

Neighborhood Dual CONNECT (HMO D-SNP), oferecido pelo Neighborhood Health Plan of Rhode Island.

Aviso Anual de Alterações para 2027

Está inscrito como membro do Neighborhood Dual CONNECT.

Este documento descreve as alterações aos custos e benefícios do nosso plano para o próximo ano.

- **Tem de 15 de outubro a 7 de dezembro para fazer alterações à sua cobertura do Medicare para o próximo ano.** Se não aderir a outro plano até 7 de dezembro de 2026, permanecerá no Neighborhood Dual CONNECT.
- Para mudar para **um plano diferente**, visite [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) ou consulte a lista no final do seu manual *Medicare & You 2027*.
- Note que isto é apenas um resumo das alterações. Encontrará mais informações sobre custos, benefícios e regras na *Prova de Cobertura*. Obtenha uma cópia em 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) para receber uma cópia por correio.

Mais Recursos

- Este material está disponível gratuitamente em espanhol e em português.
- Pode obter este Aviso Anual de Alterações gratuitamente noutros formatos, tais como letras grandes, braille ou áudio. Ligue para os Serviços para Membros através do número 1-844-812-6896 (Os utilizadores de TTY ligam para o 711) para obter mais informações. 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.
- Pode pedir para receber este documento e futuros materiais na sua língua preferida e/ou num formato alternativo telefonando para os Serviços para Membros. É o que se designa por “pedido permanente”. Os Serviços para Membros documentarão o seu pedido permanente no seu registo de membro para que possa receber materiais agora e no futuro na sua língua e/ou formato preferido. Pode alterar ou eliminar o seu pedido permanente a qualquer altura, contactando os Serviços para Membros.

Sobre o Neighborhood Dual CONNECT

- 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. O nosso plano também tem um acordo por escrito com o Rhode Island Medicaid Program para coordenar os seus benefícios do Medicaid.
- Quando este documento utiliza os termos “nós,” “nos,” ou “nosso,” refere-se ao Neighborhood Health Plan of Rhode Island (Neighborhood) Dual CONNECT/ (CVS Caremark). Quando se refere a “plano” ou “o nosso plano”, significa Neighborhood Dual CONNECT.
- **Se não tomar nenhuma medida até 7 de dezembro de 2026, será automaticamente inscrito no Neighborhood Dual CONNECT.** A partir de 1 de janeiro de 2027, a sua cobertura médica e de medicamentos será assegurada pelo Neighborhood Dual CONNECT. Consulte a Secção 2 para obter mais informações sobre como mudar de plano e os prazos para efetuar essa alteração.

Índice

Resumo dos Custos Importantes para 2027	4
SECÇÃO 1 Alterações aos benefícios e custos para o próximo ano	6
Secção 1.1 Alterações ao prémio mensal do plano	6
Secção 1.2 Alterações ao limite máximo de despesas incorridas	6
Secção 1.3 Alterações à rede de prestadores e farmácias	7
Secção 1.4 Não há alterações aos seus benefícios nem aos valores que paga pelos serviços médicos	8
Secção 1.5 Alterações à cobertura de medicamentos do Part D	8
Secção 1.6 Alterações aos benefícios e custos dos medicamentos sujeitos a receita médica	9
SECÇÃO 2 Como mudar de plano	10
Secção 2.1 Prazos para a mudança de planos	11
Secção 2.2 Existem outras alturas do ano em que é possível efetuar uma mudança?	11
SECÇÃO 3 Obter ajuda para pagar os medicamentos sujeitos a receita médica	12
SECÇÃO 4 Dúvidas?	14
Obter ajuda do Neighborhood Dual CONNECT	14
Obter ajuda do Medicare	15
Obter ajuda do Rhode Island Medicaid	15

Resumo dos Custos Importantes para 2027

Estes são os valores de coparticipação nos custos para 2026, podendo sofrer alterações em 2027. O Neighborhood Dual CONNECT disponibilizará as tarifas atualizadas assim que forem divulgadas.

	2026 (este ano)	2027 (próximo ano)
Prémio do plano mensal* * O seu prémio pode ser superior a este valor. Consulte a Secção 1 para obter mais detalhes.	\$0	\$0
Limite máximo de despesas incorridas Este é o valor <u>máximo</u> de despesas incorridas que pagará pelos serviços cobertos pelo Part A e Part A. (Consulte a Secção 1 para obter mais detalhes.)	\$9,250 Não é responsável pelo pagamento de quaisquer despesas incorridas até ao limite máximo de despesas incorridas para os serviços cobertos pelo Part A e Part B.	\$9,850 Não é responsável pelo pagamento de quaisquer despesas incorridas até ao limite máximo de despesas incorridas para os serviços cobertos pelo Part A e Part B.
Consulta médicas de cuidados primários	\$0 por consulta Se for elegível para a ajuda de coparticipação nos custos do Medicare ao abrigo do Medicaid, provavelmente pagará \$0 por consulta.	\$0 por consulta Se for elegível para a ajuda de coparticipação nos custos do Medicare ao abrigo do Medicaid, provavelmente pagará \$0 por consulta.
Consultas médicas especializadas	\$0 por consulta Se for elegível para a ajuda de coparticipação nos custos do Medicare ao	\$0 por consulta Se for elegível para a ajuda de coparticipação nos

	2026 (este ano)	2027 (próximo ano)
	abrigo do Medicaid, provavelmente pagará \$0 por consulta.	custos do Medicare ao abrigo do Medicaid, provavelmente pagará \$0 por consulta.
Internamento hospitalar Inclui vários internamentos hospitalares, tais como cuidados agudos, reabilitação e cuidados prolongados. O internamento hospitalar tem início no dia em que o doente é formalmente admitido com uma prescrição médica e termina no dia anterior à alta.	\$0 Se for elegível para a ajuda de coparticipação nos custos do Medicare ao abrigo do Medicaid, provavelmente pagará \$0.	\$0 Se for elegível para a ajuda de coparticipação nos custos do Medicare ao abrigo do Medicaid, provavelmente pagará \$0.
Cobertura de medicamentos do Part D (Consulte a Secção 1 para obter detalhes, incluindo as Fases de Franquia Anual, Cobertura Inicial e 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.	Copagamento durante a Fase de Cobertura Inicial: Escalão 1 de Medicamentos: \$5.80 (genérico) ou \$14.40 (marca) Fase de Cobertura Catastrófica: Durante esta fase de pagamento, não paga nada pelos seus medicamentos cobertos pelo Part D.

SECÇÃO 1 Alterações aos benefícios e custos para o próximo ano

Secção 1.1 Alterações ao prémio mensal do plano

	2026 (este ano)	2027 (próximo ano)
Prémio mensal do plano (Deve também continuar a pagar o prémio do Part B do Medicare, a menos que seja pago pelo Medicaid.)	\$0	\$0

Secção 1.2 Alterações ao limite máximo de despesas incorridas

O Medicare exige que todos os planos de saúde limitem o valor que o utilizador paga a título de despesas incorridas ao longo do ano. Este limite é designado por limite máximo de despesas incorridas. Depois de pagar este valor, normalmente não terá de pagar nada pelos serviços cobertos pelo Part A e Part B.

	2026 (este ano)	2027 (próximo ano)
Limite máximo de despesas incorridas A coparticipação nos custos paga pelo beneficiário, pelo Medicaid e por outros seguros secundários contribui para este limite máximo de despesas incorridas. Uma vez que o Medicaid cobre a maior parte da coparticipação nos custos dos nossos membros, são muito poucos os que chegam a atingir este limite máximo de despesas incorridas. Não é responsável pelo pagamento de quaisquer despesas	\$9,250	\$9,850 Depois de ter pago \$9,850 de despesas incorridas pelos serviços cobertos pelo Part A e Part B, não terá de pagar nada pelos serviços cobertos pelo Part A e Part B durante o resto do ano civil.

	2026 (este ano)	2027 (próximo ano)
incorridas até ao limite máximo de despesas incorridas para os serviços cobertos pelo Part A e Part B. Os seus custos com serviços médicos cobertos (tais como copagamentos e franquias) contam para o seu limite máximo de despesas incorridas. Os seus custos com medicamentos sujeitos a receita médica não contam para o seu limite máximo de despesas incorridas.		

Secção 1.3 Alterações à rede de prestadores e farmácias

Não haverá alterações na nossa rede de prestadores para o próximo ano.

Podemos fazer alterações aos hospitais, médicos e especialistas (prestadores) que fazem parte do nosso plano ao longo do ano. Se uma alteração a meio do ano nos nossos prestadores o afetar, contacte os Serviços para Membros através do número 1-844-812-6896 (os utilizadores de TTY devem ligar para o 711) para obter ajuda. Poderá ter direito a um período especial de inscrição caso o seu prestador saia da rede do plano. Para obter mais informações sobre os seus direitos quando um prestador da rede sai do nosso plano, consulte o Capítulo 3, Secção 2.3 da sua *Prova de Cobertura*.

Os valores que paga pelos seus medicamentos sujeitos a receita médica podem depender da farmácia que utilizar. Os planos de medicamentos do Medicare dispõem de uma rede de farmácias. Na maioria dos casos, as suas receitas médicas só são cobertas se forem aviadas numa das farmácias da rede do plano.

Não haverá alterações na nossa rede de farmácias para o próximo ano.

Podemos fazer alterações às farmácias que fazem parte do nosso plano ao longo do ano. Se uma alteração a meio do ano nas nossas farmácias o afetar, contacte os Serviços para Membros através do número 1-844-812-6896 (os utilizadores de TTY devem ligar para o 711) para obter ajuda.

Secção 1.4 Não há alterações aos seus benefícios nem aos valores que paga pelos serviços médicos

Os nossos benefícios e os valores que pagará por estes serviços médicos cobertos serão os mesmos em 2027 que em 2026.

O Aviso Anual de Alterações informa-o sobre as alterações aos seus benefícios e custos do Medicare.

Secção 1.5 Alterações à cobertura de medicamentos do Part D

Alterações à Nossa Lista de Medicamentos

A nossa lista de medicamentos cobertos é designada por formulário ou Lista de Medicamentos. É disponibilizada uma cópia da nossa Lista de Medicamentos em formato eletrónico e publicada online em www.nhpri.org/DualCONNECT/member-materials/.

Pode obter uma cópia da Lista de Medicamentos ligando para os Serviços para Membros através do número 1-844-812-6896 (os utilizadores de TTY devem ligar para o 711) ou visitando o nosso website em www.nhpri.org/DualCONNECT/member-materials/.

Fazemos alterações à nossa Lista de Medicamentos, que podem incluir a remoção ou adição de medicamentos, a alteração das restrições aplicáveis à nossa cobertura para determinados medicamentos ou a sua transferência para um escalão de coparticipação nos custos diferente. **Consulte a Lista de Medicamentos para se certificar de que os seus medicamentos estarão cobertos no próximo ano e para verificar se haverá alguma restrição ou se o seu medicamento foi transferido para um escalão diferente de coparticipação nos custos.**

A maioria das alterações à Lista de Medicamentos é nova para o início de cada ano. No entanto, poderemos introduzir outras alterações permitidas pelas regras do Medicare que o afetarão durante o ano civil. Atualizamos a nossa Lista de Medicamentos online pelo menos uma vez por mês para lhe fornecer a lista de medicamentos mais atualizada. Se fizermos uma alteração que venha a afetar o seu acesso a um medicamento que esteja a tomar, enviar-lhe-emos um aviso sobre essa alteração.

Se for afetado por uma alteração na cobertura de medicamentos no início do ano ou ao longo do ano, consulte o Capítulo 9 da sua *Prova de cobertura* e fale com o seu médico para conhecer as suas opções, tais como solicitar um fornecimento temporário, requerer uma exceção e/ou procurar um novo medicamento. Ligue para os Serviços para Membros através do número 1-844-812-6896 (Os utilizadores de TTY ligam para o 711) para obter mais informações.

Secção 1.6 Alterações aos benefícios e custos dos medicamentos sujeitos a receita médica

Recebe o programa Extra Help para ajudar a pagar os custos da sua cobertura de medicamentos?

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.** Enviámos-lhe um documento separado, intitulado *Anexo à Prova de Cobertura para Pessoas que Beneficiam do programa Extra Help no Pagamento de Medicamentos Sujeitos a Receita Médica*, que lhe fornece informações sobre os custos dos seus medicamentos. Se beneficia do programa Extra Help e não receber este material até 15 de outubro, ligue para os Serviços para Membros através do número 1-844-812-6896 (os utilizadores de TTY devem ligar para o 711) e solicite o anexo LIS.

Fases de Pagamento de Medicamentos

Existem três **fases de pagamento de medicamentos**: a Fase da Franquia Anual, a Fase de Cobertura Inicial e a Fase de Cobertura Catastrófica.

- **Fase 1: Franquia Anual**

Não temos qualquer franquia, pelo que esta fase de pagamento não se aplica ao seu caso.

- **Fase 2: Cobertura Inicial**

Nesta fase, o nosso plano paga a sua parte do custo dos seus medicamentos e o membro paga a sua parte do custo. Normalmente, permanece nesta fase até que as suas despesas incorridas acumuladas no ano atinjam \$2,400.

- **Fase 3: Cobertura Catastrófica**

Esta é a terceira e última fase de pagamento dos medicamentos. Nesta fase, não paga nada pelos medicamentos cobertos pelo Part D. Normalmente, permanece nesta fase até ao final do ano civil.

Custos dos Medicamentos na Fase 1: Franquia Anual

A tabela apresenta o custo por receita médica nesta fase.

	2026 (este ano)	2027 (próximo ano)
Franquia Anual	Como não temos qualquer franquia, esta fase de pagamento não se aplica ao seu caso.	Como não temos qualquer franquia, esta fase de pagamento não se aplica ao seu caso.

Custos dos Medicamentos na Fase 2: Cobertura Inicial

A tabela apresenta o custo por receita médica para um fornecimento de um mês, aviado numa farmácia da rede com coparticipação nos custos padrão.

A maioria das vacinas para adultos do Part D está coberta sem qualquer custo para si. Para obter mais informações sobre os custos das vacinas, ou sobre os custos de um fornecimento a longo prazo; numa farmácia da rede; ou para receitas médicas por correspondência, consulte o Capítulo 6 da sua *Prova de Cobertura*.

Depois de ter pago \$2,400 de despesas incorridas por medicamentos cobertos pelo Part D, passará para a fase seguinte (a Fase de Cobertura Catastrófica).

	2026 (este ano)	2027 (próximo ano)
Coparticipação nos custos (Todos os medicamentos):	\$5.10 (genérico) ou \$12.65 (marca)	\$5.80 (genérico) ou \$14.40 (marca)

SECÇÃO 2 Como mudar de plano

Para continuar no Neighborhood Dual CONNECT, não precisa de fazer nada. A menos que se inscreva num plano de saúde Medicare diferente ou mude para o Original Medicare até 7 de dezembro, será automaticamente inscrito no nosso Neighborhood Dual CONNECT.

Se pretender mudar de plano em 2027, siga estes passos:

- **Para mudar para um plano de saúde Medicare diferente,** inscreva-se no novo plano. Será automaticamente retirado do Neighborhood Dual CONNECT. Lembre-se de que nem todos os planos de saúde do Medicare cobrem medicamentos

sujeitos a receita médica. Além disso, tenha em atenção que, no caso de muitos planos, não é possível aderir a um plano de saúde do Medicare e, simultaneamente, subscrever um plano de medicamentos sujeitos a receita médica.

- **Para mudar para o Original Medicare com cobertura de medicamentos separada do Medicare,** pode inscrever-se num plano Part D, e será automaticamente cancelada a sua inscrição no Neighborhood Dual CONNECT.
- **Para mudar para o Original Medicare sem um plano de medicamentos,** pode enviar-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) para obter mais informações sobre como fazer isso. Ou ligue para o **Medicare** através do número 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) e peça para cancelar a sua inscrição. Os utilizadores TTY/TDD devem ligar para o 1-877-486-2048.
- **Para saber mais sobre o Original Medicare e os diferentes tipos de planos do Medicare,** visite o website [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov), consulte o manual *Medicare & You 2027*, contacte o State Health Insurance Assistance Program (consulte a Secção 4) ou ligue para o número 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). A título de lembrete, o Neighborhood Health Plan of Rhode Island oferece outros planos de saúde do Medicare. Estes outros planos podem diferir em termos de cobertura, prémios mensais e montantes de coparticipação nos custos.

Secção 2.1 Prazos para a mudança de planos

As pessoas com Medicare podem alterar a sua cobertura entre **15 de outubro e 7 de dezembro** de cada ano.

Se se inscreveu num plano Medicare Advantage com início a 1 de janeiro de 2027 e não está satisfeito com a sua escolha de plano, pode mudar para outro plano de saúde do Medicare (com ou sem cobertura de medicamentos do Medicare) ou mudar para o Original Medicare (com ou sem cobertura de medicamentos do Medicare separada) entre 1 de janeiro e 31 de março de 2027.

Secção 2.2 Existem outras alturas do ano em que é possível efetuar uma mudança?

Em determinadas situações, as pessoas podem ter outras oportunidades para alterar a sua cobertura ao longo do ano. Entre os exemplos contam-se as pessoas que:

- Têm o Medicaid
- Recebem o programa Extra Help para ajudar a pagar os seus medicamentos

- Têm ou estão a deixar de ter cobertura através do empregador
- Saem da área de serviço do nosso plano

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, 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.

Se se mudou recentemente para uma instituição (como um lar de idosos ou um hospital de cuidados prolongados) ou se vive atualmente numa instituição, pode alterar a sua cobertura do Medicare **a qualquer momento**. Pode mudar para qualquer outro plano de saúde do Medicare (com ou sem cobertura de medicamentos do Medicare) ou optar pelo Original Medicare (com ou sem cobertura de medicamentos do Medicare separada) a qualquer momento. Se saiu recentemente de uma instituição, tem a possibilidade de mudar de plano ou optar pelo Original Medicare durante 2 meses completos a contar do mês seguinte ao da sua saída.

SECÇÃO 3 Obter ajuda para pagar os medicamentos sujeitos a receita médica

Poderá ter direito a apoio para o pagamento de medicamentos sujeitos a receita médica. Estão disponíveis diferentes tipos de apoio:

- **Extra Help do Medicare.** As pessoas com rendimentos limitados podem ter direito ao programa Extra Help para ajudar a pagar os custos dos seus medicamentos sujeitos a receita médica. Se for elegível, o Medicare poderá cobrir até 75% ou mais dos custos dos seus medicamentos, incluindo os prémios mensais do plano de medicamentos, as franquias anuais e o cosseguro. Além disso, as pessoas que preencham os requisitos não terão de pagar uma penalização por inscrição tardia. Para saber se cumpre os requisitos, ligue para:
 - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Os utilizadores de TTY podem ligar para o número 1-877-486-2048, 24 horas por dia, 7 dias por semana.
 - Segurança Social, através do número 1-800-772-1213, entre as 8 a.m. e as 7 p.m., de segunda a sexta-feira, para falar com um representante. As

mensagens automáticas estão disponíveis 24 horas por dia. Os utilizadores de TTY podem ligar para o número 1-800-325-0778.

- O seu Escritório Medicaid estatal.
- **Apoio à coparticipação nos custos com medicamentos sujeitos a receita médica para pessoas com VIH/SIDA.** O AIDS Drug Assistance Program (ADAP) contribui para garantir que as pessoas que vivem com VIH/SIDA e que são elegíveis para o ADAP tenham acesso a medicamentos contra o VIH que salvam vidas. Para ser elegível para o programa ADAP em vigor no seu estado, deve cumprir determinados critérios, incluindo a comprovação de residência no estado e do estado serológico em relação ao VIH, um rendimento baixo, conforme definido pelo estado, e a situação de não ter seguro de saúde ou de ter um seguro insuficiente. Os medicamentos do Part D do Medicare que também são cobertos pelo ADAP são elegíveis para apoio na coparticipação nos custos das receitas médicas através do Ryan White Program. Para obter informações sobre os critérios de elegibilidade, os medicamentos cobertos, como aderir ao programa ou, caso já esteja inscrito, como continuar a receber apoio, ligue para o número 1-401-462-3295 ou 1-401-462-3294. Quando ligar, certifique-se de que lhes comunica o nome do seu plano Medicare Part D ou o número da apólice.
- **Plano de Pagamento de Medicamentos Sujeitos a Receita Médica do Medicare (Medicare Prescription Payment Plan)** O Medicare Prescription Payment Plan é uma opção de pagamento que funciona com a sua cobertura atual de medicamentos para ajudá-lo a gerir as suas despesas incorridas com medicamentos cobertos pelo nosso plano, distribuindo-as 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. Se estiver a participar no Medicare Prescription Payment Plan e permanecer no mesmo plano do Part D, a sua participação será automaticamente renovada para 2027; não precisa de apresentar um novo pedido de adesão para continuar a participar em 2027. **Esta opção de pagamento pode ajudá-lo a gerir as suas despesas, mas não lhe permite poupar dinheiro nem reduzir os custos com medicamentos.**

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 Medicare Prescription Payment Plan. Para saber mais sobre esta opção de pagamento, contacte-nos através do número 1-844-812-6896 (os utilizadores de TTY devem ligar para o 711 ou visitar [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov)).

SECÇÃO 4 Dúvidas?

Obter ajuda do Neighborhood Dual CONNECT

- **Ligue para os Serviços para Membros através do número 1-844-812-6896 (Os utilizadores de TTY ligam para o 711)**

Estamos disponíveis para atender chamadas telefónicas 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.

- **Leia a sua *Prova de Cobertura* para 2027**

Este *Aviso Anual de Alterações* apresenta-lhe um resumo das alterações aos seus benefícios e custos para 2027. Para mais informações, consulte a *Prova de Cobertura* para 2027 do Neighborhood Dual CONNECT. A *Prova de Cobertura* é a descrição legal e pormenorizada dos benefícios do nosso plano. Explica os seus direitos e as regras que tem de seguir para obter os serviços cobertos e os medicamentos sujeitos a receita médica. Consulte a *Prova de Cobertura* no nosso website em <http://www.nhpri.org/dualCONNECT> ou ligue para os Serviços para Membros através do número 1-844-812-6896 (utilizadores de TTY devem ligar para o 711) para nos solicitar que lhe enviemos uma cópia por correio.

- **Visite <http://www.nhpri.org/dualCONNECT>**

O nosso website contém as informações mais atualizadas sobre a nossa rede de prestadores (*Diretório de Prestadores/Diretório de Farmácias*) e a nossa *Lista de Medicamentos Cobertos* (formulário/Lista de Medicamentos).

Obter aconselhamento gratuito sobre o Medicare

O State Health Insurance Assistance Program (SHIP) é um programa governamental independente que dispõe de consultores qualificados em cada estado. Em Rhode Island, o SHIP é chamado de Rhode Island State Health Insurance Assistance Program (SHIP).

Ligue para o State Health Insurance Assistance Program (SHIP) de Rhode Island para obter aconselhamento personalizado e gratuito sobre seguros de saúde. Podem ajudá-lo a compreender as opções de planos do Medicare e do Medicaid e responder a perguntas sobre a mudança de plano. Ligue para o State Health Insurance Assistance Program (SHIP) de Rhode Island, através do número 1-888-884-8721. Saiba mais sobre o State Health Insurance Assistance Program (SHIP) de Rhode Island visitando o website (oha.ri.gov).

Obter ajuda do Medicare

- **Ligue para o 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).**

Pode ligar para o número 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas por dia, 7 dias por semana. Os utilizadores TTY devem ligar para o 1-877-486-2048.

- **Chat ao vivo em [Medicare.gov](https://www.medicare.gov)**

Pode conversar em tempo real em [Medicare.gov/talk-to-someone](https://www.medicare.gov/talk-to-someone).

- **Escreva ao Medicare**

Pode escrever para o Medicare no endereço PO Box 1270, Lawrence, KS 66044

- **Visite [Medicare.gov](https://www.medicare.gov)**

O website oficial do Medicare disponibiliza informações sobre custos, cobertura e classificações de qualidade por estrelas para o ajudar a comparar os planos de saúde do Medicare na sua zona.

- **Leia o *Medicare & You 2027***

O manual *Medicare & You 2027* é enviado por correio aos beneficiários do Medicare todos os outonos. Inclui um resumo dos benefícios, direitos e proteções do Medicare, bem como respostas às perguntas mais frequentes sobre o Medicare. Obtenha uma cópia em [Medicare.gov](https://www.medicare.gov) ou ligando para o número 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Os utilizadores de TTY ligam para o 1-877-486-2048.

Obter ajuda do Rhode Island Medicaid

Ligue para o Departamento de Serviços Sociais do Rhode Island Medicaid através do número 1-855-697-4347. Os utilizadores de TTY ligam para o 711 ou visitam www.dhs.ri.gov para obterem ajuda com a inscrição no Medicaid ou esclarecerem dúvidas sobre os benefícios.

Contacte o Rhode Island Office of Healthy Aging (Gabinete de Envelhecimento Saudável de Rhode Island) através do número 1-401-462-3000. Os utilizadores de TTY ligam para o 401-462-0740 ou visitam www.oha.ri.gov para obter ajuda na apresentação de uma reclamação ou recurso.