

Certificado de Elegibilidade para um Período de Inscrição

Normalmente, só é possível inscrever-se num plano Medicare Advantage durante o período de inscrição anual, que decorre de 15 de outubro a 7 de dezembro de cada ano. Existem exceções que podem permitir que se inscreva num plano Medicare Advantage fora deste período.

Leia atentamente as seguintes declarações e assinale a caixa se a declaração se aplicar a si. Ao assinalar qualquer uma das caixas a seguir, está a certificar que, de acordo com o seu conhecimento, é elegível para um Período de Inscrição. Se posteriormente determinarmos que essas informações estão incorretas, a sua inscrição poderá ser cancelada.

- ☐ Sou novo(a) no Medicare.
- ☐ Estou inscrito(a) num plano Medicare Advantage e quero fazer uma alteração durante o Período de Inscrição Aberta do Medicare Advantage (Medicare Advantage Open Enrollment Period, MA OEP)
- ☐ Estou inscrito num Plano Medicare Advantage e tenho o Medicare há menos de 3 meses. Quero fazer uma alteração.
- ☐ Mudei-me recentemente para fora da área de cobertura do meu plano atual ou mudei-me recentemente e tenho novas opções disponíveis. Mudei-me em (inserir data: MM/DD/AAAA) (_ _ / _ _ / _ _).
- ☐ Recentemente, fui libertado(a) da prisão. Fui libertado(a) em (inserir data) (_ _ / _ _ / _ _).
- ☐ Recentemente, regressei aos Estados Unidos depois de viver permanentemente fora do país. Regressei aos EUA em (inserir data) (_ _ / _ _ / _ _).
- ☐ Recentemente, obtive o estatuto de presença legal nos Estados Unidos. Obtive este estatuto em (inserir data) (_ _ / _ _ / _ _).
- ☐ Recentemente, houve uma alteração no meu Medicaid (obtive o Medicaid recentemente, houve uma alteração no nível de assistência do Medicaid ou perdi o Medicaid) em (inserir data) (_ _ / _ _ / _ _).
- ☐ Recentemente, houve uma alteração na minha Ajuda Extra para pagar a cobertura de medicamentos sujeitos a receita médica do Medicare (obtive recentemente a Ajuda Extra, houve uma alteração no nível da Ajuda Extra ou perdi a Ajuda Extra) em (inserir data) (_ _ / _ _ / _ _).
- ☐ Tenho o Medicare e recebo todos os benefícios do Medicaid. Quero aderir ou mudar para um plano que coordene a cobertura entre os meus planos de cuidados geridos pelo Medicare e pelo Medicaid (denominado Plano Integrado de Necessidades Especiais com Dupla Elegibilidade (Dual Eligible Special Needs Plan, D-SNP)).
- ☐ Estou a mudar-me, moro ou mudei-me recentemente de uma Instituição de Cuidados de Longa Duração (Long-Term Care Facility) (por exemplo, um lar de idosos ou uma instituição de cuidados de longa duração). Mudei-me/vou mudar-me para/sair das instalações em (inserir data) (_ _ / _ _ / _ _).
- ☐ Recentemente, abandonei um programa PACE em (inserir data). (_ _ / _ _ / _ _).

- ☐ Recentemente, perdi involuntariamente a minha cobertura de medicamentos sujeitos a receita médica (cobertura tão boa quanto a do Medicare). Perdi a minha cobertura de medicamentos em (inserir data) (_ _ / _ _ / _ _).
- ☐ Vou deixar a cobertura do empregador ou do sindicato em (inserir data) (_ _ / _ _ / _ _).
- ☐ Estou inscrito(a) num State Pharmaceutical Assistance Program (Programa Estadual de Assistência Farmacêutica) qualificado ou estou a perder o apoio de um State Pharmaceutical Assistance Program (Programa Estadual de Assistência Farmacêutica).
- ☐ Perdi a minha cobertura porque o Medicare rescindiu o contrato com o meu plano. Recebi uma carta do Medicare a informar-me de que poderia aderir a outro plano.
- ☐ Estava inscrito(a) num plano do Medicare (ou do meu estado) e quero escolher um plano diferente. A minha inscrição nesse plano começou em (inserir data) (_ _ / _ _ / _ _).
- ☐ Eu estava inscrito num Plano de Necessidades Especiais (Special Needs Plan, SNP), mas perdi a qualificação de necessidades especiais necessária para permanecer nesse plano. Fui excluído(a) do SNP em (inserir data) (_ _ / _ _ / _ _).
- ☐ Fui afetado por uma emergência ou grande catástrofe (conforme declarado pela Agência Federal de Gestão de Emergências (Emergency Management Agency, FEMA) ou por uma entidade governamental federal, estadual ou local. Uma das outras declarações aqui se aplicava a mim, mas não consegui fazer o meu pedido de inscrição devido à catástrofe.
- ☐ Sou novo no Medicare e fui notificado sobre a adesão ao Medicare depois de a minha cobertura Part A e/ou Part B ter entrado em vigor.
- ☐ Vivo numa instituição de cuidados prolongados, como um lar de idosos ou um hospital de reabilitação.
- ☐ Já tenho o seguro hospitalar (Part A) e inscrevi-me recentemente no seguro médico (Part B). Quero aderir a um Plano Medicare Advantage.
- ☐ Solicitei informações sobre o Medicare num formato acessível. Tive menos tempo para tomar a minha decisão, ou não recebi a informação a tempo de fazer uma escolha antes do fim do meu período de inscrição. Recebi as informações do Medicare num formato acessível em
- ☐ Nenhuma destas afirmações se aplica a mim.

Se nenhuma destas afirmações se aplicar a si ou se não tiver a certeza, entre em contacto com o Neighborhood Health Plan of Rhode Island (Neighborhood) através do número 1-866-696-4774 (os utilizadores de TTY devem ligar para o 711) para verificar se é elegível para se inscrever. Estamos abertos das 8:00 a.m. às 8:00 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, pode contactar-nos das 8:00 a.m. às 8:00 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais).

O INTEGRITY for Duals (HMO D-SNP) e o Dual CONNECT (HMO D-SNP) do Neighborhood Health Plan of Rhode Island são planos de saúde que têm contrato com o Medicare e o Rhode Island Medicaid Program (Programa Medicaid de Rhode Island). A inscrição no plano INTEGRITY for Duals ou Dual CONNECT do Neighborhood Health Plan of Rhode Island depende da renovação do contrato.

Neighborhood Health Plans of Rhode Island (HMO-DSNP)

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE INSCRIÇÃO INDIVIDUAL O PLANO MEDICARE ADVANTAGE PLAN (PARTE C)

Quem pode usar este formulário?

Pessoas com Medicare que desejam aderir a um plano Medicare Advantage Plan

Para aderir a um plano, é necessário:

- Ser cidadão dos Estados Unidos; ou estar em situação legal nos EUA.
- Residir na área de cobertura do plano

Importante: Para aderir a um plano Medicare Advantage Plane, também é necessário ter:

- Medicare Parte A (Seguro Hospitalar)
- Medicare Parte B (Seguro Médico)

Quando devo usar este formulário?

Pode aderir a um plano:

- Entre 15 de outubro e 7 de dezembro de cada ano (para cobertura com início em 1 de janeiro)
- No prazo de 3 meses após obter o Medicare pela primeira vez
- Em determinadas situações em que é permitido aderir ou mudar de plano

Visite [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) para saber mais sobre quando pode inscrever-se num plano.

O que preciso para preencher este formulário?

- O seu número do Medicare (o número que consta no seu cartão vermelho, branco e azul do Medicare)
- O seu endereço permanente e número de telefone

Nota: Deve preencher todos os itens da Secção 1. Os itens da Secção 2 são opcionais — não lhe pode ser negada a cobertura por não os preencher.

Lembretes:

- Se pretender aderir a um plano durante o período de inscrições abertas do outono (15 de outubro a 7 de dezembro), o plano deve receber o seu formulário preenchido até 7 de dezembro.
- O seu plano enviará uma fatura com o valor do prémio do plano. Pode optar por se inscrever para

que os pagamentos do seu prémio sejam deduzidos da sua conta bancária ou do seu benefício mensal da Segurança Social (ou do Conselho de aposentadoria ferroviária (Railroad Retirement Board, RRB)).

O que acontece a seguir?

Envie o formulário preenchido e assinado para:

Neighborhood Health Plan of Rhode Island
910 Douglas Pike
Smithfield, Rhode Island 02917

Assim que processarmos o seu pedido de adesão, entraremos em contacto consigo.

Como posso obter ajuda com este formulário?

Ligue para o Neighborhood Health Plan of Rhode Island pelo número 1-844-812-6896. Os utilizadores de TTY podem ligar para o 711.

Ou ligue para o Medicare pelo número 1-800-MEDICARE

(1-800-633-4227). Os utilizadores de TTY podem ligar para 1-877-486-2048.

En español: Llame a Neighborhood Health plan of Rhode Island al 1-844-812-6896/TTY 711

o a Medicare gratis al 1-800-633-4227 y oprima el 8 para asistencia en español y un representante estará disponible para asistirle.

Pessoas em situação de sem-abrigo

- Se quiser aderir a um plano, mas não tiver residência permanente, uma caixa postal, o endereço de um abrigo ou clínica, ou o endereço onde recebe correspondência (por exemplo, cheques da segurança social) podem ser considerados o seu endereço de residência permanente.

De acordo com a Lei de Redução de Burocracia de 1995, nenhuma pessoa é obrigada 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 0938-1378. O tempo necessário para preencher estas informações é estimado em média em 20 minutos por resposta, incluindo o tempo para rever as instruções, pesquisar recursos de dados existentes, reunir os dados necessários e preencher e rever a recolha de informações. Se tiver algum comentário sobre a precisão das estimativas de tempo 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.

IMPORTANTE

Não envie este formulário ou quaisquer itens com as suas informações pessoais (tais como reclamações, pagamentos, registos médicos, etc.) para o PRA Reports Clearance Office (Gabinete de Autorização de Relatórios PRA). Quaisquer itens que recebamos que não sejam sobre como melhorar este formulário ou o seu impacto na recolha de dados (descrito no OMB 0938-1378) serão destruídos. Não serão guardados, analisados ou encaminhados para o plano. Consulte “O que acontece a seguir?” nesta página para enviar o formulário preenchido ao plano.

Secção 1 – Todos os campos desta página são obrigatórios (a menos que estejam marcados como opcionais)

Selecione o plano ao qual deseja aderir:

- ☐ Neighborhood INTEGRITY for Duals (HMO-DSNP) - \$0 por mês
☐ Neighborhood Dual CONNECT (HMO-DSNP) - \$0 por mês

Nome: _____ Apelido: _____ [Opcional: Inicial do nome do meio]: _____

Data de nascimento: (MM/DD/AAAA)
(____ / ____ / ____)

Sexo: _____
☐ Masculino ☐ Feminino

Número de telefone:
(____) _____

Endereço residencial permanente (não insira uma caixa postal). Nota: Para pessoas em situação de sem-abrigo, uma caixa postal pode ser considerada o seu endereço de residência permanente.):

Cidade: _____ Opcional: Condado _____ Estado: _____ Código postal: _____

Endereço postal, se diferente do seu endereço permanente (caixa postal permitida):

Endereço: _____ Cidade: _____ Estado: _____ Código postal: _____

As suas informações do Medicare:

Número do Medicare: _____ - _____ - _____

Responda a estas perguntas importantes:

Tem outra cobertura de medicamentos prescritos (como VA, TRICARE) além da Neighborhood?

☐ Sim ☐ Não

Nome da outra cobertura: _____ Número de membro para esta cobertura: _____ Número do grupo para esta cobertura: _____

CrITÉRIOS de necessidades especiais (Assinale as caixas e preencha as informações aplicáveis)

- *Está inscrito(a) no Medicaid?* ☐ Sim ☐ Não
- *Vive no estado de Rhode Island?* ☐ Sim ☐ Não
- *Está a participar no programa Medicaid Ticket to Work (Bilhete para o Trabalho) ou Sherlock do Medicaid?* ☐ Sim ☐ Não

Número do Programa Medicaid: _____

- Categorias de elegibilidade para o Neighborhood INTEGRITY for Duals (HMO-DSNP): ☐ Maiores de 21 anos e ☐ FBDE, ☐ SLMB PLUS, ☐ QMB PLUS.
- Categorias de elegibilidade para o Neighborhood Dual CONNECT (HMO-DSNP): ☐ Maiores de 18 anos e ☐ APENAS QMB

IMPORTANTE: Leia e assine abaixo:

- Tenho de manter tanto o Hospital (Parte A) como o Médico (Parte B) para permanecer no Neighborhood Health Plan of Rhode Island (Neighborhood).
- Ao aderir a este Plano Medicare Advantage, reconheço que a Neighborhood partilhará as minhas informações com o Medicare, que poderá utilizá-las para acompanhar a minha inscrição, efetuar pagamentos e para outros fins permitidos pela lei federal que autoriza a recolha dessas informações (consulte a Declaração da Lei de Privacidade abaixo). A minha resposta a este formulário é voluntária. No entanto, a falta de resposta pode afetar a inscrição no plano.
- Compreendo que só posso estar inscrito(a) num único plano MA ou Parte D de cada vez – e que a inscrição neste plano encerrará automaticamente a minha inscrição noutro plano MA ou Parte D (aplicam-se exceções para planos MA PFFS e MA MSA) ou programa PACE.

- Compreendo que, quando a minha cobertura Neighborhood tiver início, devo obter todos os meus benefícios médicos e de medicamentos prescritos da Neighborhood. Os benefícios e serviços fornecidos pelo Neighborhood e contidos no documento “Prova de Cobertura” do meu Neighborhood (também conhecido como contrato de membro ou acordo de assinante) serão cobertos. Nem o Medicare nem os planos Neighborhood Health Plans of Rhode Island pagarão por benefícios ou serviços que não estejam cobertos.
- As informações contidas neste formulário de inscrição estão corretas, de acordo com o meu conhecimento. Compreendo que, se fornecer intencionalmente informações falsas neste formulário, serei excluído do plano.
- Compreendo que a minha assinatura (ou a assinatura da pessoa legalmente autorizada a agir em meu nome) neste formulário significa que li e compreendi o conteúdo deste formulário. Se assinada por um representante autorizado (conforme descrito acima), esta assinatura certifica que:
 - 1) Esta pessoa está autorizada pela lei estadual a concluir esta inscrição, e
 - 2) A documentação desta autoridade está disponível mediante solicitação do Medicare.

Assinatura:	Data de hoje:
Se for o representante autorizado, assine acima e preencha estes campos:	
Nome:	Endereço:
Número de telefone:	Relação com o inscrito:

Secção 2 – Todos os campos desta secção são opcionais

Responder a estas perguntas é uma escolha sua. Não lhe pode ser negada a cobertura por não as preencher.

Selecione uma opção se desejar que lhe enviemos informações num idioma diferente do inglês.

☐ Espanhol ☐ Português

Selecione uma opção se desejar receber informações num formato acessível.

☐ Braille ☐ Letras grandes ☐ CD de áudio ☐ CD de dados

Entre em contacto com o Neighborhood Health Plan of Rhode Island pelo número 1-844-812-6896 se precisar de informações num formato acessível diferente dos listados acima. O nosso horário de funcionamento é das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira, e das 8 a.m. às 12 p.m. aos sábados. Os utilizadores de TTY podem ligar para o 711.

Trabalha? ☐ Sim ☐ Não O seu cônjuge trabalha? ☐ Sim ☐ Não

Indique o seu Médico de Cuidados Primários (Primary Care Physician, PCP), clínica ou centro de saúde:

Pagamento dos prémios do seu plano

Pode pagar o prémio mensal do seu plano (incluindo qualquer penalidade por inscrição tardia que tenha atualmente ou possa vir a ter) por correio, “transferência eletrónica de fundos (Electronic Funds Transfer, EFT)” ou “cartão de crédito” todos os meses. **Também pode optar por pagar o seu prémio através de débito automático mensal do seu benefício da Segurança Social ou do Conselho de aposentadoria ferroviária (Railroad Retirement Board, RRB).**

Se tiver de pagar um Montante de Ajuste Mensal Relacionado com o Rendimento da Parte D (Part D-Income Related Monthly Adjustment Amount, Part D-IRMAA), deverá pagar este montante adicional para além do prémio do seu plano. NÃO pague ao Neighborhood Health Plan of Rhode Island a Parte D-IRMAA.

Seleção de opções de pagamento de prêmio

☐ Correio ☐ EFT ☐ Cartão de crédito

☐ Deduções automáticas com o seu cheque de benefícios da Segurança Social ou do Conselho de aposentadoria ferroviária (Railroad Retirement Board, RRB).

Recebo pagamentos mensais da ☐ Segurança Social ☐ RRB

Apenas para indivíduos que ajudam os inscritos a preencher este formulário

Preencha esta secção se for uma pessoa (ou seja, agente, corretor, conselheiro SHIP, membro da família ou outro terceiro) a ajudar um inscrito a preencher este formulário.

Nome: _____

Relação com o inscrito: _____

Assinatura: _____

N.º NPN (apenas agentes/corretores): _____

Apenas para uso administrativo: (A ser preenchido por agentes/corretores/funcionários do Neighborhood)

Data prevista para o início da cobertura: _____

MM/DD/AAAA

☐ Tipo ICEP/IEP ☐ AEP ☐ SEP: _____

☐ Não elegível

Agente de vendas Neighborhood/Agente autorizado

Tipo de agente: ☐ Corretor externo contratado

☐ Corretor Neighborhood funcionário

Nome do representante de vendas/agente: _____ Número NPN do representante de vendas/agente _____

Nome da agência (indique, se aplicável): _____

Data de receção do agente de vendas/representante autorizado: (As inscrições devem ser recebidas pela Neighborhood no prazo de um dia a partir da data indicada): _____

MM/DD/AAAA

Local de receção da inscrição: ☐ Marcação ☐ Evento de vendas ☐ Visita sem marcação

☐ Outro (especifique): _____

O INTEGRITY for Duals (HMO D-SNP) e o Dual CONNECT (HMO D-SNP) do Neighborhood Health Plan of Rhode Island são planos de saúde que têm contrato com o Medicare e o Rhode Island Medicaid Program (Programa Medicaid de Rhode Island). A inscrição no plano INTEGRITY for Duals ou Dual CONNECT do Neighborhood Health Plan of Rhode Island depende da renovação do contrato.

DECLARAÇÃO DA LEI DE PRIVACIDADE

Os Centros de Serviços Medicare e Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) recolhem informações dos planos Medicare para acompanhar a inscrição dos beneficiários nos Planos Medicare Advantage (MA), melhorar os cuidados e efetuar o pagamento dos benefícios Medicare. As secções 1851 e 1860D-1 da Lei da Segurança Social e 42 CFR §§ 422.50 e 422.60 autorizam a recolha destas informações. Os CMS podem utilizar, divulgar e trocar dados de inscrição de beneficiários do Medicare, conforme especificado no Aviso sobre o Sistema de Registos (System of Records Notice, SORN) "Medicamentos prescritos do Medicare Advantage (MARx)", Sistema n.º 09-70-0588. A sua resposta a este formulário é voluntária. No entanto, a falta de resposta pode afetar a inscrição no plano.