decisões de cobertura e recursos**

Não.

Consulte a **Secção 11, Como apresentar uma reclamação sobre a qualidade dos cuidados, tempos de espera, atendimento ao cliente ou outras questões.**

Decisões de cobertura e recursos

SECÇÃO 5 Guia para decisões de cobertura e recursos

As decisões e recursos relativos à cobertura tratam de problemas relacionados com os seus benefícios e cobertura para cuidados médicos (serviços, itens e medicamentos do Part B, incluindo pagamentos). Para simplificar, geralmente referimo-nos a itens médicos, serviços e medicamentos do Medicare Part B como **cuidados médicos**. O membro utiliza a decisão de cobertura e o processo de recurso para questões sobre se algo está coberto ou não e a forma como algo está coberto.

Solicitar decisões de cobertura antes de obter os serviços

Se quiser saber se cobriremos os cuidados médicos antes de os receber, pode solicitar que tomemos uma decisão de cobertura para si. Uma decisão de cobertura é uma decisão que tomamos sobre os seus benefícios e cobertura ou sobre o valor que pagaremos pelos seus cuidados médicos. Por exemplo, se o médico da nossa rede de planos o encaminhar para um especialista médico que não faz parte da rede, esse encaminhamento será considerado uma decisão de cobertura favorável, a menos que o membro ou o seu médico da rede possam

Capítulo 9 O que deve fazer se tiver um problema ou uma reclamação (decisões de cobertura, recursos, reclamações)

comprovar que receberam uma notificação de recusa padrão para esse especialista médico, ou que o *Comprovativo de Cobertura* deixe claro que o serviço encaminhado nunca é coberto em nenhuma circunstância. O membro ou o seu médico também podem entrar em contacto connosco e solicitar uma decisão de cobertura se o seu médico não tiver certeza se cobriremos um determinado serviço médico ou se recusar a prestar os cuidados médicos que o membro considera necessários.

Em circunstâncias limitadas, um pedido de decisão de cobertura será indeferido, o que significa que não analisaremos o pedido. Exemplos de quando um pedido será indeferido incluem se o pedido estiver incompleto, se alguém fizer o pedido em seu nome, mas não estiver legalmente autorizado a fazê-lo, ou se solicitar que o seu pedido seja retirado. Se indeferirmos um pedido de decisão de cobertura, enviaremos um aviso a explicar por que razão o pedido foi indeferido e como solicitar uma revisão do indeferimento.

Tomamos uma decisão de cobertura sempre que decidimos o que está coberto para o membro e quanto pagamos. Em alguns casos, podemos decidir que os cuidados médicos não estão cobertos ou deixaram de estar cobertos para si. Se discordar desta decisão de cobertura, pode apresentar um recurso.

Apresentar um recurso

Se tomarmos uma decisão de cobertura, seja antes ou depois de receber um benefício, e não estiver satisfeito, pode **recorrer** da decisão. Um recurso é uma maneira formal de nos pedir para revermos e alterarmos a decisão de cobertura que tomámos. Em determinadas circunstâncias, pode solicitar um **recurso rápido** ou acelerado de uma decisão de cobertura. O seu recurso é tratado por revisores diferentes daqueles que tomaram a decisão original.

Quando recorre de uma decisão pela primeira vez, isto é designado por recurso de Nível 1. Neste recurso, analisamos a decisão de cobertura que tomámos para verificar se seguimos corretamente as regras. Quando concluirmos a revisão, comunicaremos a nossa decisão.

Em circunstâncias limitadas, um pedido de recurso de Nível 1 será indeferido, o que significa que não iremos analisar o pedido. Exemplos de quando um pedido será indeferido incluem se o pedido estiver incompleto, se alguém fizer o pedido em seu nome, mas não estiver legalmente autorizado a fazê-lo, ou se solicitar que o seu pedido seja retirado. Se indeferirmos um pedido de recurso de Nível 1, enviaremos um aviso a explicar por que razão o pedido foi indeferido e como solicitar uma revisão do indeferimento.

Se recusarmos a totalidade ou parte do seu recurso de Nível 1 para cuidados médicos, o seu recurso será automaticamente encaminhado para um recurso de Nível 2 conduzido por uma organização de revisão independente não ligada a nós.

Capítulo 9 O que deve fazer se tiver um problema ou uma reclamação (decisões de cobertura, recursos, reclamações)

- Não precisa de fazer nada para iniciar um recurso de Nível 2. As regras do Medicare exigem que enviemos automaticamente o seu recurso de cuidados médicos para o Nível 2 se não concordarmos totalmente com o seu recurso de Nível 1.
- Consulte a **Secção 6.4** deste capítulo para obter mais informações sobre recursos de Nível 2 para cuidados médicos.
- Os recursos do Part D são discutidos na Secção 7 deste capítulo.

Se não estiver satisfeito com a decisão do recurso de Nível 2, poderá continuar com níveis adicionais de recurso (este capítulo explica os processos de recurso de Nível 3, 4 e 5).

Secção 5.1 Obter ajuda para solicitar uma decisão de cobertura ou apresentar um recurso

Aqui estão alguns recursos caso decida solicitar qualquer tipo de decisão de cobertura ou recorrer de uma decisão:

- **Ligue para os Serviços para Membros através do número 1-844-812-6896 (Os utilizadores de TTY ligam para o 711)**
- **Obtenha ajuda gratuita** do Programa Estadual de Assistência ao Seguro de Saúde (State Health Insurance Assistance Program)
- **O seu médico ou outro prestador de cuidados de saúde pode fazer um pedido por si.** Se o seu médico ajudar com um recurso além do Nível 2, ele deve ser nomeado como seu representante. Ligue para os Serviços para Membros através do número 1-844-812-6896 (Os utilizadores de TTY ligam para o 711) e peça o formulário de *Nomeação de Representante*. (O formulário também está disponível em www.CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf ou no nosso website em www.nhpri.org/providers/provider-resources/forms.)
 - Para cuidados médicos, o seu médico ou outro prestador de cuidados de saúde pode solicitar uma decisão de cobertura ou um recurso de Nível 1 em seu nome. Se o seu recurso for recusado no Nível 1, será automaticamente encaminhado para o Nível 2.
 - Para medicamentos do Part D, o seu médico ou outro prescritor pode solicitar uma decisão de cobertura ou um recurso de Nível 1 em seu nome. Se o seu recurso de Nível 1 for recusado, o seu médico ou prescritor pode solicitar um recurso de Nível 2.
- **Pode solicitar a alguém que ajude em seu nome.** Pode nomear outra pessoa para agir em seu nome como seu representante e solicitar uma decisão de cobertura ou apresentar um recurso.

Capítulo 9 O que deve fazer se tiver um problema ou uma reclamação (decisões de cobertura, recursos, reclamações)

- Se desejar que um amigo, familiar ou outra pessoa seja seu representante, ligue para os Serviços para Membros através do número 1-844-812-6896 (Os utilizadores de TTY ligam para o 711) e solicite o formulário de *Nomeação de Representante*. (O formulário também está disponível em www.CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf or no nosso website em www.nhpri.org/providers/provider-resources/forms.) Este formulário concede a essa pessoa permissão para agir em seu nome. Deve ser assinado por si e pela pessoa que deseja que atue em seu nome. Deve fornecer-nos uma cópia do formulário assinado.
- Podemos aceitar um pedido de recurso de um representante sem o formulário, mas não podemos iniciar ou concluir a nossa análise até o recebermos. Se não recebermos o formulário antes do prazo para tomar uma decisão sobre o seu recurso, o seu pedido de recurso será indeferido. Se isso acontecer, enviar-lhe-emos um aviso por escrito a explicar o seu direito de solicitar à organização de revisão independente que reveja a nossa decisão de indeferir o seu recurso.
- **Também tem o direito de contratar um advogado.** Pode entrar em contato com o seu próprio advogado ou obter o nome de um advogado na Ordem dos Advogados local ou em outro serviço de referência. Existem também grupos que oferecem serviços jurídicos gratuitos se o membro se qualificar. No entanto, **não é necessário contratar um advogado** para solicitar qualquer tipo de decisão de cobertura ou recorrer de uma decisão.

Secção 5.2 Regras e prazos para diferentes situações

Existem 4 situações que envolvem decisões de cobertura e recursos. Cada situação tem regras e prazos diferentes. Apresentamos os detalhes para cada uma dessas situações:

- **Secção 6:** Cuidados médicos: Como solicitar uma decisão de cobertura ou apresentar um recurso
- **Secção 7:** Medicamentos do Part D: Como solicitar uma decisão de cobertura ou apresentar um recurso
- **Secção 8:** Como solicitar que cubramos um internamento hospitalar mais longo se considerar que está a receber alta demasiado cedo
- **Secção 9:** Como solicitar que continuemos a cobrir determinados serviços médicos se considerar que a sua cobertura está a terminar demasiado cedo (Aplica-se apenas a estes serviços: cuidados de saúde ao domicílio, cuidados em instalações de enfermagem especializada e serviços de Instalações de Reabilitação em Regime de Ambulatório Abrangente (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF)).

Se não tiver a certeza de quais as informações que se aplicam ao seu caso, ligue para os Serviços para Membros através do número 1-844-812-6896 (Os utilizadores de TTY ligam para o 711). Também pode obter ajuda ou informações junto do seu SHIP

SECÇÃO 6 Cuidados médicos: Como solicitar uma decisão de cobertura ou apresentar um recurso

Secção 6.1 O que fazer se tiver problemas para obter cobertura para cuidados médicos ou quiser o reembolso dos seus cuidados

Os seus benefícios para cuidados médicos estão descritos no Capítulo 4 da Tabela de Benefícios Médicos. Em alguns casos, aplicam-se regras diferentes a um pedido de medicamento do Part B. Nesses casos, explicaremos como as regras para medicamentos do Part B diferem das regras para itens e serviços médicos.

Esta secção explica o que pode fazer se se encontrar em qualquer uma das 5 situações seguintes:

1. Não está a receber determinados cuidados médicos que deseja e acredita que o nosso plano cobre esses cuidados. **Solicite uma decisão de cobertura. Secção 6.2.**
2. O nosso plano não aprova os cuidados médicos que o seu médico ou outro prestador de cuidados de saúde deseja prestar-lhe, e acredita que o nosso plano cobre esses cuidados. **Solicite uma decisão de cobertura. Secção 6.2.**
3. Recebeu cuidados médicos que acredita que o nosso plano deveria cobrir, mas nós informámos que não pagaremos por esses cuidados. **Apresente um recurso. Secção 6.3.**
4. Recebeu e pagou por cuidados médicos que acredita que o nosso plano deveria cobrir e deseja solicitar ao nosso plano o reembolso desses cuidados. **Envie-nos a fatura. Secção 6.5.**
5. Foi-lhe dito que a cobertura de determinados cuidados médicos que tem recebido (e que aprovámos anteriormente) será reduzida ou interrompida, e acredita que a redução ou interrupção desses cuidados pode prejudicar a sua saúde. **Apresente um recurso. Secção 6.3.**

Nota: Se a cobertura que será interrompida for para cuidados hospitalares, cuidados de saúde ao domicílio, cuidados em instalações de enfermagem especializada ou serviços de Instalações de Reabilitação em Regime de Ambulatório Abrangente (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF), consulte as Secções 8 e 9. Aplicam-se regras especiais a estes tipos de cuidados.

Secção 6.2 Como solicitar uma decisão de cobertura**Termos Jurídicos:**

Uma decisão de cobertura que envolve os seus cuidados médicos é chamada de **determinação da organização**.

Uma **decisão de cobertura rápida** é chamada de **determinação acelerada**.

Passo 1: Decida se precisa de uma decisão de cobertura padrão ou de uma decisão de cobertura rápida.

Uma decisão de cobertura padrão é normalmente tomada no prazo de 7 dias consecutivos quando o item ou serviço médico está sujeito às nossas regras de autorização prévia, 14 dias corridos para todos os outros itens e serviços médicos ou 72 horas para medicamentos do Part B. Uma decisão de cobertura rápida é geralmente tomada no prazo de 72 horas, para serviços médicos, e 24 horas para medicamentos do Part B. Só poderá obter uma decisão de cobertura rápida se o cumprimento dos prazos padrão puder prejudicar gravemente a sua saúde ou a sua capacidade funcional.

Se o seu médico nos informar que a sua saúde requer uma decisão de cobertura rápida, concordaremos automaticamente em dar-lhe uma decisão de cobertura rápida.

Se solicitar uma decisão de cobertura rápida por conta própria, sem o apoio do seu médico, decidiremos se a sua saúde requer uma decisão de cobertura rápida. Se não aprovarmos uma decisão de cobertura rápida, enviar-lhe-emos uma carta que:

- Explica que utilizaremos os prazos padrão.
- Explica que, se o seu médico solicitar uma decisão de cobertura rápida, iremos dar-lhe automaticamente uma decisão de cobertura rápida.
- Explica que pode apresentar uma reclamação rápida sobre a nossa decisão de lhe dar uma decisão de cobertura padrão em vez da decisão de cobertura rápida que solicitou.

Passo 2: Solicite ao nosso plano que tome uma decisão de cobertura ou uma decisão de cobertura rápida.

- Comece por ligar, escrever ou enviar por fax o nosso plano para solicitar a autorização ou cobertura dos cuidados médicos que deseja. O membro, o seu médico ou o seu representante podem fazer isso. O Capítulo 2 contém informações de contacto.

Passo 3: Analisamos o seu pedido de cobertura de cuidados médicos e damos-lhe a nossa resposta.

Para decisões de cobertura padrão, utilizamos os prazos padrão.

Isso significa que lhe daremos uma resposta dentro de 7 dias consecutivos após recebermos o seu pedido **de um item ou serviço médico sujeito às nossas regras de autorização prévia**. **Se o item ou serviço médico solicitado não estiver sujeito às nossas regras de autorização prévia, responderemos no prazo de 14 dias consecutivos** após recebermos o seu pedido. Se o seu pedido for para um **medicamento do Part B**, responderemos **no prazo de 72 horas** após recebermos o seu pedido.

- **No entanto**, se pedir mais tempo, ou se precisarmos de mais informações que o possam beneficiar, **podemos demorar até mais 14 dias consecutivos** se o seu pedido for para um item ou serviço médico. Se precisarmos de mais tempo, informaremos por escrito. Não podemos demorar mais tempo para tomar uma decisão se o seu pedido for para um medicamento do Part B.
- Se considera que não devemos demorar mais tempo, pode apresentar uma reclamação rápida. Responderemos à sua reclamação assim que tomarmos uma decisão. (O processo para apresentar uma reclamação é diferente do processo para decisões de cobertura e recursos. Consulte a Secção 11 para obter informações sobre reclamações.)

Para decisões de cobertura rápidas, utilizamos um prazo acelerado.

Uma decisão de cobertura rápida significa que responderemos no prazo de até 72 horas se o seu pedido for para um item ou serviço médico. Se o seu pedido for para um medicamento do Part B, responderemos no prazo de 24 horas.

- No entanto, se solicitar mais tempo, ou se precisarmos de mais informações que possam beneficiá-lo, **poderemos levar até 14 dias consecutivos adicionais**. Se precisarmos de mais tempo, informaremos por escrito. Não podemos demorar mais tempo para tomar uma decisão se o seu pedido for para um medicamento do Part B.
- Se considera que *não devemos* demorar mais tempo, pode apresentar uma reclamação rápida. (Consulte a Secção 11 para obter informações sobre reclamações.) Entraremos em contacto consigo assim que tomarmos uma decisão.
- **Se a nossa resposta for negativa a parte ou à totalidade do que solicitou**, enviaremos-lhe-emos uma declaração por escrito a explicar os motivos da nossa recusa.

Passo 4: Se recusarmos o seu pedido de cobertura de cuidados médicos, poderá recorrer da decisão.

Se recusarmos, tem o direito de nos pedir para reconsiderar essa decisão, apresentando um recurso. Isso significa pedir novamente para obter a cobertura médica que deseja. Se apresentar um recurso, isso significa que passa para o Nível 1 do processo de recurso.

Secção 6.3 Como apresentar um recurso de Nível 1**Termos Jurídicos:**

Um recurso ao nosso plano sobre uma decisão de cobertura de cuidados médicos é chamado de **reconsideração** do plano.

Um recurso rápido também é chamado de **reconsideração acelerada**.

Passo 1: Decida se precisa de um recurso padrão ou de um recurso rápido.

Um recurso padrão é normalmente apresentado no prazo de 30 dias consecutivos ou 7 dias consecutivos para medicamentos do Part B. Um recurso rápido é geralmente apresentado no prazo de 72 horas.

- Se estiver a recorrer de uma decisão que tomámos sobre a cobertura dos cuidados, o membro e/ou o(s) seu(s) médico(s) precisam de decidir se precisa de um recurso rápido. Se o seu médico nos informar que a sua saúde requer um recurso rápido, iremos dar-lhe um recurso rápido.
- Os requisitos para obter um recurso rápido são os mesmos que para obter uma decisão rápida sobre a cobertura na Secção 6.2.

Passo 2: Solicitar ao nosso plano um recurso ou um recurso rápido

- **Se estiver a solicitar um recurso padrão, envie o seu recurso padrão por escrito.** Também pode solicitar um recurso ligando para nós. O Capítulo 2 contém informações de contacto.
- **Se estiver a solicitar um recurso rápido, apresente o seu recurso por escrito ou ligue-nos.** O Capítulo 2 contém informações de contacto.
- **Deve apresentar o seu pedido de recurso no prazo de 65 dias consecutivos** a partir do aviso por escrito que enviámos para lhe comunicar a nossa decisão de cobertura. Se não cumprir este prazo e tiver um motivo válido para tal, explique o motivo do atraso do seu recurso quando o apresentar. Podemos conceder-lhe mais tempo para apresentar o seu recurso. Exemplos de motivos válidos podem incluir uma doença

Capítulo 9 O que deve fazer se tiver um problema ou uma reclamação (decisões de cobertura, recursos, reclamações)

grave que o impediu de entrar em contacto connosco ou se lhe fornecemos informações incorretas ou incompletas sobre o prazo para solicitar um recurso.

- **Pode solicitar uma cópia gratuita das informações relativas à sua decisão médica. O membro e o seu médico podem adicionar mais informações para apoiar o seu recurso.**

Passo 3: Analisamos o seu recurso e damos-lhe a nossa resposta.

- Ao analisarmos o seu recurso, examinamos cuidadosamente todas as informações. Verificamos se seguimos todas as regras quando recusamos o seu pedido.
- Se necessário, recolheremos mais informações e poderemos entrar em contacto consigo ou com o seu médico.

Prazos para um recurso rápido

- Para recursos rápidos, devemos responder **no prazo de 72 horas após recebermos o seu recurso**. Responderemos mais rapidamente se a sua saúde assim o exigir.
 - Se pedir mais tempo, ou se precisarmos de mais informações que o possam beneficiar, **podemos demorar até mais 14 dias consecutivos** se o seu pedido for para um item ou serviço médico. Se precisarmos de mais tempo, informaremos por escrito. Não podemos demorar mais tempo se o seu pedido for para um medicamento do Part B.
 - Se não lhe dermos uma resposta dentro de 72 horas (ou até ao final do prazo prolongado, caso tenhamos solicitado dias adicionais), seremos obrigados a enviar automaticamente o seu pedido para o Nível 2 do processo de recurso, onde será analisado por uma organização de revisão independente. A Secção 6.4 explica o processo de recurso de Nível 2.
- **Se a nossa resposta for positiva a parte ou à totalidade do que solicitou**, devemos autorizar ou fornecer a cobertura acordada no prazo de 72 horas após recebermos o seu recurso.
- **Se a nossa resposta for negativa a parte ou à totalidade do que solicitou**, enviaremos a nossa decisão por escrito e encaminharemos automaticamente o seu recurso para a organização de revisão independente para um recurso de Nível 2. A organização de revisão independente notificá-lo-á por escrito quando receber o seu recurso.

Prazos para um recurso padrão

- Para recursos padrão, devemos responder **no prazo de 30 dias consecutivos** após recebermos o seu recurso. Se o seu pedido for para um medicamento do Part B que ainda não recebeu, responderemos **no prazo de 7 dias consecutivos** após

recebermos o seu recurso. Daremos a nossa decisão mais cedo se a sua condição de saúde assim o exigir.

- No entanto, se pedir mais tempo, ou se precisarmos de mais informações que o possam beneficiar, **podemos demorar até mais 14 dias consecutivos** se o seu pedido for para um item ou serviço médico. Se precisarmos de mais tempo, informaremos por escrito. Não podemos demorar mais tempo para tomar uma decisão se o seu pedido for para um medicamento do Part B.
 - Se considera que não devemos demorar mais tempo, pode apresentar uma reclamação rápida. Quando apresentar uma reclamação rápida, responderemos à sua reclamação dentro de 24 horas. (Consulte a Secção 11 para obter informações sobre reclamações.)
 - Se não lhe dermos uma resposta dentro do prazo (ou até ao final do prazo prolongado), enviaremos o seu pedido para um recurso de Nível 2, onde uma organização de revisão independente analisará o recurso. A Secção 6.4 explica o processo de recurso de Nível 2.
- **Se a nossa resposta for positiva a parte ou à totalidade do que solicitou**, devemos autorizar ou fornecer a cobertura no prazo de 30 dias consecutivos se o seu pedido for para um item ou serviço médico, ou **no prazo de 7 dias consecutivos**, se o seu pedido for para um medicamento do Part B.
 - **Se o nosso plano recusar parte ou a totalidade do seu recurso**, enviaremos automaticamente o seu recurso para a organização de revisão independente para um recurso de Nível 2.

Secção 6.4 O processo de recurso de Nível 2

Termo Jurídico:

O nome formal da organização de revisão independente é **Entidade de Revisão Independente**. Por vezes é chamada de **IRE**.

A organização de revisão independente é uma organização independente contratada pelo Medicare. Não está ligada a nós e não é uma agência governamental. Esta organização decide se a decisão que tomámos está correta ou se deve ser alterada. O Medicare supervisiona o seu trabalho.

Passo 1: A organização independente de revisão analisa o seu recurso.

- Enviaremos as informações sobre o seu recurso a esta organização. Essas informações são designadas por **processo**. **Tem o direito de nos solicitar uma cópia gratuita do seu processo.**
- Tem o direito de fornecer à organização de revisão independente informações adicionais para apoiar o seu recurso.
- Os revisores da organização de revisão independente irão analisar cuidadosamente todas as informações relacionadas com o seu recurso.

Se teve um recurso rápido no Nível 1, também terá um recurso rápido no Nível 2.

- Para o recurso rápido, a organização de revisão independente deve dar uma resposta ao seu recurso de Nível 2 **dentro de 72 horas** após receber o seu recurso.
- Se o seu pedido for relativo a um item ou serviço médico e a organização de revisão independente precisar de reunir mais informações que possam beneficiá-lo, **isso poderá demorar até mais 14 dias consecutivos**. A organização de revisão independente não pode demorar mais tempo para tomar uma decisão se o seu pedido for para um medicamento do Part B.

Se teve um recurso padrão no Nível 1, também tem um recurso padrão no Nível 2.

- Para o recurso padrão, se o seu pedido for para um item ou serviço médico, a organização de revisão independente deve responder ao seu recurso de Nível 2 **no prazo de 30 dias consecutivos** a partir da data em que receber o seu recurso. Se o seu pedido for para um medicamento do Part B, a organização de revisão independente deve responder ao seu recurso de Nível 2 **no prazo de 7 dias consecutivos** a partir da data em que receber o seu recurso.
- Se o seu pedido for relativo a um item ou serviço médico e a organização de revisão independente precisar de reunir mais informações que possam beneficiá-lo, **isso poderá demorar até mais 14 dias consecutivos**. A organização de revisão independente não pode demorar mais tempo para tomar uma decisão se o seu pedido for para um medicamento do Part B.

Passo 2: A organização de revisão independente dá-lhe a sua resposta.

A organização de revisão independente comunicará a sua decisão por escrito e explicará os motivos que a motivaram.

- **Se a organização de revisão independente aprovar parte ou a totalidade de um pedido de item ou serviço médico**, devemos autorizar a cobertura de cuidados médicos **no prazo de 72 horas** ou prestar o serviço **no prazo de 14 dias consecutivos**

Capítulo 9 O que deve fazer se tiver um problema ou uma reclamação (decisões de cobertura, recursos, reclamações)

após recebermos a decisão da organização de revisão independente para **pedidos padrão**. Para **pedidos acelerados**, temos **72 horas** a partir da data em que recebemos a decisão da organização de revisão independente.

- **Se a organização de revisão independente aprovar parte ou a totalidade de um pedido de medicamento do Part B**, devemos autorizar ou fornecer o medicamento do Part B no prazo de **72 horas** após recebermos a decisão da organização de revisão independente para **pedidos padrão**. Para **pedidos acelerados**, temos **24 horas** a partir da data em que recebemos a decisão da organização de revisão independente
- **Se a organização de revisão independente recusar parte ou a totalidade do seu recurso**, isso significa que concorda com o nosso plano de que o seu pedido (ou parte do seu pedido) de cobertura de cuidados médicos não deve ser aprovado. (Isso é chamado de **manter a decisão ou rejeitar o seu recurso**.) Nesse caso, a organização de revisão independente enviará uma carta a informar que:
 - Explica a decisão.
 - Informa-o sobre o seu direito a um recurso de Nível 3 se o valor monetário da cobertura de cuidados médicos atingir um determinado mínimo. O aviso por escrito que receberá da organização de revisão independente indicará o valor monetário que deve atingir para continuar o processo de recurso.
 - Explica-lhe como apresentar um recurso de Nível 3.

Passo 3: Se o seu caso preencher os requisitos, pode decidir se pretende dar seguimento ao seu recurso.

- Existem 3 níveis adicionais no processo de recurso após o Nível 2 (num total de 5 níveis de recurso). Se quiser recorrer para o Nível 3, os detalhes sobre como fazê-lo estão no aviso por escrito que receberá após o recurso do Nível 2.
- O recurso de Nível 3 é tratado por um Juiz de Direito Administrativo ou juiz de recurso. A Secção 10 explica os processos de recurso dos Níveis 3, 4 e 5.

Secção 6.5 Se estiver a solicitar o reembolso de uma fatura que recebeu por cuidados médicos

Não podemos reembolsá-lo diretamente por um serviço ou item do Medicaid. Se receber uma fatura por serviços e itens cobertos pelo Medicaid, envie-nos a fatura. **Não pague a fatura por conta própria.** Entraremos em contacto diretamente com o prestador e resolveremos o problema. Se pagar a fatura, poderá obter um reembolso desse prestador de cuidados de saúde, caso tenha seguido as regras para obter o serviço ou item.

Solicitar reembolso é solicitar uma decisão de cobertura da nossa parte

Capítulo 9 O que deve fazer se tiver um problema ou uma reclamação (decisões de cobertura, recursos, reclamações)

Se nos enviar a documentação a solicitar o reembolso, estará a solicitar uma decisão de cobertura. Para tomar essa decisão, verificaremos se os cuidados médicos pelos quais pagou estão cobertos. Também verificaremos se seguiu as regras para utilizar a sua cobertura para cuidados médicos.

- **Se aceitarmos o seu pedido:** Se os cuidados médicos estiverem cobertos e tiver seguido as regras, enviar-lhe-emos o pagamento do custo normalmente no prazo de 30 dias consecutivos, mas no máximo 60 dias consecutivos após recebermos o seu pedido. Se não tiver pago pelos cuidados médicos, enviaremos o pagamento diretamente ao prestador.
- **Se recusarmos o seu pedido:** Se os cuidados médicos não estiverem cobertos ou se *não tiver* seguido todas as regras, não enviaremos o pagamento. Em vez disso, enviaremos uma carta a informar que não pagaremos pelos cuidados médicos e os motivos para tal.

Se não concordar com a nossa decisão de recusa, **pode apresentar um recurso**. Se apresentar um recurso, isso significa que está a pedir-nos para alterar a decisão de cobertura que tomámos quando recusámos o seu pedido de pagamento.

Para apresentar este recurso, siga o processo para recursos descrito na Secção 6.3. Para recursos relativos a reembolsos, note que:

- Devemos dar-lhe a nossa resposta no prazo de 60 dias consecutivos após recebermos o seu recurso. Se estiver a pedir-nos para reembolsá-lo por cuidados médicos que já recebeu e pagou, não poderá solicitar um recurso rápido.
- Se a organização de revisão independente decidir que devemos pagar, devemos enviar a si ou ao prestador o pagamento no prazo de 30 dias corridos. Se a resposta ao seu recurso for positiva em qualquer fase do processo de recurso após o Nível 2, teremos de enviar o pagamento que solicitou ao membro ou ao prestador no prazo de 60 dias consecutivos.

SECÇÃO 7 Medicamentos do Part D: Como solicitar uma decisão de cobertura ou apresentar um recurso

Secção 7.1 Esta secção informa o que fazer se tiver problemas para obter um medicamento do Part D ou quiser o reembolso de um medicamento do Part D

Os seus benefícios incluem cobertura para muitos medicamentos sujeitos a receita médica. Para ser coberto, o medicamento deve ser utilizado para uma indicação clinicamente aceite. (Consulte o Capítulo 5 para obter mais informações sobre uma indicação clinicamente aceite.

Para obter detalhes sobre os medicamentos do Part D, regras, restrições e custos, consulte os Capítulos 5 e 6. **Esta secção refere-se apenas aos seus medicamentos do Part D.** Para simplificar, utilizaremos geralmente o termo *medicamento* no restante desta secção, em vez de repetir sempre *medicamento sujeito a receita médica para pacientes em regime de ambulatório coberto ou medicamento do Part D*. Também utilizamos o termo *Lista de Medicamentos* em vez de *Lista de Medicamentos Cobertos* ou formulário.

- Se não souber se um medicamento está coberto ou se cumpre as regras, pode perguntar-nos. Alguns medicamentos exigem que obtenha a nossa aprovação antes de serem cobertos.
- Se a sua farmácia lhe disser que a sua receita médica não pode ser aviada tal como está escrita, a farmácia dar-lhe-á um aviso por escrito a explicar como nos pode contactar para solicitar uma decisão de cobertura.

Decisões e recursos relativos à cobertura do Part D

Termo Jurídico:

A decisão de cobertura inicial dos seus medicamentos do Parte D é chamada de **determinação de cobertura**.

Uma decisão de cobertura é uma decisão que tomamos sobre os seus benefícios e cobertura ou sobre o valor que pagaremos pelos seus medicamentos. Esta secção explica o que pode fazer se se encontrar em qualquer uma das situações seguintes:

- Solicitar a cobertura de um medicamento do Part D que não consta da Lista de Medicamentos do nosso plano. **Solicitar uma exceção. Secção 7.2.**
- Solicitar a remoção de uma restrição à cobertura do nosso plano para um medicamento (como limites à quantidade de medicamento que pode obter, critérios de autorização prévia ou a obrigação de experimentar primeiro outro medicamento). **Solicitar uma exceção. Secção 7.2.**
- Solicitar a pré-aprovação de um medicamento. **Solicitar uma decisão de cobertura. Secção 7.4.**
- Pagar por um medicamento sujeito a receita médica que já comprou. **Pedir-nos o reembolso. Secção 7.4.**

Se discordar de uma decisão de cobertura que tomámos, pode recorrer da nossa decisão.

Esta secção explica como solicitar decisões de cobertura e como apresentar um recurso.

Secção 7.2 Solicitar uma exceção

Termos Jurídicos:

Solicitar a cobertura de um medicamento que não consta na Lista de Medicamentos é uma **exceção ao formulário**.

Solicitar a remoção de uma restrição à cobertura de um medicamento é uma **exceção ao formulário**.

Solicitar o pagamento de um preço mais baixo por um medicamento não preferencial coberto é uma exceção à **classificação por escalões**.

Se um medicamento não estiver coberto da forma que gostaria, pode solicitar uma **exceção**. Uma exceção é um tipo de decisão de cobertura.

Para que possamos considerar o seu pedido de exceção, o seu médico ou outro prescritor terá de explicar as razões médicas pelas quais precisa que a exceção seja aprovada. Aqui estão dois exemplos de exceções que o membro, o seu médico ou outro prescritor podem solicitar que façamos:

- 1. Cobertura de um medicamento do Part D que não consta da nossa Lista de Medicamentos.** Se concordarmos em cobrir um medicamento que não consta da Lista de Medicamentos, terá de pagar o valor de coparticipação nos custos que se aplica a todos os nossos medicamentos. Não pode solicitar uma exceção ao valor de coparticipação nos custos que exigimos que pague pelo medicamento.
- 2. Remover uma restrição para um medicamento coberto.** O Capítulo 5 descreve as regras ou restrições adicionais que se aplicam a determinados medicamentos da nossa Lista de Medicamentos.

Secção 7.3 Informações importantes sobre como solicitar exceções

O seu médico deve informar-nos as razões médicas

O seu médico ou outro prescritor deve enviar-nos uma declaração a explicar as razões médicas pelas quais está a solicitar uma exceção. Para uma decisão mais rápida, inclua estas informações médicas do seu médico ou outro prescritor aquando do pedido de exceção.

A nossa Lista de Medicamentos inclui frequentemente mais de um medicamento para tratar uma condição específica. Essas diferentes possibilidades são chamadas de medicamentos **alternativos**. Se um medicamento alternativo for tão eficaz quanto o medicamento que está

a solicitar e não causar mais efeitos secundários ou outros problemas de saúde, geralmente não aprovaremos o seu pedido de exceção.

Podemos aceitar ou recusar o seu pedido

- Se aprovarmos o seu pedido de exceção, a nossa aprovação geralmente é válida até o final do ano do nosso plano. Isto é aplicável desde que o seu médico continue a prescrever-lhe o medicamento e que esse medicamento continue a ser seguro e eficaz para o tratamento da sua condição.
- Se recusarmos o seu pedido, poderá solicitar outra revisão, apresentando um recurso.

Secção 7.4 Como solicitar uma decisão de cobertura, incluindo uma exceção

Termo jurídico:

Uma decisão de cobertura rápida é designada por **determinação de cobertura acelerada**.

Passo 1: Decida se precisa de uma decisão de cobertura padrão ou de uma decisão de cobertura rápida.

As **decisões de cobertura padrão** são tomadas dentro de **72 horas** após recebermos a declaração do seu médico. As decisões de cobertura rápidas são tomadas dentro de 24 horas após recebermos a declaração do seu médico.

Se a sua saúde assim o exigir, solicite-nos uma decisão de cobertura rápida. Para obter uma decisão de cobertura rápida, é necessário cumprir 2 requisitos:

- Deve estar a solicitar um *medicamento que ainda não recebeu*. (Não pode solicitar uma decisão de cobertura rápida para ser reembolsado por um medicamento que já comprou.)
- Utilizar os prazos padrão pode causar sérios danos à sua saúde ou prejudicar a sua capacidade funcional.
- **Se o seu médico ou outro prescritor nos informar que a sua saúde requer uma decisão de cobertura rápida, iremos automaticamente dar-lhe uma decisão de cobertura rápida.**
- **Se solicitar uma decisão rápida sobre a cobertura por conta própria, sem o apoio do seu médico ou prescritor, decidiremos se a sua saúde requer uma decisão de cobertura rápida.** Se não aprovarmos uma decisão de cobertura rápida, enviar-lhe-emos uma carta que:
 - Explica que utilizaremos os prazos padrão.

Capítulo 9 O que deve fazer se tiver um problema ou uma reclamação (decisões de cobertura, recursos, reclamações)

- Explica que, se o seu médico ou outro prescritor solicitar uma decisão de cobertura rápida, iremos automaticamente dar-lhe uma decisão de cobertura rápida.
- Informa como pode apresentar uma reclamação rápida sobre a nossa decisão de lhe dar uma decisão de cobertura padrão em vez da decisão de cobertura rápida que solicitou. Responderemos à sua reclamação dentro de 24 horas após a receção.

Passo 2: Solicitar uma decisão de cobertura padrão ou uma decisão de cobertura rápida.

Comece por ligar, escrever ou enviar um fax para o nosso plano a solicitar a autorização ou cobertura dos cuidados médicos que pretende. Também pode aceder ao processo de decisão de cobertura através do nosso website. Devemos aceitar qualquer pedido por escrito, incluindo um pedido apresentado no formulário *Pedido de Determinação de Cobertura Modelo CMS*, disponível no nosso website www.nhpri.org/DualCONNECT/member-materials/. O Capítulo 2 contém informações de contacto. Para nos ajudar a processar o seu pedido, inclua o seu nome, informações de contacto e informações que indiquem qual a reclamação recusada que está a ser objeto de recurso.

O membro, o seu médico (ou outro prescritor) ou o seu representante podem fazer isso. Também pode pedir a um advogado que atue em seu nome. A Secção 4 deste capítulo explica como pode dar autorização por escrito a outra pessoa para agir como seu representante.

- **Se estiver a solicitar uma exceção, forneça a declaração de apoio**, que é a razão médica para a exceção. O seu médico ou outro prescritor pode enviar-nos a declaração por fax ou correio. Ou o seu médico ou outro prescritor pode informar-nos por telefone e, se necessário, enviar uma declaração por escrito por fax ou correio.

Passo 3: Analisamos o seu pedido e damos-lhe a nossa resposta.***Prazos para uma decisão de cobertura rápida***

- Geralmente, devemos dar-lhe a nossa resposta no **prazo de 24 horas** após recebermos o seu pedido.
 - Para exceções, daremos a nossa resposta dentro de 24 horas após recebermos a declaração de apoio do seu médico. Responderemos mais rapidamente se a sua saúde assim o exigir.
 - Se não cumprirmos esse prazo, somos obrigados a enviar o seu pedido para o Nível 2 do processo de recurso, onde será analisado por uma organização de revisão independente.

Capítulo 9 O que deve fazer se tiver um problema ou uma reclamação (decisões de cobertura, recursos, reclamações)

- **Se a nossa resposta for positiva a parte ou à totalidade do que solicitou**, devemos fornecer a cobertura acordada no prazo de 24 horas após recebermos o seu pedido ou a declaração médica que o comprova.
- **Se a nossa resposta for negativa a parte ou à totalidade do que solicitou**, enviar-lhe-emos uma declaração por escrito a explicar o motivo da nossa recusa. Também informaremos como pode recorrer da decisão.

Prazos para uma decisão de cobertura padrão sobre um medicamento que não recebeu

- Geralmente, devemos dar-lhe a nossa resposta **no prazo de 72 horas** após recebermos o seu pedido.
 - Para exceções, daremos a nossa resposta no prazo de 72 horas após recebermos a declaração de apoio do seu médico. Responderemos mais rapidamente se a sua saúde assim o exigir.
 - Se não cumprirmos esse prazo, somos obrigados a enviar o seu pedido para o Nível 2 do processo de recurso, onde será analisado por uma organização de revisão independente.
- **Se a nossa resposta for positiva a parte ou à totalidade do que solicitou**, devemos fornecer a cobertura acordada no **prazo de 72 horas** após recebermos o seu pedido ou a declaração médica que o comprova.
- **Se a nossa resposta for negativa a parte ou à totalidade do que solicitou**, enviar-lhe-emos uma declaração por escrito a explicar o motivo da recusa. Também informaremos como pode recorrer da decisão.

Prazos para uma decisão de cobertura padrão do pagamento de um medicamento que já comprou

- Devemos responder **no prazo de 14 dias consecutivos** úteis após recebermos o seu pedido.
 - Se não cumprirmos esse prazo, somos obrigados a enviar o seu pedido para o Nível 2 do processo de recurso, onde será analisado por uma organização de revisão independente.
- **Se a nossa resposta for positiva a parte ou à totalidade do que solicitou**, também somos obrigados a efetuar o pagamento no prazo de 14 dias consecutivos após recebermos o seu pedido.
- **Se a nossa resposta for negativa a parte ou à totalidade do que solicitou**, enviar-lhe-emos uma declaração por escrito a explicar o motivo da recusa. Também informaremos como pode recorrer da decisão.

Passo 4: Se recusarmos o seu pedido de cobertura, poderá recorrer da decisão.

- Se recusarmos, tem o direito de nos pedir para reconsiderar essa decisão, apresentando um recurso. Isso significa solicitar novamente para obter a cobertura de medicamentos que deseja. Se apresentar um recurso, isso significa que passa para o Nível 1 do processo de recurso.

Secção 7.5 Como apresentar um recurso de Nível 1**Termos Jurídicos:**

Um recurso ao nosso plano sobre uma decisão de cobertura de medicamentos do Part D é designado por **redeterminação do plano**.

Um recurso rápido é chamado de **redeterminação acelerada**.

Passo 1: Decida se precisa de um recurso padrão ou de um recurso rápido.

Um recurso padrão é geralmente apresentado no prazo de 7 dias consecutivos. Um recurso rápido é geralmente apresentado no prazo de 72 horas. Se a sua saúde exigir, solicite um recurso rápido.

- Se estiver a recorrer de uma decisão que tomámos sobre um medicamento que não recebeu, o membro e o seu médico ou outro prescritor decidem se precisa de um recurso rápido.
- Os requisitos para obter um recurso rápido são os mesmos que para obter uma decisão rápida sobre a cobertura na Secção 7.4.

Passo 2: O membro, o seu representante, médico ou outro prescritor deve entrar em contacto connosco e apresentar o seu recurso de Nível 1. Se a sua saúde exigir uma resposta rápida, deve solicitar um recurso rápido.

- **Para recursos padrão, envie um pedido por escrito ou ligue-nos.** O Capítulo 2 contém informações de contacto.
- **Para recursos rápidos, envie o seu recurso por escrito ou ligue para (1-844-812-6896 (TTY 711).** O Capítulo 2 contém informações de contacto.
- **Devemos aceitar qualquer pedido por escrito**, incluindo um pedido apresentado no *Pedido de Redeterminação de Cobertura Modelo CMS*, disponível no nosso website www.nhpri.org/DualCONNECT/member-materials/. Inclua o seu nome, informações de contacto e informações sobre a sua reclamação para nos ajudar a processar o seu pedido.

- **Deve apresentar o seu pedido de recurso no prazo de 65 dias consecutivos** a partir do aviso por escrito que enviámos para lhe comunicar a nossa decisão de cobertura. Se não cumprir este prazo e tiver um motivo válido para tal, explique o motivo do atraso do seu recurso quando o apresentar. Podemos conceder-lhe mais tempo para apresentar o seu recurso. Exemplos de motivos válidos podem incluir uma doença grave que o impediu de entrar em contacto connosco ou se lhe fornecemos informações incorretas ou incompletas sobre o prazo para solicitar um recurso.
- **Pode solicitar uma cópia das informações contidas no seu recurso e adicionar mais informações.** O membro e o seu médico podem adicionar mais informações para apoiar o seu recurso.

Passo 3: Analisamos o seu recurso e damos-lhe a nossa resposta.

- Ao analisarmos o seu recurso, examinamos novamente com cuidado todas as informações sobre o seu pedido de cobertura. Verificamos se seguimos todas as regras quando recusamos o seu pedido.
- Podemos contactá-lo a si, ao seu médico ou a outro prescritor para obtermos mais informações.

Prazos para um recurso rápido

- Para recursos rápidos, devemos responder **no prazo de 72 horas após recebermos o seu recurso**. Responderemos mais rapidamente se a sua saúde assim o exigir.
 - Se não lhe dermos uma resposta dentro de 72 horas, somos obrigados a enviar o seu pedido para o Nível 2 do processo de recurso, onde será analisado por uma organização de revisão independente. A Secção 7.6 explica o processo de recurso de Nível 2.
- **Se a nossa resposta for positiva a parte ou à totalidade do que solicitou**, devemos fornecer a cobertura acordada no prazo de 72 horas após recebermos o seu recurso.
- **Se a nossa resposta for negativa a parte ou à totalidade do que solicitou**, enviar-lhe-emos uma declaração por escrito a explicar o motivo da recusa e como pode recorrer da nossa decisão.

Prazos para um recurso padrão para um medicamento que ainda não recebeu

- Para recursos padrão, devemos responder **no prazo de 7 dias consecutivos** após recebermos o seu recurso. Tomaremos a nossa decisão mais rapidamente se ainda não tiver obtido o medicamento e o seu estado de saúde assim o exigir.
 - Se não tomarmos uma decisão no prazo de 7 dias consecutivos, seremos obrigados a encaminhar o seu pedido para o Nível 2 do processo de recurso,

onde será analisado por uma organização de revisão independente. A Secção 7.6 explica o processo de recurso de Nível 2.

- **Se a nossa resposta for positiva a parte ou à totalidade do que solicitou**, devemos fornecer a cobertura tão rapidamente quanto a sua saúde exigir, mas no prazo máximo de **7 dias consecutivos** após recebermos o seu recurso.
- **Se a nossa resposta for negativa a parte ou à totalidade do que solicitou**, enviaremos uma declaração por escrito a explicar o motivo da recusa e como pode recorrer da nossa decisão.

Prazos para um recurso padrão sobre o pagamento de um medicamento que já comprou

- Devemos responder **no prazo de 14 dias consecutivos** úteis após recebermos o seu pedido.
 - Se não cumprirmos esse prazo, somos obrigados a enviar o seu pedido para o Nível 2 do processo de recurso, onde será analisado por uma organização de revisão independente.
- **Se a nossa resposta for positiva a parte ou à totalidade do que solicitou**, também somos obrigados a efetuar o pagamento no prazo de 30 dias consecutivos após recebermos o seu pedido.
- **Se a nossa resposta for negativa a parte ou à totalidade do que solicitou**, enviaremos uma declaração por escrito a explicar o motivo da recusa. Também informaremos como pode recorrer da decisão.

Passo 4: Se recusarmos o seu recurso, o membro decide se deseja continuar com o processo de recurso e apresentar outro recurso.

- Se decidir apresentar outro recurso, isso significa que o seu recurso passará para o Nível 2 do processo de recurso.

Secção 7.6 Como apresentar um recurso de Nível 2

Termo Jurídico

O nome formal da organização de revisão independente é **Entidade de Revisão Independente**. Por vezes é chamada de **IRE**.

A organização de revisão independente é uma organização independente contratada pelo Medicare. Não está ligada a nós e não é uma agência governamental. Esta organização decide se a decisão que tomámos está correta ou se deve ser alterada. O Medicare supervisiona o seu trabalho.

Passo 1: O membro (ou o seu representante, médico ou outro prescritor) deve entrar em contacto com a organização de revisão independente e solicitar uma revisão do seu caso.

- Se recusarmos o seu recurso de Nível 1, o aviso por escrito que lhe enviarmos incluirá **instruções sobre como apresentar um recurso de Nível 2** junto da organização de revisão independente. Estas instruções indicarão quem pode apresentar este recurso de Nível 2, quais os prazos que deve respeitar e como contactar a organização de revisão independente.
- **Deve apresentar o seu pedido de recurso no prazo de 65 dias consecutivos** a partir da data do aviso por escrito.
- Se não concluirmos a nossa análise dentro do prazo aplicável ou tomarmos uma decisão desfavorável em relação à determinação **de risco** ao abrigo do nosso programa de gestão de medicamentos, encaminharemos automaticamente o seu pedido para a IRE.
- Enviaremos as informações sobre o seu recurso a esta organização. Essas informações são designadas por **processo**. **Tem o direito de nos solicitar uma cópia do seu processo.**
- Tem o direito de fornecer à organização de revisão independente informações adicionais para apoiar o seu recurso.

Passo 2: A organização independente de revisão analisa o seu recurso.

- Os revisores da organização de revisão independente irão analisar cuidadosamente todas as informações relacionadas com o seu recurso.

Prazos para um recurso rápido

- Se a sua saúde assim o exigir, solicite à organização de revisão independente um recurso rápido.
- Se a organização de revisão independente concordar em conceder-lhe um recurso rápido, deverá responder ao seu recurso de Nível 2 **no prazo de 72 horas** após receber o seu pedido de recurso.

Prazos para um recurso padrão

- Para recursos padrão, a organização de revisão independente deve responder ao seu recurso de Nível 2 **no prazo de 7 dias consecutivos** após receber o seu recurso, se for para um medicamento que ainda não recebeu. Se nos estiver a solicitar o reembolso de um medicamento que já comprou, a organização de revisão independente deve

responder ao seu recurso de Nível 2 **no prazo de 14 dias consecutivos** após receber o seu pedido.

Passo 3: A organização de revisão independente dá-lhe a sua resposta.**Para recursos rápidos:**

- **Se a organização de revisão independente aprovar parte ou a totalidade do que solicitou**, devemos fornecer a cobertura do medicamento aprovada pela organização de revisão independente **no prazo de 24 horas** após recebermos a decisão da organização de revisão independente.

Para recursos padrão:

- **Se a organização de revisão independente aprovar parte ou a totalidade do seu pedido de cobertura**, devemos **fornecer a cobertura do medicamento** aprovada pela organização de revisão independente **no prazo de 72 horas** após recebermos a decisão da organização de revisão independente.
- **Se a organização de revisão independente aprovar parte ou a totalidade do seu pedido de reembolso** por um medicamento que já comprou, somos obrigados a **enviar-lhe o pagamento no prazo de 30 dias consecutivos** após recebermos a decisão da organização de revisão independente.

E se a organização de revisão independente recusar o seu recurso?

Se a organização independente recusar parte ou a totalidade do seu recurso, isso significa que concorda com a nossa decisão de não aprovar o seu pedido (ou parte do seu pedido). (Isso é chamado de **manter a decisão ou rejeitar o seu recurso**.) Nesse caso, a organização de revisão independente enviará uma carta a informar que:

- Explica a decisão.
- Informa-o sobre o seu direito a um recurso de Nível 3 se o valor monetário da cobertura do medicamento que está a solicitar atingir um determinado mínimo. Se o valor monetário da cobertura do medicamento que está a solicitar for muito baixo, não poderá apresentar outro recurso e a decisão do Nível 2 será definitiva.
- Informa-o sobre o valor monetário que deve estar em disputa para continuar com o processo de recurso.

Passo 4: Se o seu caso preencher os requisitos, pode decidir se pretende dar seguimento ao seu recurso.

- Existem 3 níveis adicionais no processo de recurso após o Nível 2 (num total de 5 níveis de recurso).

- Se pretender avançar para um recurso de nível 3, os detalhes sobre como fazê-lo constam do aviso por escrito que receberá após a decisão do recurso de Nível 2.
- O recurso de Nível 3 é tratado por um Juiz de Direito Administrativo ou juiz de recurso. A Secção 10 aborda mais detalhadamente o processo para os recursos de Nível 3, 4 e 5.

SECÇÃO 8 Como solicitar que cubramos um internamento hospitalar mais longo se considerar que está a receber alta demasiado cedo

Quando é internado num hospital, tem o direito de receber todos os serviços hospitalares cobertos necessários para diagnosticar e tratar a sua doença ou lesão.

Durante o seu internamento hospitalar coberto, o seu médico e a equipa do hospital trabalharão consigo para preparar o dia em que sairá do hospital. Também ajudam a organizar os cuidados de que poderá precisar após a alta.

- O dia em que sai do hospital é designado por **data de alta**.
- Quando a data da sua alta for decidida, o seu médico ou a equipa do hospital irá informá-lo.
- Se achar que está a ser solicitado a deixar o hospital muito cedo, pode pedir para prolongar o seu internamento hospitalar e o seu pedido será considerado.

Secção 8.1 Durante o seu internamento hospitalar, receberá um aviso por escrito do Medicare informando-o sobre os seus direitos

No prazo de 2 dias corridos após a admissão no hospital, receberá um aviso por escrito designado por *Mensagem importante do Medicare sobre os seus direitos*. Todos os beneficiários do Medicare recebem uma cópia deste aviso. Se não receber o aviso de alguém do hospital (por exemplo, um assistente social ou enfermeiro), peça-a a qualquer funcionário do hospital. Se precisar de ajuda, ligue para os Serviços para Membros através do número 1-844-812-6896 (Os utilizadores de TTY ligam para o 711) ou 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (Os utilizadores de TTY ligam para o 1-877-486-2048).

1. Leia este aviso com atenção e faça perguntas se não compreender alguma coisa.

Diz-lhe:

- O seu direito de obter serviços cobertos pelo Medicare durante e após o seu internamento hospitalar, conforme prescrito pelo seu médico. Isso inclui o direito de saber quais são esses serviços, quem os pagará e onde os pode obter.

Capítulo 9 O que deve fazer se tiver um problema ou uma reclamação (decisões de cobertura, recursos, reclamações)

- O seu direito de participar em quaisquer decisões sobre o seu internamento hospitalar.
- Onde comunicar quaisquer preocupações que tenha sobre a qualidade dos cuidados hospitalares.
- O seu direito de **solicitar uma revisão imediata** da decisão de alta, se achar que está a ser alta do hospital demasiado cedo. Esta é uma forma formal e legal de solicitar um adiamento da data de alta, para que possamos cobrir os seus cuidados hospitalares por mais tempo.

2. Será solicitado que assine o aviso por escrito para confirmar que o recebeu e que comprehende os seus direitos.

- O membro ou alguém que esteja a agir em seu nome será solicitado a assinar o aviso.
- Assinar o aviso significa *apenas* que recebeu as informações sobre os seus direitos. O aviso não indica a data da sua alta. Assinar o aviso **não significa** que concorda com a data da alta.

3. Guarde a sua cópia do aviso para ter as informações sobre como apresentar um recurso (ou relatar uma preocupação sobre a qualidade dos cuidados) caso precise.

- Se assinar o aviso mais de 2 dias antes da data da alta, receberá outra cópia antes da data prevista para a alta.
- Para ver uma cópia deste aviso com antecedência, ligue para os Serviços para Membros através do número 1-844-812-6896 (Os utilizadores de TTY ligam para o 711) ou 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227). Os utilizadores de TTY ligam para o 1-877-486-2048. Também pode obter o aviso online em www.CMS.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im.

Secção 8.2 Como apresentar um recurso de Nível 1 para alterar a data de alta hospitalar

Para solicitar que cubramos os serviços hospitalares de internamento por um período mais longo, utilize o processo de recurso para fazer essa solicitação. Antes de começar, perceba o que precisa de fazer e quais são os prazos.

- **Siga o processo**
- **Cumpra os prazos**
- **Peça ajuda se precisar.** Se tiver dúvidas ou precisar de ajuda, ligue para os Serviços para Membros através do número 1-844-812-6896 (Os utilizadores de TTY ligam para o 711). Ou ligue para o Programa Estadual de Assistência ao Seguro de Saúde (State

Health Insurance Assistance Program, SHIP) para obter ajuda personalizada. Rhode Island State Health Insurance Assistance Program, 1-888-884-8721. As informações de contacto do SHIP estão disponíveis no Capítulo 2, Secção 3.

Durante um recurso de Nível 1, a Organização de Melhoria da Qualidade analisa o seu recurso. Verifica se a data de alta planeada é clinicamente adequada para si. A **Organização de Melhoria da Qualidade** é um grupo de médicos e outros profissionais de cuidados de saúde pagos pelo governo federal para verificar e ajudar a melhorar a qualidade dos cuidados prestados às pessoas com Medicare. Isso inclui a revisão das datas de alta hospitalar para pessoas com Medicare. Esses especialistas não fazem parte do nosso plano.

Passo 1: Entre em contacto com a Organização de Melhoria da Qualidade do seu estado e solicite uma revisão imediata da sua alta hospitalar. Deve agir rapidamente.

Como pode entrar em contacto com esta organização?

- O aviso por escrito que recebeu (*Mensagem importante do Medicare sobre os seus direitos*) indica como entrar em contacto com esta organização. Ou encontre o nome, endereço e número de telefone da Organização de Melhoria da Qualidade do seu estado no Capítulo 2.

Aja rapidamente:

- Para apresentar o seu recurso, deve contactar a Organização de Melhoria da Qualidade *antes* de sair do hospital e, **o mais tardar, até à meia-noite do dia da sua alta.**
 - **Se cumprir este prazo**, poderá permanecer no hospital após a data da sua alta *sem pagar por isso*, enquanto aguarda a decisão da Organização de Melhoria da Qualidade.
 - **Se não cumprir este prazo, contacte-nos.** Se decidir permanecer no hospital após a data prevista para a alta, *poderá ter de pagar todos os custos* dos cuidados hospitalares que receber após a data prevista para a alta.
- Assim que solicitar uma revisão imediata da sua alta hospitalar, a Organização de Melhoria da Qualidade entrará em contacto connosco. Até ao meio-dia do dia seguinte ao contacto, forneceremos um **Aviso Detalhado de Alta Hospitalar**. Este aviso indica a data de alta planeada e explica em detalhe as razões pelas quais o seu médico, o hospital e nós consideramos que é correto (medicamente adequado) que receba alta nessa data.
- Pode obter uma amostra do **Aviso Detalhado de Alta Hospitalar** ligando para os Serviços para Membros através do número 1-844-812-6896 (Os utilizadores de TTY

ligam para o 711) ou 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Os utilizadores de TTY ligam para o 1-877-486-2048.) Ou pode obter um modelo de aviso online em www.CMS.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im.

Passo 2: A Organização de Melhoria da Qualidade realiza uma revisão independente do seu caso.

- Os profissionais de saúde da Organização de Melhoria da Qualidade (os revisores) perguntarão a si (ou ao seu representante) por que acha que a cobertura dos serviços deve continuar. Não precisa de preparar nada por escrito, mas pode fazê-lo se quiser.
- Os revisores também analisarão as suas informações médicas, conversarão com o seu médico e analisarão as informações que nós e o hospital lhes fornecemos.
- Até ao meio-dia do dia seguinte ao dia em que os revisores nos informarem sobre o seu recurso, receberá um aviso por escrito da nossa parte com a data prevista para a sua alta. Este aviso também explica em detalhe as razões pelas quais o seu médico, o hospital e nós consideramos que é correto (medicamente adequado) que receba alta nessa data.

Passo 3: No prazo de um dia útil após ter todas as informações necessárias, a Organização de Melhoria da Qualidade dará a sua resposta ao seu recurso.**O que acontece se a resposta for positiva?**

- Se a organização de revisão independente aceitar, **devemos continuar a fornecer os seus serviços hospitalares cobertos enquanto esses serviços forem clinicamente necessários**.
- Terá de continuar a pagar a sua participação nos custos (tais como franquias ou copagamentos, se aplicáveis). Além disso, poderá haver limitações aos seus serviços hospitalares cobertos.

O que acontece se a resposta for negativa?

- Se a organização de revisão independente recusar, isso significa que a sua data de alta planeada é clinicamente adequada. Se isso acontecer, **a nossa cobertura dos seus serviços hospitalares de internamento terminará** após o meio-dia do dia seguinte ao da resposta da Organização de Melhoria da Qualidade ao seu recurso.
- Se a organização de revisão independente recusar o seu recurso e o decidir permanecer no hospital, **poderá ter de pagar o custo total** dos cuidados hospitalares que receber após o meio-dia do dia seguinte ao da resposta da Organização de Melhoria da Qualidade ao seu recurso.

Passo 4: Se a resposta ao seu recurso de Nível 1 for negativa, o membro decide se deseja apresentar outro recurso.

- Se a Organização de Melhoria da Qualidade *recusar* o seu recurso e permanecer no hospital após a data prevista para a alta, poderá apresentar outro recurso. Apresentar outro recurso significa que o membro está a passar para o **Nível 2** do processo de recurso.

Secção 8.3 Como apresentar um recurso de Nível 2 para alterar a data de alta hospitalar

Durante um recurso de Nível 2, o membro solicita à Organização de Melhoria da Qualidade que reconsidera a sua decisão sobre o seu primeiro recurso. Se a Organização de Melhoria da Qualidade recusar o seu recurso de Nível 2, poderá ter de pagar o custo total do seu internamento após a data prevista para a alta.

Passo 1: Entre em contacto novamente com a Organização de Melhoria da Qualidade e solicite outra revisão.

- Deve solicitar esta revisão **no prazo de 60 dias consecutivos** após a data em que a Organização de Melhoria da Qualidade recusou o seu recurso de Nível 1. Pode solicitar esta revisão apenas se permanecer no hospital após a data em que a sua cobertura para os cuidados terminou.

Passo 2: A Organização de Melhoria da Qualidade faz uma segunda revisão da sua situação.

- Os revisores da Organização de Melhoria da Qualidade irão analisar novamente todas as informações relacionadas com o seu recurso.

Passo 3: No prazo de 14 dias consecutivos após a receção do seu pedido de recurso de Nível 2, os revisores decidirão sobre o seu recurso e comunicarão a sua decisão.***Se a organização de revisão independente aceitar:***

- **Devemos reembolsá-lo** pela nossa participação nos custos dos cuidados hospitalares que recebeu desde o meio-dia do dia seguinte à data em que o seu primeiro recurso foi recusado pela Organização de Melhoria da Qualidade. **Devemos continuar a fornecer cobertura para os seus cuidados hospitalares de internamento enquanto forem clinicamente necessários.**
- Terá de continuar a pagar a sua participação nos custos e poderão aplicar-se limitações de cobertura.

Se a organização de revisão independente recusar:

- Significa que concordam com a decisão que tomaram no seu recurso de Nível 1.
- O aviso que receber informará por escrito o que pode fazer se quiser continuar com o processo de revisão.

Passo 4: Se a resposta for negativa, terá de decidir se deseja levar o seu recurso adiante, passando para o Nível 3.

- Existem 3 níveis adicionais no processo de recurso após o Nível 2 (num total de 5 níveis de recurso). Se quiser recorrer para o Nível 3, os detalhes sobre como o fazer estão no aviso por escrito que receberá após a decisão do recurso do Nível 2.
- O recurso de Nível 3 é tratado por um Juiz de Direito Administrativo ou juiz de recurso. A **Secção 10** aborda mais detalhadamente os níveis 3, 4 e 5 do processo de recurso.

SECÇÃO 9 Como solicitar que continuemos a cobrir determinados serviços médicos se considerar que a sua cobertura está a terminar demasiado cedo

Quando **recebe serviços de saúde domiciliária, cuidados de enfermagem especializados ou cuidados de reabilitação (Instituições de Reabilitação em Regime de Ambulatório Abrangente)** cobertos, tem o direito de continuar a receber os serviços desse tipo de cuidados enquanto forem necessários para diagnosticar e tratar a sua doença ou lesão.

Quando decidirmos que é hora de deixar de cobrir um dos três tipos de cuidados de que beneficia, somos obrigados a informá-lo com antecedência. Quando a sua cobertura para esses cuidados terminar, *deixaremos de pagar a nossa participação nos custos dos seus cuidados*.

Se considerar que estamos a encerrar a cobertura dos seus cuidados médicos prematuramente, **pode recorrer da nossa decisão**. Esta secção explica como solicitar um recurso.

Secção 9.1 Informaremos com antecedência quando a sua cobertura irá terminar**Termo Jurídico:**

Aviso de Não Cobertura pelo Medicare. Explica como pode solicitar um **recurso acelerado**. Solicitar um recurso acelerado é uma forma formal e legal de pedir uma alteração à nossa decisão de cobertura sobre quando interromper os seus cuidados.

- 1. Receberá um aviso por escrito** pelo menos 2 dias consecutivos antes de o nosso plano deixar de cobrir os seus cuidados de saúde. O aviso informa:
 - A data em que deixaremos de cobrir os seus cuidados de saúde.
 - Como solicitar um recurso acelerado para nos solicitar que continuemos a cobrir os seus cuidados de saúde por um período mais longo.
- 2. O membro, ou alguém que esteja a agir em seu nome, será solicitado a assinar o aviso por escrito para comprovar que a recebeu.** Assinar o aviso significa *apenas* que recebeu a informação sobre quando a sua cobertura irá terminar. **Assiná-lo não significa que concorda** com a decisão do nosso plano de interromper os cuidados.

Secção 9.2 Como apresentar um recurso de Nível 1 para que o nosso plano cubra os seus cuidados por mais tempo

Se quiser solicitar que cubramos os seus cuidados por um período mais longo, terá de utilizar o processo de recurso para fazer essa solicitação. Antes de começar, perceba o que precisa de fazer e quais são os prazos.

- **Siga o processo**
- **Cumpra os prazos**
- **Peça ajuda se precisar.** Se tiver dúvidas ou precisar de ajuda, ligue para os Serviços para Membros através do número 1-844-812-6896 (Os utilizadores de TTY ligam para o 711). Ou ligue para o Programa Estadual de Assistência ao Seguro de Saúde (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) para obter ajuda personalizada. Rhode Island State Health Insurance Assistance Program, 1-888-884-8721. As informações de contacto do SHIP estão disponíveis no Capítulo 2, Secção 3.

Durante um recurso de Nível 1, a Organização de Melhoria da Qualidade analisa o seu recurso. Decide se a data final do seu tratamento é clinicamente adequada. A **Organização de Melhoria da Qualidade** é um grupo de médicos e outros profissionais de cuidados de saúde pagos pelo governo federal para verificar e ajudar a melhorar a qualidade dos cuidados prestados às pessoas com Medicare. Isso inclui rever as decisões do plano sobre quando é hora de parar de cobrir certos tipos de cuidados médicos. Esses especialistas não fazem parte do nosso plano.

Passo 1: Apresente o seu recurso de Nível 1: entre em contacto com a Organização de Melhoria da Qualidade e solicite um recurso acelerado. Deve agir rapidamente.

Como pode entrar em contacto com esta organização?

- O aviso por escrito que recebeu (*Aviso de Não Cobertura pelo Medicare*) informa como entrar em contacto com essa organização. Ou encontre o nome, endereço e número de telefone da Organização de Melhoria da Qualidade do seu estado no Capítulo 2.

Aja rapidamente:

- Deve contactar a Organização de Melhoria da Qualidade para iniciar o seu recurso **até ao meio-dia do dia anterior à data de entrada em vigor** do Aviso de Não Cobertura pelo Medicare.
- Se perder o prazo e quiser apresentar um recurso, ainda tem o direito de recorrer. Entre em contacto com a sua Organização de Melhoria da Qualidade.

Passo 2: A Organização de Melhoria da Qualidade realiza uma revisão independente do seu caso.

Termo Jurídico:

Explicação Detalhada da Não Cobertura. Aviso que fornece detalhes sobre os motivos para o fim da cobertura.

O que acontece durante esta revisão?

- Os profissionais de saúde da Organização de Melhoria da Qualidade (os revisores) perguntarão ao membro (ou ao seu representante) por que é que acha que a cobertura dos serviços deve continuar. Não precisa de preparar nada por escrito, mas pode fazê-lo se quiser.
- A organização de revisão independente também analisará as suas informações médicas, conversará com o seu médico e analisará as informações que o nosso plano lhes fornecer.
- Até ao final do dia em que os revisores nos informarem sobre o seu recurso, receberá da nossa parte uma *Explicação Detalhada da Não Cobertura*, que explica em detalhes os motivos pelos quais encerramos a nossa cobertura dos seus serviços.

Passo 3: No prazo de um dia útil após terem todas as informações necessárias, os revisores comunicarão a sua decisão.

O que acontece se os revisores aceitarem?

- Se os revisores aceitarem o seu recurso, **teremos de continuar a fornecer o serviço coberto enquanto for clinicamente necessário.**
- Terá de continuar a pagar a sua participação nos custos (tais como franquias ou copagamentos, se aplicáveis). Poderá haver limitações nos serviços cobertos.

O que acontece se os revisores recusarem?

- Se os revisores recusarem, **a sua cobertura terminará na data que lhe informámos.**
- Se decidir continuar a receber cuidados de saúde ao domicílio, cuidados em instalações de enfermagem especializada ou serviços de instalações de reabilitação em regime de ambulatório abrangente (comprehensive outpatient rehabilitation facility, CORF) **após** esta data, quando a sua cobertura terminar, **terá de pagar o custo total** desses cuidados.

Passo 4: Se a resposta ao seu recurso de Nível 1 for negativa, o membro decide se deseja apresentar outro recurso.

- Se os revisores recusarem o seu recurso de Nível 1 e optar por continuar a receber cuidados após o fim da cobertura para esses cuidados, poderá apresentar um recurso de Nível 2.

Secção 9.3 Como apresentar um recurso de Nível 2 para que o nosso plano cubra os seus cuidados por mais tempo

Durante um recurso de Nível 2, o membro solicita à Organização de Melhoria da Qualidade que reconsidera a sua decisão sobre o seu primeiro recurso. Se a Organização de Melhoria da Qualidade recusar o seu recurso de Nível 2, poderá ter de pagar o custo total dos seus cuidados de saúde domiciliários, cuidados em instalações de enfermagem especializada ou serviços de Instalações de Reabilitação em Regime de Ambulatório Abrangente (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) *após* a data em que informámos que a sua cobertura terminaria.

Passo 1: Entre em contacto novamente com a Organização de Melhoria da Qualidade e solicite outra revisão.

- Deve solicitar esta revisão **no prazo de 60 dias consecutivos** após a data em que a Organização de Melhoria da Qualidade *recusou* o seu recurso de Nível 1. Só poderá

solicitar essa revisão se tiver continuado a receber cuidados após a data em que a sua cobertura para esses cuidados terminou.

Passo 2: A Organização de Melhoria da Qualidade faz uma segunda revisão da sua situação.

- Os revisores da Organização de Melhoria da Qualidade irão analisar novamente todas as informações relacionadas com o seu recurso.

Passo 3: No prazo de 14 dias consecutivos após a receção do seu pedido de recurso, os revisores decidirão sobre o seu recurso e comunicarão a sua decisão.***O que acontece se a organização de revisão independente aceitar?***

- **Teremos de reembolsá-lo** pela nossa participação nos custos dos cuidados que recebeu desde a data em que informámos que a sua cobertura terminaria. **Teremos de continuar a fornecer cobertura** para os cuidados enquanto forem clinicamente necessários.
- Terá de continuar a pagar a sua participação nos custos e poderá haver limitações de cobertura aplicáveis.

O que acontece se a organização de revisão independente recusar?

- Significa que concordam com a decisão tomada no seu recurso de Nível 1.
- O aviso que receber informará por escrito o que pode fazer se quiser continuar com o processo de revisão. Fornecerá detalhes sobre como avançar para o próximo nível de recurso, que é tratado por um Juiz de Direito Administrativo ou juiz de recurso.

Passo 4: Se a resposta for negativa, terá de decidir se deseja levar o seu recurso adiante.

- Existem 3 níveis adicionais de recurso após o Nível 2, num total de 5 níveis de recurso. Se quiser recorrer para o Nível 3, os detalhes sobre como o fazer estão no aviso por escrito que receberá após a decisão do recurso do Nível 2.
- O recurso de Nível 3 é tratado por um Juiz de Direito Administrativo ou juiz de recurso. A Secção 10 deste capítulo fornece mais informações sobre o processo de recurso dos Níveis 3, 4 e 5.

SECÇÃO 10 Levar o seu recurso para os Níveis 3, 4 e 5

Secção 10.1 Recursos de Nível 3, 4 e 5 para pedidos de serviços médicos

Esta secção pode ser adequada para o membro se tiver apresentado um recurso de Nível 1 e um recurso de Nível 2 e ambos os recursos tiverem sido recusados.

Se o valor monetário do item ou serviço médico sobre qual recorreu atingir determinados níveis mínimos, poderá avançar para níveis adicionais de recurso. Se o valor monetário for inferior ao nível mínimo, não poderá recorrer mais. A resposta por escrito que receberá ao seu recurso de Nível 2 explicará como apresentar um recurso de Nível 3.

Na maioria das situações que envolvem recursos, os últimos três níveis de recurso funcionam de maneira muito semelhante aos dois primeiros níveis. Segue-se a indicação de quem se encarrega de analisar o seu recurso em cada um desses níveis.

Recurso de Nível 3

Um **Juiz de Direito Administrativo** ou um juiz de recurso que trabalha para o governo federal analisará o seu recurso e dar-lhe-á uma resposta.

- **Se o Juiz de Direito Administrativo ou o juiz de recurso aceitar o seu recurso, o processo de recurso poderá ou não estar encerrado.** Ao contrário de uma decisão em um recurso de Nível 2, temos o direito de recorrer de uma decisão de Nível 3 que seja favorável ao membro. Se decidirmos recorrer, o caso irá para um recurso de Nível 4.
 - Se decidirmos *não* recorrer, devemos autorizar ou fornecer-lhe os cuidados médicos no prazo de 60 dias consecutivos após recebermos a decisão do Juiz de Direito Administrativo ou do juiz de recurso.
 - Se decidirmos recorrer da decisão, enviaremos uma cópia do pedido de Recurso de Nível 4 com todos os documentos anexos. Podemos aguardar a decisão do recurso de Nível 4 antes de autorizar ou prestar os cuidados médicos em disputa.
- **Se o Juiz de Direito Administrativo ou o juiz de recurso recusar o seu recurso, o processo de recurso poderá ou não estar encerrado.**
 - Se decidir aceitar a decisão que rejeita o seu recurso, o processo de recurso está encerrado.

Capítulo 9 O que deve fazer se tiver um problema ou uma reclamação (decisões de cobertura, recursos, reclamações)

- Se não quiser aceitar a decisão, poderá avançar para o próximo nível do processo de revisão. O aviso que receber dir-lhe-á o que deve fazer para um Recurso de Nível 4.

Recurso de Nível 4

O **Conselho de Recursos do Medicare** (Conselho) irá rever o seu recurso e dar-lhe-á uma resposta. O Conselho faz parte do governo federal.

- **Se a resposta for positiva, ou se o Conselho recusar o nosso pedido de revisão de uma decisão favorável de recurso de Nível 3, o processo de recurso poderá ou não estar encerrado.** Ao contrário de uma decisão de Nível 2, temos o direito de recorrer de uma decisão de Nível 4 que seja favorável ao membro. Decidiremos se vamos recorrer desta decisão para o Nível 5.
 - Se decidirmos não recorrer da decisão, devemos autorizar ou fornecer-lhe os cuidados médicos no prazo de 60 dias consecutivos após recebermos a decisão do Conselho.
 - Se decidirmos recorrer da decisão, informaremos por escrito.
- **Se a resposta for negativa ou se o Conselho recusar o pedido de revisão, o processo de recurso pode ou não estar encerrado.**
 - Se decidir aceitar esta decisão que rejeita o seu recurso, o processo de recurso está encerrado.
 - Se não quiser aceitar a decisão, poderá avançar para o próximo nível do processo de revisão. Se o Conselho recusar o seu recurso, o aviso que receberá informá-lo-á se as regras permitem que recorra para o Nível 5 e como prosseguir com um recurso de Nível 5.

Recurso de Nível 5

Um juiz do **Tribunal Federal Distrital** analisará o seu recurso.

- Um juiz analisará todas as informações e decidirá se *aceita* ou *recusa* o seu pedido. Esta é uma resposta definitiva. Não há mais instâncias de recurso após o Tribunal Federal Distrital.

Secção 10.2 Recursos de Nível 3, 4 e 5 para Pedidos de Medicamentos do Part D

Esta secção pode ser adequada para o membro se tiver apresentado um recurso de Nível 1 e um recurso de Nível 2 e ambos os recursos tiverem sido recusados.

Se o valor do medicamento sobre o qual recorreu atingir um determinado valor monetário, poderá recorrer a níveis adicionais de recurso. Se o valor monetário for inferior, não poderá recorrer novamente. A resposta por escrito que receberá ao seu recurso de Nível 2 explicará quem contactar e o que fazer para solicitar um recurso de Nível 3.

Na maioria das situações que envolvem recursos, os últimos três níveis de recurso funcionam de maneira muito semelhante aos dois primeiros níveis. Segue-se a indicação de quem se encarrega de analisar o seu recurso em cada um desses níveis.

Recurso de Nível 3

Um Juiz de Direito Administrativo ou um juiz de recurso que trabalha para o governo federal analisará o seu recurso e dar-lhe-á uma resposta.

- **Se a resposta for positiva, o processo de recurso está encerrado.** Devemos autorizar ou fornecer a cobertura do medicamento que foi aprovada pelo Juiz de Direito Administrativo ou juiz de recurso **no prazo de 72 horas (24 horas para recursos acelerados) ou efetuar o pagamento no prazo máximo de 30 dias consecutivos** após recebermos a decisão.
- **Se o Juiz de Direito Administrativo ou o juiz de recurso recusar o seu recurso, o processo de recurso poderá ou não estar encerrado.**
 - Se decidir aceitar esta decisão que rejeita o seu recurso, o processo de recurso está encerrado.
 - Se não quiser aceitar a decisão, poderá avançar para o próximo nível do processo de revisão. O aviso que receber dir-lhe-á o que deve fazer para um Recurso de Nível 4.

Recurso de Nível 4

O Conselho de Recursos do Medicare (Conselho) irá rever o seu recurso e dar-lhe-á uma resposta. O Conselho faz parte do governo federal.

- **Se a resposta for positiva, o processo de recurso está encerrado.** Devemos autorizar ou fornecer a cobertura do medicamento que foi aprovada pelo Conselho

no prazo de 72 horas (24 horas para recursos acelerados) ou efetuar o pagamento no prazo máximo de 30 dias consecutivos após recebermos a decisão.

- **Se a resposta for negativa ou se o Conselho recusar o pedido de revisão, o processo de recurso pode ou não estar encerrado.**
 - Se decidir aceitar a decisão que rejeita o seu recurso, o processo de recurso está encerrado.
 - Se não quiser aceitar a decisão, poderá avançar para o próximo nível do processo de revisão. Se o Conselho recusar o seu recurso, o aviso que receberá informá-lo-á se as regras permitem que recorra para o Nível 5 e como prosseguir com um recurso de Nível 5.

Recurso de Nível 5

Um juiz do **Tribunal Federal Distrital** analisará o seu recurso.

- Um juiz analisará todas as informações e decidirá se *aceita* ou *recusa* o seu pedido. Esta é uma resposta definitiva. Não há mais instâncias de recurso após o Tribunal Federal Distrital.

Apresentar reclamações

SECÇÃO 11 Como apresentar uma reclamação sobre a qualidade dos cuidados, tempos de espera, atendimento ao cliente ou outras questões

Secção 11.1 Que tipos de problemas são tratados pelo processo de reclamação

O processo de reclamação é utilizado *apenas* para determinados tipos de problemas. Isso inclui problemas relacionados com a qualidade do atendimento, tempos de espera e atendimento ao cliente. Seguem-se alguns exemplos dos tipos de problemas tratados pelo processo de reclamação.

Reclamação	Exemplo
Qualidade dos seus cuidados médicos	<ul style="list-style-type: none">• Está insatisfeito com a qualidade dos cuidados que recebeu (incluindo os cuidados no hospital)?
Respeito pela sua privacidade	<ul style="list-style-type: none">• Alguém não respeitou o seu direito à privacidade ou partilhou informações confidenciais?
Desrespeito, mau apoio ao	<ul style="list-style-type: none">• Alguém foi rude ou desrespeitoso consigo?

Reclamação	Exemplo
cliente ou outros comportamentos negativos	<ul style="list-style-type: none"> • Está insatisfeito com os nossos Serviços para Membros? • Sente que está a ser incentivado a abandonar o nosso plano?
Tempos de espera	<ul style="list-style-type: none"> • Está com dificuldades para marcar uma consulta ou a espera é muito longa? • Tem sido obrigado a esperar muito tempo por médicos, farmacêuticos ou outros profissionais de saúde? Ou pelos nossos Serviços para Membros ou outros funcionários do nosso plano? <ul style="list-style-type: none"> ○ Exemplos incluem esperar muito tempo ao telefone, na sala de espera ou de exames, ou para obter uma receita médica.
Limpeza	<ul style="list-style-type: none"> • Está insatisfeito com a limpeza ou as condições de uma clínica, hospital ou consultório médico?
Informações que recebe da nossa parte	<ul style="list-style-type: none"> • Não lhe enviamos os avisos necessários? • As nossas informações escritas são difíceis de entender?
Pontualidade (Este tipo de reclamações diz respeito à <i>pontualidade</i> das nossas ações relacionadas com decisões de cobertura e recursos)	<p>Se solicitou uma decisão de cobertura ou apresentou um recurso e considera que não estamos a responder com a devida rapidez, pode apresentar uma reclamação sobre a nossa lentidão. Aqui estão alguns exemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Solicitou uma decisão de cobertura rápida ou um recurso rápido, e nós recusamos; pode apresentar uma reclamação. • Considera que não estamos a cumprir os prazos para decisões sobre cobertura ou recursos; pode apresentar uma reclamação. • Considera que não estamos a cumprir os prazos para cobrir ou reembolsar determinados itens médicos, serviços ou medicamentos que foram aprovados; pode apresentar uma reclamação. • Considera que não cumprimos os prazos exigidos para encaminhar o seu caso para a organização de revisão independente; pode apresentar uma reclamação.

Secção 11.2 Como apresentar uma reclamação

Termos Jurídicos:

Uma **reclamação** também é designado por **queixa**.

Apresentar uma reclamação é designado por **apresentar uma queixa**.

Utilizar o processo para reclamações é designado por **utilizar o processo para apresentar uma queixa**.

Uma **reclamação rápida** é chamada de **reclamação acelerada**.

Passo 1: Contacte-nos imediatamente – por telefone ou por escrito.

- **Ligar para os Serviços para Membros através do número 1-844-812-6896** (Os utilizadores de TTY ligam para o 711) **geralmente é o primeiro passo**. Se houver mais alguma coisa que precise fazer, os Serviços para Membros irão informá-lo.
- **Se não quiser ligar (ou se ligou e não ficou satisfeito), pode enviar a sua reclamação por escrito para nós.** Se apresentar a sua reclamação por escrito, responderemos à sua reclamação por escrito.
- **Pode apresentar uma reclamação a qualquer momento, a menos que seja sobre um medicamento do Part D.** Se a reclamação for sobre medicamentos do Part D, deve apresentá-la no prazo de 60 dias consecutivos após ter ocorrido o problema sobre o qual deseja reclamar.
- **Quer ligue ou escreva, deve contactar imediatamente os Serviços para Membros** através do número 1-844-812-6896 (Os utilizadores de TTY ligam para o 711). Pode apresentar a reclamação a qualquer momento após ter ocorrido o problema sobre o qual deseja reclamar.
- **O prazo** para apresentar uma reclamação é de 60 dias consecutivos a partir do momento em que ocorreu o problema sobre o qual deseja reclamar.

Passo 2: Analisamos a sua reclamação e damos-lhe a nossa resposta.

- **Se possível, responderemos imediatamente.** Se nos contactar por telefone com uma reclamação, talvez possamos dar-lhe uma resposta na mesma chamada telefónica.
- **A maioria das reclamações é respondida no prazo de 30 dias consecutivos.** Se precisarmos de mais informações e o atraso for do seu interesse, ou se solicitar mais tempo, poderemos demorar até mais 14 dias consecutivos (44 dias consecutivos no total) para responder à sua reclamação. Se decidirmos que precisarmos de mais tempo, informaremos por escrito.
- **Se estiver a apresentar uma reclamação porque recusámos o seu pedido de uma decisão de cobertura rápida ou um recurso rápido, iremos automaticamente dar-lhe uma reclamação rápida.** Se tiver uma reclamação rápida, isso significa que lhe daremos uma resposta **no prazo de 24 horas**.

Capítulo 9 O que deve fazer se tiver um problema ou uma reclamação (decisões de cobertura, recursos, reclamações)

- **Se não concordarmos** com parte ou com a totalidade da sua reclamação, ou se não assumirmos a responsabilidade pelo problema que está a reclamar, incluiremos as nossas razões na nossa resposta.

Secção 11.3 Também pode apresentar reclamações sobre a qualidade dos cuidados à Organização de Melhoria da Qualidade

Quando a sua reclamação é sobre a *qualidade do atendimento*, também tem duas opções adicionais:

- **Pode apresentar a sua reclamação diretamente à Organização de Melhoria da Qualidade.** A Organização de Melhoria da Qualidade é um grupo de médicos e outros especialistas em saúde pagos pelo governo federal para verificar e melhorar os cuidados prestados aos pacientes do Medicare. O Capítulo 2 contém informações de contacto.

Ou

- **Pode apresentar a sua reclamação tanto à Organização de Melhoria da Qualidade como a nós, ao mesmo tempo.**

Secção 11.4 Também pode informar o Medicare sobre a sua reclamação

Pode apresentar uma reclamação sobre o Neighborhood Dual CONNECT diretamente ao Medicare. Para enviar uma reclamação ao Medicare, consulte www.Medicare.gov/my/medicare-complaint. Também pode ligar para 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Os utilizadores de TTY ligam para o 1-877-486-2048.

Problemas com os seus benefícios do Medicaid

SECÇÃO 12 Lidar com problemas relacionados com os seus benefícios do Medicaid

Pode apresentar uma reclamação ao Departamento de Saúde de Rhode Island, ligando para o número 1-401-222-2231 (TTY 711). Também pode apresentar uma reclamação ao Gabinete do Comissário de Seguros de Saúde de Rhode Island, ligando para 1-401-462-9517 (TTY 711).

CAPÍTULO 10:

Cancelar a sua adesão ao nosso plano

SECÇÃO 1 Cancelar a sua adesão ao nosso plano

O cancelamento da sua adesão ao Neighborhood Dual CONNECT pode ser **voluntário** (por sua própria escolha) ou **involuntário** (não por sua própria escolha):

- Pode deixar o nosso plano porque decidiu que *quer sair*. As Secções 2 e 3 fornecem informações sobre o cancelamento voluntário da sua adesão.
- Existem também situações limitadas em que somos obrigados a cancelar a sua adesão. A secção 5 informa sobre as situações em que devemos cancelar a sua adesão.

Se sair do nosso plano, este deve continuar a fornecer os seus cuidados médicos e medicamentos sujeitos a receita médica e continuar a pagar a sua participação nos custos até que a sua adesão termine.

SECÇÃO 2 Quando pode cancelar a sua adesão ao nosso plano?

Secção 2.1 Pode cancelar a sua adesão porque tem Medicare e Medicaid

A maioria das pessoas com Medicare pode cancelar a sua adesão durante certas épocas do ano. Como tem o Medicaid, pode cancelar a sua adesão ao nosso plano escolhendo uma das seguintes opções do Medicare em qualquer mês do ano:

- Original Medicare *com* um plano separado de medicamentos sujeitos a receita médica do Medicare,
- Original Medicare *sem* um plano separado de medicamentos sujeitos a receita médica do Medicare (se escolher esta opção e receber Extra Help, o Medicare poderá inscrevê-lo num plano de medicamentos, a menos que tenha optado por não participar na inscrição automática).
- Se for elegível, um D-SNP integrado que fornece o seu Medicare e a maioria ou todos os seus benefícios e serviços Medicaid num único plano.

Nota: Se cancelar a sua inscrição na cobertura de medicamentos do Medicare, deixar de receber o Extra Help e ficar sem cobertura de medicamentos válida por 63 dias ou mais consecutivos, poderá ter de pagar uma penalização por inscrição tardia no Part D se aderir a um plano de medicamentos do Medicare posteriormente.

- Ligue para o Gabinete Estadual do Medicaid através do número 1-855-697-4347 (TTY 711) para saber mais sobre as opções do seu plano Medicaid.
- Outras opções de planos de saúde Medicare estão disponíveis durante o **Período de Inscrição Aberta**. A Secção 2.2 fornece mais informações sobre o Período de Inscrição Aberta.
- **A sua adesão terminará normalmente no primeiro dia do mês seguinte à receção do seu pedido de alteração do plano.** A sua inscrição no novo plano também terá início nesse dia.

Secção 2.2 Pode cancelar a sua adesão durante o Período de Inscrição Aberta

Pode cancelar a sua adesão durante o **Período de Inscrição Aberta** todos os anos. Durante esse período, analise a sua cobertura de saúde e medicamentos e decida sobre a cobertura para o próximo ano.

- **O Período de Inscrição Aberta vai de 15 de outubro a 7 de dezembro.**
- **Opte por manter a sua cobertura atual ou faça alterações na sua cobertura para o próximo ano.** Se decidir mudar para um novo plano, pode escolher qualquer um dos seguintes tipos de planos:
 - Outro plano de saúde Medicare com ou sem cobertura de medicamentos
 - Original Medicare com um plano de medicamentos Medicare separado,
 - Original Medicare sem um plano de medicamentos Medicare separado.
 - Se for elegível, um D-SNP integrado que fornece o seu Medicare e a maioria ou todos os seus benefícios e serviços Medicaid num único plano.

Recebe Extra Help do Medicare para pagar os seus medicamentos sujeitos a receita médica: Se mudar para o Original Medicare e não se inscrever num plano separado de medicamentos sujeitos a receita médica do Medicare, o Medicare poderá inscrevê-lo num plano de medicamentos, a menos que tenha optado por não participar na inscrição automática.

Nota: Se cancelar a sua inscrição na cobertura de medicamentos do Medicare, deixar de receber o Extra Help e ficar sem cobertura de medicamentos válida por 63 dias ou mais consecutivos, poderá ter de pagar uma penalização por inscrição tardia no Part D se aderir a um plano de medicamentos do Medicare posteriormente.

- **A sua adesão ao nosso plano terminará** quando a cobertura do seu novo plano tiver início, em 1 de janeiro.

Secção 2.3 Pode cancelar a sua adesão durante o Período de Inscrição Aberta do Medicare Advantage

Pode fazer *uma* alteração na sua cobertura de saúde durante o **Período de Inscrição Aberta do Medicare Advantage** todos os anos.

- **O Período de Inscrição Aberta do Medicare Advantage** vai de 1 de janeiro a 31 de março e também para novos beneficiários do Medicare inscritos num plano, a partir do mês de direito ao Medicare Part A e Medicare Part B até o último dia do terceiro mês de direito.
- **Durante o Período de Inscrição Aberta do Medicare Advantage**, pode:
 - Mudar para outro Plano Medicare Advantage com ou sem cobertura de medicamentos.
 - Cancelar a inscrição no nosso plano e obter cobertura através do Original Medicare. Se mudar para o Original Medicare durante este período, também pode aderir a um plano de medicamentos Medicare separado ao mesmo tempo.
- **A sua adesão terminará** no primeiro dia do mês seguinte à sua inscrição num plano Medicare Advantage diferente ou aquando da receção do seu pedido para mudar para o Original Medicare. Se também optar por se inscrever num plano de medicamentos do Medicare, a sua adesão ao plano de medicamentos terá início no primeiro dia do mês seguinte ao mês em que o plano de medicamentos receber o seu pedido de inscrição.

Secção 2.4 Em determinadas situações, pode cancelar a sua adesão durante um Período de Inscrição Especial

Em determinadas situações, poderá ser elegível para cancelar a sua adesão noutras alturas do ano. Este período é conhecido como **Período de Inscrição Especial**.

Poderá ser elegível para cancelar a sua adesão durante um Período de Inscrição Especial se alguma das seguintes situações se aplicar ao seu caso. Estes são apenas exemplos. Para obter a lista completa, entre em contacto com o nosso plano, ligue para a Medicare ou visite www.Medicare.gov.

- Normalmente, quando se muda
- Se tiver o Rhode Island Medicaid

- Se for elegível para receber Extra Help para pagar a sua cobertura de medicamentos do Medicare
- Se violarmos o nosso contrato consigo
- Se estiver a receber cuidados numa instituição, como um lar de idosos ou um hospital de cuidados de longo prazo (long-term care, LTC)
- Se se inscrever no Programa de Cuidados Integrados para Idosos (Program of All-Inclusive Care for the Elderly, PACE)
- **Nota:** Se estiver num programa de gestão de medicamentos, poderá ser elegível apenas para determinados Períodos de Inscrição Especial. O Capítulo 5, Secção 10 fornece mais informações sobre programas de gestão de medicamentos.
- **Nota:** A Secção 2.1 fornece mais informações sobre o período especial de inscrição para pessoas com Medicaid.

Os períodos de inscrição variam dependendo da sua situação.

Para saber se é elegível para um Período de Inscrição Especial, ligue para o Medicare através do número 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Os utilizadores de TTY ligam para o 1-877-486-2048. Se tiver direito a encerrar a sua adesão devido a uma situação especial, pode optar por alterar tanto a sua cobertura de saúde Medicare como a cobertura de medicamentos. Pode escolher:

- Outro plano de saúde Medicare com ou sem cobertura de medicamentos,
- Original Medicare com um plano de medicamentos Medicare separado,
- Original Medicare *sem* um plano de medicamentos Medicare separado.
- Se for elegível, um D-SNP integrado que fornece o seu Medicare e a maioria ou todos os seus benefícios e serviços Medicaid num único plano.

Nota: Se cancelar a sua inscrição na cobertura de medicamentos do Medicare, deixar de receber o Extra Help e ficar sem cobertura de medicamentos válida por 63 dias ou mais consecutivos, poderá ter de pagar uma penalização por inscrição tardia no Part D se aderir a um plano de medicamentos do Medicare posteriormente.

Se receber Extra Help do Medicare para pagar os seus medicamentos cobertos: Se mudar para o Original Medicare e não se inscrever num plano de medicamentos Medicare separado, o Medicare poderá inscrevê-lo num plano de medicamentos, a menos que opte por não participar na inscrição automática.

A sua adesão terminará normalmente no primeiro dia do mês seguinte ao seu pedido de alteração do nosso plano.

Nota: As secções 2.1 e 2.2 fornecem mais informações sobre o período especial de inscrição para pessoas com Medicaid e Extra Help.

Secção 2.5 Obter mais informações sobre quando pode cancelar a sua adesão

Se tiver dúvidas sobre como cancelar a sua adesão, pode:

- **Ligue para os Serviços para Membros através do número 1-844-812-6896 (Os utilizadores de TTY ligam para o 711)**
- Encontre as informações no manual *Medicare & You 2026*.
- Ligue para o **Medicare** através do número 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (Os utilizadores de TTY ligam para o 1-877-486-2048)

SECÇÃO 3 Como cancelar a sua adesão ao nosso plano

A tabela abaixo explica como pode cancelar a sua adesão ao nosso plano.

Para mudar do nosso plano para:	Veja o que deve fazer:
Outro plano de saúde Medicare	<ul style="list-style-type: none">• Inscreva-se no novo plano de saúde Medicare.• A sua inscrição no Neighborhood Dual CONNECT será automaticamente cancelada quando a cobertura do seu novo plano entrar em vigor.
Original Medicare com um plano de medicamentos Medicare separado	<ul style="list-style-type: none">• Inscreva-se no novo plano de medicamentos do Medicare.• A sua inscrição no Neighborhood Dual CONNECT será automaticamente cancelada quando a cobertura do seu novo plano de medicamentos entrar em vigor.
Original Medicare sem um plano de medicamentos Medicare separado	<ul style="list-style-type: none">• Envie-nos um pedido por escrito para cancelar a sua inscrição. Ligue para os Serviços para Membros através do número 1-844-812-6896 (Os utilizadores de TTY ligam para o 711) se precisar de mais informações sobre como fazer isso.• Também pode ligar para o Medicare através do número 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) e solicitar o cancelamento da sua inscrição. Os utilizadores de TTY ligam para o 1-877-486-2048.• A sua inscrição no Neighborhood Dual CONNECT será cancelada quando a sua cobertura no Original Medicare começar.

Nota: Se cancelar a sua inscrição na cobertura de medicamentos do Medicare, deixar de receber o Extra Help e ficar sem cobertura de medicamentos válida por 63 dias ou mais consecutivos, poderá ter de pagar uma penalização por inscrição tardia no Part D se aderir a um plano de medicamentos do Medicare posteriormente.

Para perguntas sobre os seus benefícios do Medicaid de Rhode Island, ligue para 1-855-697-4347 (TTY 711), das 8:30 a.m. às 4:00 p.m., de segunda a sexta-feira. Pergunte como aderir a outro plano ou voltar ao Original Medicare afeta a forma como obtém a sua cobertura do Rhode Island Medicaid.

SECÇÃO 4 Até que a sua adesão termine, deve continuar a obter os seus itens médicos, serviços e medicamentos através do nosso plano

Até que a sua adesão termine e a sua nova cobertura do Medicare comece, deve continuar a obter os seus itens médicos, serviços e medicamentos sujeitos a receita médica através do nosso plano.

- **Continue a utilizar os nossos prestadores da rede para obter cuidados médicos.**
- **Continue a utilizar as nossas farmácias da rede ou o serviço de encomendas por correio para aviar os seus medicamentos sujeitos a receita médica.**
- **Se estiver hospitalizado no dia em que a sua adesão terminar, a sua estadia no hospital será coberta pelo nosso plano até receber alta** (mesmo que receba alta após o início da sua nova cobertura de saúde).

SECÇÃO 5 O Neighborhood Dual CONNECT deve cancelar a sua adesão ao plano em determinadas situações

O Neighborhood Dual CONNECT deve cancelar a sua adesão ao nosso plano se ocorrer qualquer uma das seguintes situações:

- Se já não tiver o Medicare Part A e Part B
- Se já não for elegível para o Medicaid. Conforme indicado no Capítulo 1, Secção 2.1, o nosso plano destina-se a pessoas elegíveis tanto para o Medicare como para o Medicaid. Se estiver dentro do período de 1 mês de elegibilidade continuada prevista no nosso plano, continuaremos a fornecer todos os benefícios Medicare cobertos pelo plano Medicare Advantage. O valor que paga pelos serviços cobertos pelo Medicare pode aumentar durante este período.
- Se sair da nossa área de serviço
- Se estiver fora da nossa área de serviço por mais de 6 meses.
 - Se mudar de casa ou fizer uma viagem longa, ligue para os Serviços para Membros através do número 1-844-812-6896 (Os utilizadores de TTY ligam para o 711) para saber se o local para onde se vai mudar ou viajar está na área do nosso plano.
- Se for preso (for para a prisão)
- Se já não for cidadão dos Estados Unidos ou não estiver legalmente presente nos Estados Unidos
- Se mentir ou ocultar informações sobre outros seguros que tenha e que ofereçam cobertura para medicamentos

- Se nos fornecer intencionalmente informações incorretas ao inscrever-se no nosso plano e essas informações afetarem a sua elegibilidade para o nosso plano. (Não podemos obrigá-lo a sair do nosso plano por esse motivo, a menos que obtenhamos primeiro a autorização do Medicare.)
- Se se comportar continuamente de uma forma perturbadora e dificultar a prestação de cuidados médicos a si e a outros membros do nosso plano. (Não podemos obrigá-lo a sair do nosso plano por esse motivo, a menos que obtenhamos primeiro a autorização do Medicare.)
- Se deixar outra pessoa usar o seu cartão de adesão para obter cuidados médicos. (Não podemos obrigá-lo a sair do nosso plano por esse motivo, a menos que obtenhamos primeiro a autorização do Medicare.)
 - Se encerrarmos a sua adesão por esse motivo, o Medicare poderá solicitar que o seu caso seja investigado pelo Inspetor Geral.

Se tiver dúvidas ou quiser mais informações sobre quando podemos encerrar a sua adesão, ligue para os Serviços para Membros através do número 1-844-812-6896 (Os utilizadores de TTY ligam para o 711).

Secção 5.1 Não podemos pedir que saia do nosso plano por qualquer razão relacionada com a saúde

O Neighborhood Dual CONNECT não pode pedir que saia do nosso plano por qualquer motivo relacionado com a saúde.

O que deve fazer se isso acontecer?

Se achar que está a ser convidado a sair do nosso plano por motivos relacionados com a saúde, ligue para o Medicare através do número 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Os utilizadores de TTY ligam para o 1-877-486-2048.

Secção 5.2 Tem o direito de apresentar uma reclamação se cancelarmos a sua adesão ao nosso plano

Se cancelarmos a sua adesão ao nosso plano, devemos comunicar-lhe por escrito as razões para o encerramento da sua adesão. Também devemos explicar como pode apresentar uma reclamação ou queixa sobre a nossa decisão de cancelar a sua adesão.

CAPÍTULO 11: Avisos legais

SECÇÃO 1 Aviso sobre a lei aplicável

A principal lei aplicável a este documento de *Comprovativo de Cobertura* é o Título XVIII da Lei do Social Security e os regulamentos criados ao abrigo da Lei do Social Security pelos Centros de Serviços Medicare e Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS). Além disso, outras leis federais podem ser aplicáveis e, em determinadas circunstâncias, as leis do estado em que reside. Isso pode afetar os seus direitos e responsabilidades, mesmo que as leis não estejam incluídas ou explicadas neste documento.

SECÇÃO 2 Aviso sobre não discriminação

Não discriminamos com base em raça, etnia, nacionalidade, cor, religião, sexo, idade, deficiência mental ou física, estado de saúde, histórico de sinistros, histórico médico, informações genéticas, comprovativo de seguro ou localização geográfica dentro da área de serviço. Todas as organizações que oferecem planos Medicare Advantage, como o nosso plano, devem obedecer às leis federais contra a discriminação, incluindo o Título VI da Lei dos Direitos Civis de 1964, a Lei de Reabilitação de 1973, a Lei contra a Discriminação por Idade de 1975, a Lei dos Americanos com Deficiência, a Secção 1557 da Lei dos Cuidados Acessíveis, todas as outras leis que se aplicam a organizações que recebem financiamento federal e quaisquer outras leis e regras que se apliquem por qualquer outro motivo.

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 (TTY 1-800-537-7697) ou para o Gabinete de Direitos Civis local. Também pode consultar informações do Departamento de Saúde e Serviços Humanos, Gabinete de Direitos Civis, em www.HHS.gov/ocr/index.html.

Se tiver alguma deficiência e precisar de ajuda para aceder aos cuidados de saúde, ligue para os Serviços para Membros através do número 1-844-812-6896 (Os utilizadores de TTY ligam para o 711). Se tiver alguma reclamação, como um problema com o acesso para cadeiras de rodas, os Serviços para Membros poderão ajudá-lo.

SECÇÃO 3 Aviso sobre os direitos de sub-rogação do Medicare como Segundo Pagador

Temos o direito e a responsabilidade de cobrar pelos serviços cobertos pelo Medicare para os quais o Medicare não é o pagador principal. De acordo com os regulamentos dos CMS nas secções 422.108 e 423.462 do 42 CFR, o Neighborhood Dual CONNECT, como Organização Medicare Advantage, exercerá os mesmos direitos de recuperação que o Secretário exerce ao abrigo dos regulamentos dos CMS nas subpartes B a D da parte 411 do 42 CFR, e as regras estabelecidas nesta secção substituem quaisquer leis estaduais.

CAPÍTULO 12: **Definições**

Centro Cirúrgico em Regime de Ambulatório – Um Centro Cirúrgico em Regime de Ambulatório é uma entidade que opera exclusivamente com o objetivo de prestar serviços cirúrgicos em regime de ambulatório a pacientes que não necessitam de hospitalização e cuja permanência prevista no centro não excede 24 horas.

Recurso – Um recurso é algo que se faz quando não concorda com a nossa decisão de recusar um pedido de cobertura de serviços de saúde ou medicamentos sujeitos a receita médica ou o pagamento de serviços ou medicamentos que já recebeu. Também pode recorrer se discordar da nossa decisão de interromper os serviços que está a receber.

Produto Biológico – Um medicamento sujeito a receita médica, produzido 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 com exatidão, por isso as formas alternativas são designadas por biossimilares (consulte “**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 “**Biossimilar Intercambiável**”).

Medicamento de Marca – Um medicamento sujeito a receita médica fabricado e vendido pela empresa farmacêutica que originalmente pesquisou e desenvolveu o medicamento. Os medicamentos de marca têm a mesma fórmula de ingrediente ativo que a versão genérica do medicamento. No entanto, os medicamentos genéricos são fabricados e vendidos por outros fabricantes de medicamentos e geralmente só ficam disponíveis após o término da patente do medicamento de marca.

Fase de Cobertura Catastrófica – A fase do Benefício de Medicamentos do Part D que começa quando o membro (ou outras partes qualificadas em seu nome) gastou \$2,100 em medicamentos cobertos pelo Part D durante o ano coberto.

Centros de Serviços Medicare e Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) – A agência federal que administra o Medicare.

Cosseguro – Um valor que poderá ter de pagar, expresso em percentagem (por exemplo, 20%), como a sua participação nos custos dos serviços ou medicamentos sujeitos a receita médica, após pagar quaisquer franquias.

Reclamação – O nome formal para apresentar uma reclamação é **apresentar uma queixa**. O processo de reclamação é utilizado *apenas* para determinados tipos de problemas. Estes incluem problemas relacionados com a qualidade do atendimento, tempos de espera e o serviço ao cliente que recebe. Também inclui reclamações se o nosso plano não cumprir os prazos do processo de recurso.

Instalações de reabilitação em regime de ambulatório abrangente (comprehensive outpatient rehabilitation facility, CORF) – Uma instituição que presta principalmente serviços de reabilitação após uma doença ou lesão, incluindo fisioterapia, serviços sociais ou psicológicos, terapia respiratória, terapia ocupacional e serviços de patologia da fala e linguagem, bem como serviços de avaliação do ambiente doméstico.

Copagamento (ou copagamento) – Um valor que poderá ter de pagar como sua parte do custo de um serviço ou fornecimento médico, como uma consulta médica, consulta hospitalar em regime de ambulatório ou um medicamento sujeito a receita médica. Um copagamento é um valor fixo (por exemplo, \$10), em vez de uma percentagem.

Coparticipação nos Custos – A coparticipação nos custos refere-se aos valores que um membro tem de pagar quando obtém serviços ou medicamentos. A coparticipação nos custos inclui qualquer combinação dos seguintes 3 tipos de pagamentos: (1) qualquer valor dedutível que um plano possa impor antes dos serviços ou medicamentos serem cobertos; (2) qualquer valor fixo de copagamento que um plano exija quando um serviço ou medicamento específico é recebido; ou (3) qualquer valor de cosseguro, uma percentagem do valor total pago por um serviço ou medicamento que um plano exige quando um serviço ou medicamento específico é recebido.

Determinação da Cobertura – Uma decisão sobre se um medicamento prescrito para si é coberto pelo nosso plano e o valor, se houver, que terá de pagar pela receita médica. Em geral, se levar a sua receita médica a uma farmácia e a farmácia lhe disser que a receita não está coberta pelo nosso plano, isso não é uma determinação de cobertura. Deve ligar ou escrever para o nosso plano para solicitar uma decisão formal sobre a cobertura. As determinações de cobertura são denominadas **decisões de cobertura** neste documento.

Medicamentos Cobertos – O termo que usamos para designar todos os medicamentos cobertos pelo nosso plano.

Serviços Cobertos – O termo que usamos para designar todos os serviços e fornecimentos de saúde cobertos pelo nosso plano.

Cobertura Credível de Medicamentos Sujeitos a Receita Médica – Cobertura de medicamentos sujeitos a receita médica (por exemplo, de um empregador ou sindicato) que se espera que pague, em média, pelo menos tanto quanto a cobertura padrão de medicamentos sujeitos a receita médica do Medicare. As pessoas que têm este tipo de cobertura quando se tornam elegíveis para o Medicare geralmente podem manter essa cobertura sem pagar uma penalidade se decidirem inscrever-se na cobertura de medicamentos sujeitos a receita médica do Medicare posteriormente.

Assistência de Apoio – Assistência de apoio são cuidados pessoais prestados em lares de idosos, centros de cuidados paliativos ou outras instituições quando não se necessita de cuidados médicos especializados ou cuidados de enfermagem especializados. A assistência de apoio, prestada por pessoas que não possuem competências profissionais ou formação, incluem ajuda nas atividades da vida diária, como tomar banho, vestir-se, comer, deitar-se ou levantar-se da cama ou cadeira, movimentar-se e usar a casa de banho. Também pode incluir o tipo de cuidados relacionados com a saúde que a maioria das pessoas realiza por conta própria, como usar colírios. O Medicare não paga assistência de apoio.

Taxa diária de coparticipação nos custos – Uma taxa diária de coparticipação nos custos pode ser aplicada quando o seu médico recebe menos do que o fornecimento mensal completo de determinados medicamentos para si e é obrigado a fazer um copagamento. A taxa diária de coparticipação nos custos é o copagamento dividido pelo número de dias de fornecimento num mês. Aqui está um exemplo: Se o seu copagamento por um mês de fornecimento de um medicamento for de \$30 e o fornecimento de um mês no nosso plano for de 30 dias, a sua taxa diária de coparticipação nos custos será de \$1 por dia.

Franquia – O valor que deve pagar pelos cuidados de saúde ou receitas médicas antes que o nosso plano pague.

Cancelar inscrição ou cancelamento de inscrição – O processo de cancelamento da sua adesão ao nosso plano.

Taxa de Dispensação – Uma taxa cobrada cada vez que um medicamento coberto é dispensado para pagar o custo do avivamento de uma receita médica, como o tempo do farmacêutico para preparar e embalar a receita.

Planos para Necessidades Especiais com Dupla Elegibilidade (Dual Eligible Special Needs Plans, D-SNP) – Os D-SNP inscrevem pessoas que têm direito tanto ao Medicare (Título XVIII da Lei do Social Security) como à assistência médica de um plano estadual ao abrigo do Medicaid (Título XIX). Os estados cobrem parte ou a totalidade dos custos do Medicare, dependendo do estado e da elegibilidade da pessoa.

Equipamento Médico Duradouro (Durable Medical Equipment, DME) – Certos equipamentos médicos solicitados pelo seu médico por motivos médicos. Exemplos incluem andadores, cadeiras de rodas, muletas, sistemas de colchões motorizados, fornecimentos para diabéticos, bombas de infusão IV, dispositivos geradores de fala, equipamentos de oxigénio, nebulizadores ou camas hospitalares encomendadas por um prestador para utilização doméstica.

Emergência – Uma emergência médica ocorre quando o membro, ou qualquer outra pessoa prudente com conhecimentos básicos de saúde e medicina, acredita que tem sintomas médicos que requerem atenção médica imediata para evitar a perda da vida (e, se for uma mulher grávida, a perda do feto), a perda de um membro ou da função de um membro, ou a perda ou comprometimento grave de uma função corporal. Os sintomas médicos podem ser uma doença, lesão, dor grave ou uma condição médica que se agrave rapidamente.

Cuidados de emergência – Serviços cobertos que são: 1) prestados por um prestador qualificado para prestar serviços de emergência; e 2) necessários para tratar, avaliar ou estabilizar uma condição médica de emergência.

Comprovativo de Cobertura (Evidence of Coverage, EOC) e Informações de Divulgação – Este documento, juntamente com o seu formulário de inscrição e quaisquer outros anexos, cláusulas adicionais ou outras coberturas opcionais selecionadas, explica a sua cobertura, o que devemos fazer, os seus direitos e o que deve fazer como membro do nosso plano.

Exceção – Um tipo de decisão de cobertura que, se aprovada, permite que obtenha um medicamento que não está na nossa lista de medicamentos (uma exceção à lista de medicamentos) ou obtenha um medicamento não preferencial com um nível de coparticipação nos custos mais baixo (uma exceção à classificação por escalões). Também pode solicitar uma exceção se o nosso plano exigir que experimente outro medicamento antes de obter o que está a solicitar, se o nosso plano exigir autorização prévia para um medicamento e desejar que levantemos a restrição relacionada com os critérios, ou se o nosso plano limitar a quantidade ou a dosagem do medicamento que está a solicitar (exceção ao formulário).

Extra Help – Um programa do Medicare para ajudar pessoas com rendimentos e recursos limitados a pagar os custos do programa de medicamentos sujeitos a receita médica do Medicare, tais como prémios, franquias e cosseguro.

Queixa – Um tipo de reclamação que faz sobre o nosso plano, prestadores de serviços ou farmácias, incluindo uma reclamação relativa à qualidade dos seus cuidados de saúde. Isto não envolve disputas de cobertura ou pagamento.

Medicamento Genérico – Um medicamento sujeito a receita médica aprovado pela FDA como tendo o(s) mesmo(s) ingrediente(s) ativo(s) que o medicamento de marca. Geralmente, um medicamento genérico tem o mesmo efeito que um medicamento de marca e, normalmente, custa menos.

Cuidados de Saúde Domiciliários – Uma pessoa que presta serviços que não requerem as competências de um enfermeiro ou terapeuta licenciado, tais como ajuda com cuidados pessoais (por exemplo, tomar banho, usar a casa de banho, vestir-se ou realizar os exercícios prescritos).

Cuidados paliativos – Um benefício que oferece tratamento especial a um membro que tenha sido clinicamente certificado como portador de doença terminal, ou seja, com expectativa de vida de 6 meses ou menos. O nosso plano deve fornecer-lhe uma lista de cuidados paliativos na sua área geográfica. Se optar pelos cuidados paliativos e continuar a pagar os prémios, continuará a ser membro do nosso plano. Ainda pode obter todos os serviços clinicamente necessários, bem como os benefícios complementares que oferecemos.

Internamento Hospitalar – Um internamento hospitalar quando foi formalmente admitido no hospital para receber serviços médicos especializados. Mesmo que passe a noite no hospital, ainda pode ser considerado um paciente em regime de ambulatório.

Valor de Ajustamento Mensal Relacionado com o Rendimento (Income Related Monthly Adjustment Amount, IRMAA) –Se o seu rendimento bruto ajustado modificado, conforme declarado na sua declaração de impostos do IRS de há dois anos, for superior a um determinado valor, pagará o valor do prémio padrão e um Valor de Ajustamento Mensal Relacionado com o Rendimento, também conhecido como IRMAA. O IRMAA é uma taxa adicional acrescentada ao seu prémio. Menos de 5% das pessoas com Medicare são afetadas, portanto, a maioria das pessoas não pagará um prémio mais alto.

Initial Coverage Stage – Esta é a fase anterior ao momento em que as suas despesas incorridas para o ano atingem o valor limite das despesas incorridas.

Período de Inscrição Inicial – Quando se torna elegível pela primeira vez para o Medicare, o período de tempo em que pode inscrever-se no Medicare Part A e Part B. Se for elegível para o Medicare quando completar 65 anos, o seu Período de Inscrição Inicial é o período de 7 meses que começa 3 meses antes do mês em que completa 65 anos, inclui o mês em que completa 65 anos e termina 3 meses após o mês em que completa 65 anos.

D-SNP integrado – Um D-SNP que cobre o Medicare e a maioria ou todos os serviços do Medicaid num único plano de saúde para determinados grupos de pessoas elegíveis tanto

para o Medicare como para o Medicaid. Essas pessoas também são conhecidas como pessoas com dupla elegibilidade para benefícios integrais.

Biosimilar Intercambiável – Um biossimilar que pode ser utilizado como substituto de um produto biossimilar original na farmácia sem necessidade de uma nova receita médica, uma vez que cumpre requisitos adicionais relativos ao potencial de substituição automática. A substituição automática na farmácia está sujeita à legislação estadual.

Lista de Medicamentos Cobertos (formulário ou Lista de Medicamentos) – Uma lista de medicamentos sujeitos a receita médica cobertos pelo nosso plano.

Subsídio para Rendimentos Baixos (Low Income Subsidy, LIS) – Consulte Extra Help.

Manufacturer Discount Program (Programa de Descontos do Fabricante) – Um programa no qual os fabricantes de medicamentos pagam uma parte do custo total do nosso plano para medicamentos de marca e produtos biológicos cobertos pelo Part D. Os descontos são baseados em acordos entre o governo federal e os fabricantes de medicamentos.

Preço Máximo Justo – O preço negociado pelo Medicare para um medicamento selecionado.

Valor máximo de despesas incorridas – O valor máximo de despesas incorridas que pagará durante o ano civil pelos serviços cobertos pelo Part A e Part B. Os valores que paga pelos prémios do Part A e do Part B do Medicare e pelos medicamentos sujeitos a receita médica não contam para o valor máximo de despesas incorridas. (**Nota:** Como os nossos membros também recebem ajuda do Medicaid, muito poucos chegam a atingir esse valor máximo de despesas incorridas.)

Medicaid (ou Assistência Médica) – Um programa conjunto federal e estadual que ajuda com as despesas médicas de algumas pessoas com baixos rendimentos e recursos limitados. Os programas estaduais do Medicaid variam, mas a maioria dos custos com cuidados de saúde é coberta se o membro se qualificar tanto para o Medicare quanto para o Medicaid.

Indicação Clinicamente Aceite – A utilização de um medicamento aprovado pela FDA ou apoiado por determinadas referências, tais como o American Hospital Formulary Service Drug Information e o Micromedex DRUGDEX Information system.

Clinicamente Necessários – Serviços, fornecimentos ou medicamentos necessários para a prevenção, diagnóstico ou tratamento da sua condição médica e que cumprem os padrões aceites da prática médica.

Medicare – O programa federal de seguro de saúde para pessoas com 65 anos ou mais, algumas pessoas com menos de 65 anos com determinadas deficiências e pessoas com

doença renal em fase terminal (geralmente aquelas com insuficiência renal permanente que necessitam de diálise ou transplante renal).

Período de Inscrição Aberta do Medicare Advantage – O período entre 1 de janeiro e 31 de março, durante o qual os membros de um plano Medicare Advantage podem cancelar a sua inscrição no plano e mudar para outro plano Medicare Advantage ou obter cobertura através do Original Medicare. Se optar por mudar para o Original Medicare durante este período, também pode aderir a um plano de medicamentos sujeitos a receita médica Medicare separado nessa altura. O Período de Inscrição Aberta do Medicare Advantage também está disponível por um período de 3 meses após uma pessoa se tornar elegível para o Medicare pela primeira vez.

Plano Medicare Advantage (MA) – Por vezes chamado de Medicare Part C. Um plano oferecido por uma empresa privada que tem contrato com o Medicare para lhe fornecer todos os benefícios do Medicare Part A e Part B. Um Plano Medicare Advantage pode ser i) um HMO, ii) um PPO, iii) um plano Privado de Pagamento por Serviço Prestado (Private Fee-for-Service, PFFS) ou iv) um plano de Conta Poupança Médica (Medical Savings Account, MSA) do Medicare. Além de escolher entre esses tipos de planos, um plano Medicare Advantage HMO ou PPO também pode ser um Plano de Necessidades Especiais (Special Needs Plan, SNP). Na maioria dos casos, os Planos Medicare Advantage também oferecem o Medicare Part D (cobertura de medicamentos sujeitos a receita médica). Esses planos são designados por **Planos Medicare Advantage com cobertura de Medicamentos Sujeitos a Receita Médica**.

Serviços Cobertos pelo Medicare – Serviços cobertos pelo Medicare Part A e Part B. Todos os planos de saúde do Medicare devem cobrir todos os serviços cobertos pelo Medicare Part A e Part B. O termo «Serviços cobertos pelo Medicare» não inclui os benefícios adicionais, como oftalmologia, odontologia ou audição, que um plano Medicare Advantage pode oferecer.

Plano de Saúde Medicare – Um plano de saúde Medicare é oferecido por uma empresa privada que tem contrato com o Medicare para fornecer benefícios do Part A e do Part A e Part B a pessoas com Medicare que se inscrevem no nosso plano. Este termo inclui todos os Planos Medicare Advantage, Planos de Custos do Medicare, Planos para Necessidades Especiais, Programas Demonstrativos/Pilotos e Programas de Cuidados Integrados para Idosos (All-inclusive Care for the Elderly, PACE).

Cobertura de Medicamentos do Medicare (Medicare Part D) – Seguro para ajudar a pagar medicamentos sujeitos a receita médica para pacientes em regime de ambulatório, vacinas, produtos biológicos e alguns fornecimentos não cobertos pelo Medicare Part A ou Part B.

Programa de Gestão da Terapia Medicamentosa (Medication Therapy Management, MTM) – Um programa Medicare Part D para necessidades de saúde complexas, oferecido a

pessoas que cumprem determinados requisitos ou que participam de um programa Drug Management. Os serviços MTM geralmente incluem uma conversa com um farmacêutico ou profissional de saúde para analisar a medicação.

Apólice Medigap (Seguro Complementar ao Medicare) – Seguro complementar ao Medicare vendido por seguradoras privadas para preencher *lacunas* no Original Medicare. As apólices Medigap só funcionam com o Original Medicare. (Um plano Medicare Advantage não é uma apólice Medigap.)

Membro (membro do nosso plano ou membro do plano) – Uma pessoa com Medicare que é elegível para obter serviços cobertos, que se inscreveu no nosso plano e cuja inscrição foi confirmada pelos Centros de Serviços Medicare e Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS).

Serviços para Membros – Um departamento dentro do nosso plano responsável por responder às suas perguntas sobre a sua adesão, benefícios, queixas e recursos.

Farmácia da Rede – Uma farmácia que tem contrato com o nosso plano, onde os membros do nosso plano podem obter os seus benefícios de medicamentos sujeitos a receita médica. Na maioria dos casos, as suas receitas médicas só são cobertas se forem aviadas numa das farmácias da nossa rede.

Prestador da Rede – Prestador é o termo geral para médicos, outros profissionais de cuidados de saúde, hospitais e outras instalações de saúde licenciadas ou certificadas pelo Medicare e pelo estado para prestar serviços de cuidados de saúde. Os **prestadores da rede** têm um acordo com o nosso plano para aceitar o nosso pagamento como pagamento integral e, em alguns casos, para coordenar e prestar serviços cobertos aos membros do nosso plano. Os prestadores da rede também são designados por **prestadores do plano**.

Período de Inscrição Aberta – O período entre 15 de outubro e 7 de dezembro de cada ano, durante o qual os membros podem alterar os seus planos de saúde ou de medicamentos ou mudar para o Original Medicare.

Determinação da Organização – Uma decisão tomada pelo nosso plano sobre se os itens ou serviços estão cobertos ou quanto terá de pagar pelos itens ou serviços cobertos. As determinações da organização são denominadas decisões de cobertura neste documento.

Produto Biológico Original – Um produto biológico que foi aprovado pela FDA e serve como referência para os fabricantes que produzem uma versão biossimilar. Também é chamado de produto de referência.

Original Medicare (Medicare Tradicional ou Medicare com Pagamento por Serviço Prestado)

O Original Medicare é oferecido pelo governo e não é um plano de saúde privado, como os planos Medicare Advantage e os planos de medicamentos sujeitos a receita médica. No âmbito do Original Medicare, os serviços do Medicare são cobertos através do pagamento a médicos, hospitais e outros prestadores de cuidados de saúde de valores estabelecidos pelo Congresso. Pode consultar qualquer médico, hospital ou outro prestador de cuidados de saúde que aceite o Medicare. O membro deve pagar a franquia. O Medicare paga a sua parte do valor aprovado pelo Medicare e o membro paga a sua parte. O Original Medicare tem duas partes: Part A (Seguro Hospitalar) e Part B (Seguro Médico) e está disponível em todo o território dos Estados Unidos.

Farmácia Fora da Rede – Uma farmácia que não tem contrato com o nosso plano para coordenar ou fornecer medicamentos cobertos aos membros do nosso plano. A maioria dos medicamentos obtidos em farmácias fora da rede não é coberta pelo nosso plano, a menos que determinadas condições se apliquem.

Prestador Fora da Rede ou Instituição Fora da Rede – Um prestador ou instituição que não tem contrato com o nosso plano para coordenar ou prestar serviços cobertos aos membros do nosso plano. Os prestadores fora da rede são prestadores que não são empregados, pertencem ou são operados pelo nosso plano.

Despesas Incorridas – Consulte a definição de coparticipação nos custos acima. A exigência de coparticipação nos custos do membro para pagar uma parte dos serviços ou medicamentos recebidos também é conhecida como exigência de despesas incorridas do membro.

Limite de Despesas Incorridas – O valor máximo de despesas incorridas que paga pelos medicamentos do Part D.

Plano PACE – Um plano PACE (Programa de Cuidados Integrados para Idosos, Program of All-Inclusive Care for the Elderly) combina serviços e apoios médicos, sociais e de longo prazo (long-term services and supports, LTSS) para pessoas frágeis, a fim de ajudá-las a manter a independência e viver na sua comunidade (em vez de se mudar para um lar de idosos) o máximo de tempo possível. As pessoas inscritas nos planos PACE recebem os benefícios do Medicare e do Medicaid através do nosso plano.

Part C – Aceda ao plano Medicare Advantage (MA).

Part D – O Programa Voluntário de Benefícios para Medicamentos Prescritos do Medicare.

Medicamentos do Part D – Medicamentos que podem ser cobertos pelo Part D. Podemos ou não oferecer todos os medicamentos do Part D. Determinadas categorias de medicamentos

foram excluídas da cobertura do Parte D pelo Congresso. Certas categorias de medicamentos do Part D devem ser cobertas por todos os planos.

Penalização por Inscrição Tardia no Part D – Um valor adicionado ao prémio mensal do seu plano de cobertura de medicamentos do Medicare se ficar sem cobertura credível (cobertura que deve pagar, em média, pelo menos o mesmo valor que a cobertura padrão de medicamentos do Medicare) por um período contínuo de 63 dias ou mais após se tornar elegível para aderir a um plano Part D. Se perder a Extra Help, poderá estar sujeito à penalização por inscrição tardia se ficar 63 dias ou mais consecutivos sem o Part D ou outra cobertura de medicamentos credível.

Prémio – O pagamento periódico ao Medicare, a uma seguradora ou a um plano de saúde para cobertura de medicamentos sujeitos a receita médica.

Serviços Preventivos – Cuidados de saúde para prevenir doenças ou detetá-las numa fase inicial, quando o tratamento tem mais probabilidades de ser eficaz (por exemplo, os serviços preventivos incluem exames de Papanicolau, vacinas contra a gripe e mamografias de rastreio).

Prestador de Cuidados Primários (Primary Care Provider, PCP) – O médico ou outro profissional de saúde que consulta primeiro para a maioria dos problemas de saúde. Em muitos planos de saúde do Medicare, é necessário consultar o seu prestador de cuidados primários antes de consultar qualquer outro profissional de cuidados de saúde.

Autorização Prévia – Aprovação antecipada para obter serviços ou determinados medicamentos com base em critérios específicos. Os serviços cobertos que necessitam de autorização prévia estão assinalados na Tabela de Benefícios Médicos no Capítulo 4. Os medicamentos cobertos que necessitam de autorização prévia estão assinalados no formulário e os nossos critérios estão publicados no nosso website.

Próteses e Órteses – Dispositivos médicos, incluindo, entre outros, cintas para braços, costas e pescoço; membros artificiais; olhos artificiais; e dispositivos necessários para substituir uma parte ou função interna do corpo, incluindo fornecimentos para ostomia e terapia de nutrição enteral e parenteral.

Organização de Melhoria da Qualidade (Quality Improvement Organization, QIO) – Um grupo de médicos e outros especialistas em saúde pagos pelo governo federal para verificar e melhorar os cuidados prestados aos pacientes do Medicare.

Limites de Quantidade – Uma ferramenta de gestão concebida para limitar a utilização de um medicamento por motivos de qualidade, segurança ou utilização. Os limites podem ser

relativos à quantidade do medicamento que cobrimos por receita médica ou por um período de tempo definido.

“Ferramenta de Benefícios em Tempo Real” – Um portal ou aplicação informática na qual os inscritos podem consultar informações completas, precisas, atuais, clinicamente adequadas e específicas sobre o formulário e os benefícios. Isso inclui valores de coparticipação nos custos, medicação alternativa do formulário que podem ser usados para a mesma condição de saúde que um determinado medicamento e restrições de cobertura (Autorização Prévia, Terapia Escalonada, Limites de Quantidade) que se aplicam a medicamentos alternativos.

Encaminhamento – Uma ordem por escrito do seu médico de cuidados primários para que consulte um especialista ou receba determinados serviços médicos. Sem um encaminhamento, o nosso plano pode não pagar pelos serviços de um especialista.

Serviços de Reabilitação – Estes serviços incluem cuidados de reabilitação em regime de internamento, fisioterapia (em regime de ambulatório), terapia da fala e linguagem e terapia ocupacional.

Medicamento Selecionado – Um medicamento coberto pelo Part D para o qual o Medicare negociou um Preço Máximo Justo.

Área de Serviço – Uma área geográfica onde deve residir para aderir a um determinado plano de saúde. Para planos que limitam os médicos e hospitais que pode utilizar, geralmente é também a área onde pode obter serviços de rotina (não urgentes). O nosso plano deve cancelar a sua inscrição se mudar permanentemente para fora da área de serviço do nosso plano.

Cuidados numa Instalação de Enfermagem Especializada (Skilled Nursing Facility, SNF) – Cuidados de enfermagem especializada e serviços de reabilitação prestados de forma contínua e diária, numa instalação de enfermagem especializada. Exemplos de cuidados incluem fisioterapia ou injeções intravenosas que só podem ser administradas por um enfermeiro ou médico registado.

Plano para Necessidades Especiais – Um tipo especial de plano Medicare Advantage que oferece cuidados de saúde mais direcionados para grupos específicos de pessoas, como aquelas que têm tanto o Medicare quanto o Medicaid, que vivem em lares de idosos ou que têm certas condições médicas crónicas.

Terapia Escalonada – Uma ferramenta de utilização que o obriga a experimentar primeiro outro medicamento para tratar a sua condição médica antes de cobrirmos o medicamento que o seu médico pode ter prescrito inicialmente.

Serviços urgentemente necessários – Um serviço coberto pelo plano que requer atenção médica imediata, mas que não é uma emergência, é considerado um serviço urgente se estiver temporariamente fora da área de serviço do nosso plano ou se não for razoável, devido ao tempo, local e circunstâncias, obter esse serviço dos prestadores da rede. Exemplos de serviços urgentemente necessários são doenças e lesões médicas imprevistas ou agravamentos inesperados de condições existentes. As consultas de rotina clinicamente necessárias, como exames anuais, não são consideradas urgentes, mesmo que esteja fora da área de serviço do nosso plano ou que a nossa rede de planos esteja temporariamente indisponível.

Serviços para Membros do Neighborhood Dual CONNECT

Método	Serviços para Membros – Informações de contacto
Telefone	1-844-812-6896 As chamadas para este número são gratuitas. O horário é 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).
TTY	711 As chamadas para este número são gratuitas. O horário é 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).
Correio	Neighborhood Health Plan of Rhode Island Attn: Member Services 910 Douglas Pike Smithfield, RI 02917
Website	www.nhpri.org/DualCONNECT

State Health Insurance Assistance Program (Programa Estadual de Assistência ao Seguro de Saúde) de Rhode Island

O Rhode Island State Health Insurance Assistance Program é um programa estadual que recebe verbas do governo federal para oferecer aconselhamento gratuito sobre seguro de saúde local a pessoas com Medicare.

Método	Informações de contacto
Telefone	Rhode Island SHIP: 1-888-884-8721 Das 8:30 a.m. às 4:00 p.m., de segunda a sexta-feira The POINT: 1-401-462-4444 - das 8:30 a.m. às 5:00 p.m., de segunda a sexta-feira
TTY	401-462-0740 Este número requer equipamento telefónico especial e destina-se apenas a pessoas com dificuldades auditivas ou de fala.
Correio	Office of Health Aging 25 Howard Avenue, Building 57 Cranston, RI 02920 Attn: SHIP Program
Website	www.oha.ri.gov

Declaração de Divulgação da PRA De acordo com a Lei de Redução da Burocracia de 1995, ninguém é obrigado a responder a uma recolha de informações, a menos que esta apresente um número de controlo OMB válido. O número de controlo OMB válido para esta recolha de informações é 0938-1051. Se tiver comentários ou sugestões para melhorar este formulário, escreva para: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.