



Neighborhood **INTEGRITY** for Duals (HMO D-SNP) 2027 Manual do Membro

Manual do Membro do Neighborhood INTEGRITY for Duals

1 de janeiro de 2027 – 31 de dezembro de 2027

Cobertura de Saúde e Medicamentos ao abrigo do Neighborhood INTEGRITY for Duals (HMO D-SNP)

Introdução ao *Manual do Membro*

Este *Manual do Membro*, também conhecido como *Comprovativo de Cobertura*, informa sobre a sua cobertura ao abrigo do nosso plano até 31 de dezembro de 2027. Explica os serviços de cuidados de saúde, a cobertura de saúde comportamental, a cobertura de medicamentos sujeitos a receita médica e os serviços e apoios de longo prazo (long-term services and supports, LTSS). Os serviços e apoios de longo prazo ajudam-no a permanecer em casa em vez de ir para uma instalação de enfermagem ou para um hospital. Os termos-chave e as suas definições aparecem por ordem alfabética no **Capítulo 12** deste *Manual do Membro*.

Trata-se de um documento jurídico importante. Guarde-o num local seguro.

Quando este *Manual do Membro* diz “nós”, “nosso” ou “nosso plano”, refere-se ao Neighborhood INTEGRITY for Duals.

Este documento está disponível gratuitamente em espanhol e português.

Pode obter este documento gratuitamente noutros formatos, tais como letras grandes, braille e/ou áudio, ligando para os Serviços para Membros através do número indicado no final desta página. A chamada é gratuita.

Pode solicitar receber este documento e futuros materiais no seu idioma preferido e/ou formato alternativo, ligando para os Serviços aos Membros. É o que se designa por “pedido permanente”. Os Serviços para Membros irão documentar o seu pedido permanente no seu registo de membro para que possa receber materiais agora e no futuro no seu idioma e/ou formato preferido. Pode alterar ou eliminar o seu pedido permanente a qualquer altura, contactando os Serviços para Membros.

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

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。



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

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

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

ATANSYON: Si ou pale Kreyòl Ayisyen, sèvis asistans lang gratis disponib pou ou. Èd ak sèvis oksilyè apwopriye pou bay enfòmasyon nan fòm 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 Sprachassistentendienste nutzen. Geeignete unterstützende Hilfen und Services, die Informationen in barrierefreien Formaten bereitstellen, sind ebenfalls kostenfrei. Rufen Sie 1-800-963-1001 (TTY 711) an oder kontaktieren Sie Ihren Anbieter.

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

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

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

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

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



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

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

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

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

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

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

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



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações,** visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Manual do Membro do Neighborhood INTEGRITY for Duals

Capítulo 1: Começar como membro.....	6
Capítulo 2: Números de telefone e recursos importantes.....	19
Capítulo 3: Utilizar a cobertura do plano para os seus cuidados de saúde e outros serviços cobertos	39
Capítulo 4: Tabela de benefícios.....	61
Capítulo 5: Obter os seus medicamentos em regime de ambulatório.....	127
Capítulo 6: O que paga pelos seus medicamentos do Medicare e do Rhode Island Medicaid	149
Capítulo 7: Pedir-nos para pagar a nossa participação de uma fatura que recebeu por serviços ou medicamentos cobertos	167
Capítulo 8: Os seus direitos e responsabilidades	174
Capítulo 9. O que deve fazer se tiver um problema ou uma reclamação (decisões de cobertura, recursos, reclamações)	188
Capítulo 10: Cancelar a sua adesão ao nosso plano	239
Capítulo 11: Avisos legais	249
Capítulo 12: Definições de palavras importantes	252



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Isenções de responsabilidade

- ❖ O INTEGRITY for Duals (HMO D-SNP) do Neighborhood Health Plan of Rhode Island é um plano de saúde que tem contrato com o Medicare e com o Programa Rhode Island Medicaid. A inscrição no plano INTEGRITY for Duals do Neighborhood Health Plan of Rhode Island depende da renovação do contrato.
- ❖ Os benefícios e/ou copagamentos podem sofrer alterações em 1 de janeiro de 2028.
- ❖ Alguns benefícios mencionados fazem parte de um programa suplementar especial para doentes crônicos. Pode ser elegível para cobertura se tiver uma doença crônica, incluindo, entre outras, hipertensão, diabetes, doença pulmonar crônica, distúrbios hematológicos graves e genéticos raros e depressão. Aplicam-se critérios de elegibilidade adicionais. Contacte-nos para obter todos os detalhes.
- ❖ Os nossos medicamentos cobertos, 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.



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Capítulo 1: Começar como membro

Introdução

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

A. Bem-vindo ao nosso plano.....	8
B. Informações sobre o Medicare e o Rhode Island Medicaid	8
B1. Medicare.....	8
B2. Rhode Island Medicaid	8
C. Vantagens do nosso plano	9
D. Área de serviço do nosso plano.....	10
E. O que o torna elegível para ser membro do plano.....	10
F. O que esperar quando aderir pela primeira vez ao nosso plano de saúde	11
G. Equipa de cuidados e plano de cuidados	12
G1. Equipa de cuidados.....	12
G2. Plano de cuidados.....	12
H. Resumo dos Custos Importantes.....	13
H1. Prémio Mensal do Medicare Part B	13
H2. Valor do Pagamento de Receitas Médicas do Medicare	13
I. <i>Manual do Membro</i>	13
J. Outras informações importantes que recebe da nossa parte	14
J1. Cartão de Membro	14



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

J2. <i>Diretório de Prestadores e Farmácias</i>	15
J3. <i>Lista de Medicamentos Cobertos</i>	16
J4. <i>Explicação dos Benefícios</i>	17
K. Manter o seu registo de adesão atualizado	17
K1. Privacidade das informações pessoais de saúde (personal health information, PHI)	18



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

A. Bem-vindo ao nosso plano

O nosso plano oferece serviços do Medicare e do Rhode Island Medicaid a pessoas que sejam elegíveis para ambos os programas. O nosso plano inclui médicos, hospitais, farmácias, prestadores de serviços e apoios de longa duração, prestadores de cuidados de saúde comportamental e outros prestadores. Contamos também com gestores de cuidados e equipas de cuidados para o ajudar a gerir os seus prestadores de cuidados e serviços. Todos trabalham em conjunto para prestar os cuidados de que necessita.

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

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

B. Informações sobre o Medicare e o Rhode Island Medicaid

B1. Medicare

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

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

B2. Rhode Island Medicaid

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



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Cada Estado decide:

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

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

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

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

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

C. Vantagens do nosso plano

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

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

- Pode trabalhar connosco para a **maioria** das suas necessidades de cuidados de saúde.
- Tem uma equipa de cuidados que ajuda a formar. A sua equipa de cuidados pode incluir o próprio membro, o seu cuidador, médicos, enfermeiros, conselheiros ou outros profissionais de saúde.
- Tem acesso a um gestor de cuidados. Trata-se de uma pessoa que trabalha consigo, com o nosso plano e com a sua equipa de cuidados para ajudar a elaborar um plano de cuidados.



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

- Pode orientar os seus próprios cuidados com a ajuda da sua equipa de cuidados e do gestor de cuidados.
- A sua equipa de cuidados e o gestor de cuidados trabalham consigo para elaborar um plano de cuidados concebido para satisfazer **as suas** necessidades de saúde. A equipa de cuidados ajuda a coordenar os serviços de que necessita. Por exemplo, isto significa que a sua equipa de cuidados garante que:
 - Os seus médicos têm conhecimento de todos os medicamentos que toma, para que possam garantir que está a tomar os medicamentos certos e reduzir quaisquer efeitos secundários que possa ter com os medicamentos.
 - Os resultados dos seus exames são partilhados com todos os seus médicos e outros prestadores, conforme apropriado.
- Terá acesso a vários benefícios complementares, como inscrição gratuita em ginásio, refeições ao domicílio após um internamento hospitalar elegível, subsídio mensal para produtos sem receita médica (over-the-counter, OTC) e outros produtos de bem-estar, benefícios dentários preventivos e restauradores e muito mais.

D. Área de serviço do nosso plano

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

Apenas pessoas que residem na nossa área de serviço podem aderir ao nosso plano.

Não poderá permanecer no nosso plano se se mudar para fora da nossa área de serviço. Consulte o **Capítulo 8** deste *Manual do Membro* para obter mais informações sobre os efeitos de se mudar para fora da nossa área de serviço.

E. O que o torna elegível para ser membro do plano

É elegível para o nosso plano desde que:

- resida na nossa área de serviço (os indivíduos encarcerados não são considerados residentes na área de serviço, mesmo que estejam fisicamente localizados nela) **e**
- tenha o Medicare Part A e o Medicare Part B, **e**



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

- seja cidadão ou nacional dos Estados Unidos, ou um não-cidadão elegível, e
- seja atualmente elegível para o Rhode Island Medicaid.
- Vamos ajudá-lo a recuperar a sua elegibilidade para o Rhode Island Medicaid. Se a sua elegibilidade para o Rhode Island Medicaid for restabelecida enquanto ainda estiver inscrito no nosso plano para a sua cobertura do Medicare, retomaremos o pagamento dos seus benefícios do Rhode Island Medicaid e a sua inscrição connosco continuará em vigor. Se não recuperar a elegibilidade para o Rhode Island Medicaid no prazo de três meses, iremos cancelar a sua inscrição no programa Neighborhood INTEGRITY for Duals. Se recuperar a elegibilidade para o Rhode Island Medicaid após o cancelamento da sua inscrição, terá de contactar-nos para se inscrever novamente no plano.

Ligue para os Serviços para Membros para obter mais informações.

F. O que esperar quando aderir pela primeira vez ao nosso plano de saúde

Quando aderir ao nosso plano pela primeira vez, receberá uma avaliação dos riscos para a saúde (health risk assessment, HRA) no prazo de 90 dias antes ou depois da data efetiva da sua inscrição.

Temos de fazer uma HRA para o membro. Esta HRA é a base para desenvolver o seu plano de cuidados. A HRA inclui perguntas para identificar as suas necessidades médicas, comportamentais e funcionais.

Entramos em contacto consigo para fazer a HRA. Podemos fazer a HRA através de uma visita pessoal, telefonema ou correio. Entraremos em contacto consigo anualmente para verificar se alguma das suas necessidades mudou.

Enviaremos mais informações sobre esta HRA.

Se o Neighborhood INTEGRITY for Duals for novo para si, pode continuar a utilizar os prestadores que utiliza atualmente durante 180 dias.

Após 180 dias, terá de recorrer a médicos e outros prestadores da rede Neighborhood INTEGRITY for Duals. Um prestador da rede é um prestador que trabalha com o plano de saúde. Consulte o **Capítulo 3, Secção D** para obter mais informações.



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

G. Equipe de cuidados e plano de cuidados

G1. Equipe de cuidados

Uma equipe de cuidados pode ajudar o membro a continuar a receber os cuidados de que necessita. Uma equipe de cuidados pode incluir o seu médico, um gestor de cuidados, os seus especialistas ou outros profissionais de saúde à sua escolha.

Um gestor de cuidados é uma pessoa formada para o ajudar a gerir os cuidados de que necessita. É-lhe atribuído um gestor de cuidados quando se inscreve no nosso plano. Essa pessoa também o encaminhará para outros recursos comunitários que o nosso plano pode não oferecer e trabalhará com a sua equipa de cuidados para ajudar a coordenar os seus cuidados. Ligue-nos através dos números indicados no final da página para obter mais informações sobre o seu gestor de cuidados e equipa de cuidados.

G2. Plano de cuidados

A sua equipa de cuidados trabalha consigo para elaborar um plano de cuidados. Um plano de cuidados informa o membro e os seus médicos sobre os serviços de que necessita e como os obter. Inclui os seus serviços médicos, de saúde comportamental e LTSS ou outros serviços.

O seu plano de cuidados inclui:

- os seus objetivos de cuidados de saúde
- um cronograma para obter os serviços de que necessita
- Lacunas de cuidados identificadas
- Discussão sobre quais os serviços disponíveis com base nas suas necessidades
- Ajuda a criar intervenções adaptadas especificamente a si e às suas circunstâncias

A sua Equipa de Cuidados inclui o seu Gestor de Cuidados, o seu Médico de Cuidados Primários e qualquer pessoa que escolha para o ajudar a alcançar os seus objetivos.

O seu Plano de Cuidados fornece-lhe os dados de contacto do seu Gestor de Cuidados, para que possa esclarecer dúvidas e obter apoio à medida que trabalha para atingir os seus objetivos. A sua equipa de cuidados trabalha consigo para atualizar o seu plano de cuidados, pelo menos uma vez por ano ou sempre que necessário, caso se verifiquem alterações no seu estado de saúde.



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

A sua equipa de cuidados irá reunir-se consigo após a sua HRA. Irão perguntar quais os serviços de que necessita. Também informam sobre serviços que pode querer considerar adquirir. O seu plano de cuidados é criado com base nas suas necessidades e objetivos. A sua equipa de cuidados trabalha consigo para atualizar o seu plano de cuidados pelo menos uma vez por ano.

H. Resumo dos Custos Importantes

O nosso plano não tem prémio.

H1. 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 E** 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 INTEGRITY for Duals, 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 Medicare Part B. Também poderá pagar um prémio para o Medicare Part A se não for elegível para o Medicare Part A sem prémio. **Além disso, contacte os Serviços para Membros ou o seu gestor de cuidados e informe-os sobre essa alteração.**

H2. Valor do Pagamento de Receitas Médicas do Medicare

Se estiver a participar no Plano de Pagamento de Receitas Médicas do Medicare, receberá uma fatura do nosso plano pelos seus medicamentos (em vez de pagar na 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 J3**, 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.

I. Manual do Membro

Este *Manual do Membro* faz parte do nosso contrato consigo. Isso significa que devemos seguir todas as regras contidas neste documento. Se considerar que agimos de forma contrária a estas regras, poderá recorrer da nossa decisão. Para obter informações sobre recursos, consulte o **Capítulo 9** deste *Manual do Membro* ou ligue para 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Pode solicitar um *Manual do Membro* ligando para os Serviços para Membros através dos números indicados no final da página. Também pode consultar o *Manual do Membro*, disponível no nosso website, no endereço indicado na parte inferior da página.

O contrato está em vigor durante os meses em que o membro estiver inscrito no nosso plano, entre 1 de janeiro de 2027 e 31 de dezembro de 2027.

J. Outras informações importantes que recebe da nossa parte

Outras informações importantes que lhe fornecemos incluem o seu Cartão de Membro, informações sobre como aceder a um *Diretório de Prestadores e Farmácias*, Lista de Equipamento Médico Durável (Durable Medical Equipment, DME) e informações sobre como aceder a uma *Lista de Medicamentos Cobertos*, também conhecida como *Lista de Medicamentos* ou *Formulário*.

J1. Cartão de Membro

De acordo com o nosso plano, o membro tem um cartão para os serviços do Medicare e do Rhode Island Medicaid, incluindo LTSS, determinados serviços de saúde comportamental e receitas médicas. Mostre este cartão quando receber qualquer serviço ou receitas médicas. Aqui está um exemplo de Cartão de Membro:

			
Member Name: <Cardholder Name>		RxBIN: 004336	
Member ID: <Cardholder ID#>		RxPCN: MEDDADV	
PCP Group/Name: <PCP/Group Name>		RxGRP: RXa21KD	
PCP Phone: <PCP Phone>			
MEMBER CANNOT BE CHARGED			
Copays: PCP/Specialist: \$0 ER: \$0			
H7635	001		

If you are experiencing an Emergency Dial 911. If your emergency is for Behavioral Health please call the crisis line at the number provided below.

Member Services: 1-844-812-6896 (TTY 711)

Behavioral Health: 1-401-443-5995

Pharmacy Help Desk: 1-866-693-4620

Provider Services: 1-800-963-1001

Website: www.nhpri.org/INTEGRITYDuals

Send Claims To: Neighborhood Health Plan of Rhode Island
910 Douglas Pike
Smithfield, Rhode Island 02917

Claim Inquiry: 1-844-812-6896 (TTY 711)

Se o seu Cartão de Membro estiver danificado, perdido ou tiver sido roubado, ligue imediatamente para os Serviços para Membros, através do número indicado no final da página. Iremos enviar-lhe um novo cartão.

Enquanto for membro do nosso plano, não precisa de utilizar o seu cartão Medicare vermelho, branco e azul nem o seu cartão Rhode Island Medicaid (“âncora”) para obter a maioria dos serviços. Guarde esses cartões num local seguro, caso precise deles mais tarde. Se apresentar o seu cartão Medicare em vez do seu Cartão de Membro, o prestador poderá cobrar ao



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Medicare em vez de ao nosso plano, e poderá receber uma fatura. Poderá ser-lhe solicitado que apresente o seu cartão Medicare se precisar de serviços hospitalares, serviços de cuidados paliativos ou participar em estudos de investigação clínica aprovados pelo Medicare (também designados por ensaios clínicos). Consulte o **Capítulo 7** deste *Manual do Membro* para saber o que fazer se receber uma fatura de um prestador. Deve continuar a utilizar o seu cartão Rhode Island Medicaid (“âncora”) para serviços dentários de rotina e transporte médico não urgente. Consulte o **Capítulo 4** para obter mais informações sobre quando utilizar o seu cartão Rhode Island Medicaid (“âncora”).

J2. Diretório de Prestadores e Farmácias

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

Pode solicitar um *Diretório de Prestadores e Farmácias* (em formato eletrónico ou impresso) ligando para os Serviços para Membros através dos números indicados no final da página. Os pedidos de cópias impressas do *Diretório de Prestadores e Farmácias* ser-lhe-ão enviados por correio no prazo de três dias úteis. Também pode consultar o *Diretório de Prestadores e Farmácias* no endereço da web indicado no final da página.

O *Diretório de Prestadores e Farmácias* lista os profissionais de cuidados de saúde (como médicos, enfermeiros e psicólogos), instalações (como hospitais ou clínicas) e prestadores de serviços de apoio (como Prestadores de Cuidados de Saúde Diurnos para Adultos e Cuidados de Saúde Domiciliários) que pode utilizar como membro do Neighborhood INTEGRITY for Duals. Também lista as farmácias que pode utilizar para obter medicamentos sujeitos a receita médica.

O *Diretório de Prestadores e Farmácias* contém informações de contacto de prestadores e farmácias, incluindo endereços, números de telefone e horários de funcionamento. Também pode encontrar outros detalhes, como especialidades e competências de todos os prestadores da rede Neighborhood INTEGRITY for Duals.

Definição de prestador da rede

- Os nossos prestadores da rede incluem:
 - médicos, enfermeiros e outros profissionais de cuidados de saúde que pode utilizar como membro do nosso plano;
 - clínicas, hospitais, instalações de enfermagem e outros locais que prestam serviços de saúde no nosso plano; e
 - LTSS, serviços de saúde comportamental, agências de cuidados de saúde ao domicílio, fornecedores de equipamento médico durável (durable



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

medical equipment, DME) e outros que fornecem bens e serviços que obtém através do Medicare ou do Rhode Island Medicaid.

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

Definição de farmácias da rede

- As farmácias da rede são farmácias que concordam em aviar receitas médicas para os membros do nosso plano. Utilize o *Diretório de Prestadores e Farmácias* para encontrar a farmácia da rede que pretende utilizar.
- Exceto em caso de emergência, deve aviar as suas receitas médicas numa das farmácias da nossa rede se quiser que o nosso plano o ajude a pagá-las.

Ligue para os Serviços para Membros através do número indicado no final da página para obter mais informações. Tanto os Serviços para Membros como o nosso website podem fornecer-lhe as informações mais atualizadas sobre alterações nas nossas farmácias e prestadores da rede.

Lista de Equipamento Médico Durável (Durable Medical Equipment, DME)

Esta lista indica-lhe as marcas e os fabricantes de DME que cobrimos. A lista mais recente de marcas, fabricantes e fornecedores também está disponível no nosso website, no endereço indicado no final da página. Consulte os **Capítulos 3 e 4** deste *Manual do Membro* para saber mais sobre equipamentos DME.

J3. Lista de Medicamentos Cobertos

O nosso plano tem uma *Lista de Medicamentos Cobertos*. É designada por *Lista de Medicamentos*, para abreviar. Informa quais os medicamentos cobertos pelo nosso plano. 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 programa Medicare Drug Price Negotiation serão incluídos na sua *Lista de Medicamentos*, a menos que tenham sido removidos e substituídos conforme descrito no **Capítulo 5, Secção E**. O Medicare aprovou a *Lista de Medicamentos* do Neighborhood INTEGRITY for Duals.

A *Lista de Medicamentos* também informa se existem regras ou restrições sobre algum medicamento, como um limite na quantidade que pode obter. Consulte o **Capítulo 5** deste *Manual do Membro* para obter mais informações.

Todos os anos, enviamos-lhe informações sobre como aceder à *Lista de Medicamentos*, mas algumas alterações podem ocorrer durante o ano. Para obter as informações mais atualizadas sobre que medicamentos estão cobertos, ligue para os Serviços para Membros ou visite o nosso website no endereço indicado no final da página.



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

J4. Explicação dos Benefícios

Quando utiliza os benefícios de medicamentos do Medicare Part D, enviamos-lhe um resumo para o ajudar a compreender e acompanhar os pagamentos dos seus medicamentos do Medicare Part D. Este resumo é designado por *Explicação dos Benefícios* (Explanation of Benefits, EOB).

A EOB informa o valor total que o membro, ou outras pessoas em seu nome, gastaram com os medicamentos do Medicare Part D e o valor total que pagámos por cada um dos seus medicamentos do Medicare Part D durante o mês. Esta EOB não é uma fatura. A EOB tem mais informações sobre os medicamentos que toma. O **Capítulo 6** deste *Manual do Membro* fornece mais informações sobre a EOB e como ajuda o membro a acompanhar a sua cobertura de medicamentos.

O membro também pode solicitar uma EOB. Para obter uma cópia, contacte os Serviços para Membros através dos números indicados no final da página.

Tem a opção de receber a sua Explicação dos Benefícios do Medicare Part D eletronicamente. A versão eletrónica fornece as mesmas informações, no mesmo formato, do documento em papel da Explicação dos Benefícios, que recebe atualmente. Para começar a receber a Explicação dos Benefícios eletrónica, aceda a www.caremark.com ou ligue para os Serviços para Membros para se registar. Receberá uma notificação por e-mail quando tiver uma nova Explicação dos Benefícios para visualizar. Certifique-se de que guarda estes relatórios. São informações importantes sobre as suas despesas com medicamentos.

K. Manter o seu registo de adesão atualizado

Pode manter o seu registo de adesão atualizado informando-nos sobre qualquer alteração nos seus dados de contacto.

Precisamos destas informações para garantir que temos os seus dados corretos nos nossos registos. 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.

Informe-nos imediatamente sobre o seguinte:

- alterações no seu nome, endereço ou número de telefone;
- alterações em qualquer outra cobertura de seguro de saúde, como a do seu empregador, do empregador do seu cônjuge ou do seu parceiro doméstico, ou indemnização por acidente de trabalho;



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

- quaisquer pedidos de responsabilidade civil, tais como reclamações decorrentes de um acidente automóvel;
- admissão numa instalação de enfermagem ou hospital;
- cuidados prestados por um hospital ou serviço de urgências;
- alterações no seu cuidador (ou qualquer pessoa responsável por si); **e**
- a sua participação num estudo de investigação clínica. (**Nota:** Não é obrigatório informar-nos sobre um estudo de investigação clínica no qual pretende participar, mas recomendamos que o faça.

Se alguma informação mudar, ligue para os Serviços para Membros através dos números indicados no final da página.

O portal de membros do Neighborhood INTEGRITY for Duals oferece aos membros um acesso prático, 24 horas por dia, 7 dias por semana, para atualizarem informações online, incluindo: Alterações do PCP, atualizações de morada, telefone e e-mail, solicitar ou transferir o cartão de membro, obter o estado dos pedidos de reembolso em tempo real e aceder a toda a correspondência enviada pelo Neighborhood Health Plan of Rhode Island. Pode aceder ao portal de membros em www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Também é importante que informe o Rhode Island Medicaid. Se alguma informação mudar, ligue para o Departamento de Serviços Humanos (Department of Human Services, DHS) através do número 1-855-697-4347 (TTY 711).

K1. Privacidade das informações pessoais de saúde (personal health information, PHI)

As informações contidas no seu registo de adesão podem incluir informações pessoais de saúde (personal health information, PHI). As leis federais e estaduais exigem que mantenhamos as suas PHI confidenciais. Protegemos as suas PHI. Para obter mais detalhes sobre como protegemos as suas PHI, consulte o **Capítulo 8** deste *Manual do Membro*.



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Capítulo 2: Números de telefone e recursos importantes

Introdução

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

Índice

A. Serviços para Membros.....	21
B. Gestor de Cuidados	24
C. Como contactar a Linha de Aconselhamento de Enfermagem	25
D. Como contactar a Linha de Crise de Saúde Comportamental	26
E. Programa Estadual de Assistência ao Seguro de Saúde (State Health Insurance Assistance Program, SHIP).....	26
F. Organização de Melhoria da Qualidade (Quality Improvement Organization, QIO)	27
G. Medicare	29
H. Rhode Island Medicaid	30
H1. Informações gerais sobre os programas Medicaid	30
H2. Informações sobre os Serviços e Apoios de Longo Prazo (Long-term services and supports, LTSS) do Medicaid.....	31
H3. Informações sobre o MyOptionsRI	32
I. Aliança para Melhores Cuidados Prolongados (Alliance for Better Long-Term Care)	32
J. Programas para Ajudar as Pessoas a Pagar pelos Medicamentos.....	33
J1. Programa Extra Help do Medicare	33



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

J2. Programa de Assistência a Medicamentos para SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP)	34
J3. Plano de Pagamento de Receitas Médicas do Medicare	34
K. Segurança Social	35
L. Caixa de Pensões dos Ferroviários (Railroad Retirement Board, RRB)	35
M. Outros recursos.....	36



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

A. Serviços para Membros

TELEFONE	1-844-812-6896. Esta chamada é gratuita. 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). Dispomos de serviços de intérpretes gratuitos para pessoas que não falam inglês.
TTY	711. Esta chamada é gratuita. 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/INTEGRITYDuals

Contate os Serviços para Membros para obter ajuda com:

- perguntas sobre o plano
- questões sobre reembolsos ou faturação
- decisões de cobertura sobre os seus cuidados de saúde
 - Uma decisão de cobertura sobre os seus cuidados de saúde é uma decisão sobre:
 - os seus benefícios e serviços cobertos, **ou**
 - o valor que pagaremos pelos seus serviços de saúde.



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

- Ligue-nos se tiver dúvidas sobre uma decisão de cobertura relativa aos seus cuidados de saúde.
- Para saber mais sobre decisões de cobertura, consulte o **Capítulo 9** deste *Manual do Membro*.
- recursos sobre os seus cuidados de saúde
 - Um recurso é uma forma formal de nos solicitar a revisão de uma decisão que tomámos sobre a sua cobertura e pedir-nos para alterá-la, caso considere que cometemos um erro ou discorde da decisão.
 - Para saber mais sobre como apresentar um recurso, consulte o **Capítulo 9** deste *Manual do Membro* ou contacte os Serviços para Membros.
- reclamações sobre os seus cuidados de saúde
 - Pode apresentar uma reclamação sobre nós ou qualquer prestador (incluindo prestadores fora da rede ou dentro da rede). Um prestador da rede é um prestador que trabalha com o nosso plano. Pode também apresentar uma reclamação sobre a qualidade dos cuidados recebidos da nossa parte ou da Organização de Melhoria da Qualidade (Quality Improvement Organization, QIO) (consulte a **Secção D**).
 - Pode ligar-nos e explicar a sua reclamação através do número 1-844-812-6896 (TTY 711).
 - Se a sua reclamação for sobre uma decisão de cobertura relativa aos seus cuidados de saúde, pode apresentar um recurso (consulte a secção acima).
 - Pode enviar uma reclamação sobre o nosso plano para o Medicare. Pode utilizar um formulário online em www.medicare.gov/my/medicare-complaint. Ou pode ligar para o 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para pedir ajuda.
 - Para saber mais sobre como apresentar uma reclamação sobre os seus cuidados de saúde, consulte o **Capítulo 9** deste *Manual do Membro*.
- decisões de cobertura sobre os seus medicamentos
 - Uma decisão de cobertura sobre os seus medicamentos é uma decisão sobre:
 - os seus benefícios e medicamentos cobertos, **ou**
 - o valor que pagamos pelos seus medicamentos.



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

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



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

B. Gestor de Cuidados

Um gestor de cuidados é um profissional clínico (incluindo um Enfermeiro Registrado (Registered Nurse, RN), assistente social e outros profissionais de saúde) que o ajuda a gerir todos os seus prestadores e serviços. Trabalha com a sua Equipa de Cuidados para garantir que recebe os cuidados de que necessita. Se escolher, pode ter um gestor de cuidados para o ajudar a coordenar os seus cuidados. Para solicitar, alterar ou contactar um gestor de cuidados, contacte os Serviços para Membros.

TELEFONE	1-844-812-6896. Esta chamada é gratuita. 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). Dispomos de serviços de intérpretes gratuitos para pessoas que não falam inglês.
TTY	711. Esta chamada é gratuita. 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/INTEGRITYDuals

Contacte o seu gestor de cuidados para obter ajuda com:

- perguntas sobre os seus cuidados de saúde
- perguntas sobre como obter serviços de saúde comportamental (saúde mental e transtornos relacionados com o abuso de substâncias)
- questões sobre transporte



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

- perguntas sobre Serviços e Apoios de Longo Prazo (Long-Term Services and Supports, LTSS). Os membros que têm um nível elevado ou o mais elevado de necessidade de cuidados e que, de outra forma, precisariam de cuidados institucionais, podem ser elegíveis para LTSS em sua casa. LTSS é uma variedade de serviços e apoios que ajudam os membros idosos e com deficiência a satisfazer as suas necessidades diárias de assistência e a melhorar a sua qualidade de vida, para que possam viver em segurança na comunidade.
- Os LTSS do Medicaid podem ajudar nas atividades da vida quotidiana e nos cuidados de saúde, tais como tomar banho, vestir-se, comer e preparar refeições. Estes podem incluir, entre outros:
 - Serviços domésticos ou de cuidados pessoais
 - Refeições ao domicílio
 - Sistema de Resposta a Emergências Pessoais
 - Programas autodirigidos (Personal Choice)
 - Residência assistida
 - Rlt@Home (residências partilhadas)
 - Os gestores de caso podem prestar assistência no preenchimento e envio do pedido de LTSS ao DHS.

C. Como contactar a Linha de Aconselhamento de Enfermagem

A Linha de Aconselhamento de Enfermagem está disponível 24 horas por dia, 7 dias por semana. Os enfermeiros podem ajudar o membro a decidir qual o melhor lugar para receber os seus cuidados, como o seu médico, cuidados de urgência ou serviço de urgências. Também podem ajudar a responder a perguntas sobre as suas preocupações de saúde, perguntas sobre fármacos e o que pode fazer em casa para cuidar da sua saúde.

TELEFONE	1-844-617-0563 Esta chamada é gratuita. 24 horas por dia, 7 dias por semana Disponemos de serviços de intérpretes gratuitos para pessoas que não falam inglês.
TTY	711 Esta chamada é gratuita.



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

	24 horas por dia, 7 dias por semana
--	-------------------------------------

Contate a Linha de Aconselhamento de Enfermagem para obter ajuda com:

- perguntas sobre os seus cuidados de saúde

D. Como contactar a Linha de Crise de Saúde Comportamental

A Linha de Crise de Saúde Comportamental fornece informações e apoio presencial aos membros que precisam localizar e aceder a serviços de saúde comportamental ou serviços de abuso de substâncias.

TELEFONE	1-844-617-0563. Esta chamada é gratuita. 24 horas por dia, 7 dias por semana Disponos de serviços de intérpretes gratuitos para pessoas que não falam inglês.
TTY	711. Esta chamada é gratuita. 24 horas por dia, 7 dias por semana

Contate a Linha de Crise de Saúde Comportamental para obter ajuda com:

- perguntas sobre serviços de saúde comportamental
- perguntas sobre serviços para transtornos relacionados com o abuso de substâncias

E. 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 fornecido pelo Gabinete para o Envelhecimento Saudável (Office of Healthy Aging, OHA).

O SHIP 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.



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

TELEFONE	1-888-884-8721 Das 8:30 a.m. às 4 p.m., de segunda a sexta-feira
TTY	1-401-462-0740 Este número é destinado a pessoas com dificuldades auditivas ou de fala. É necessário ter um equipamento telefônico especial para ligar para esse número.
CORREIO	Office of Healthy Aging ATTN: SHIP Program 25 Howard Avenue, Building 57 Cranston, RI 02920
WEBSITE	www.oha.ri.gov

Contate o programa SHIP para obter ajuda com:

- perguntas sobre o Medicare
- Os conselheiros do SHIP podem responder às suas perguntas sobre a mudança para um novo plano e ajudá-lo a:
 - compreender os seus direitos,
 - compreender as suas opções de planos,
 - responder a perguntas sobre a mudança de planos,
 - apresentar reclamações sobre os seus cuidados de saúde ou tratamento, e
 - corrigir problemas com as suas faturas.

F. Organização de Melhoria da Qualidade (Quality Improvement Organization, QIO)



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

O nosso estado tem uma organização designada por Acentra Health. Este 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 é uma organização independente. Não tem qualquer relação com o nosso plano.

TELEFONE	1-888-319-8452
TTY	711
CORREIO	Acentra Health 5201 West Kennedy Blvd, Suite 900 Tampa, FL 33609
WEBSITE	www.acentraqio.com

Contacte a Acentra Health para obter ajuda com:

- questões sobre os seus direitos em matéria de cuidados de saúde
- apresentar uma reclamação sobre os cuidados que recebeu se:
 - tiver um problema com a qualidade dos cuidados, como receber medicação errada, exames ou procedimentos desnecessários ou um diagnóstico errado,
 - considerar que o seu internamento hospitalar está a terminar muito cedo, **ou**
 - considerar que os seus cuidados de saúde ao domicílio, cuidados prestados por instalação de enfermagem especializada ou serviços prestados por instalações de reabilitação em regime de ambulatório abrangente (comprehensive outpatient rehabilitation facility, CORF) estão a terminar demasiado cedo.



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

G. Medicare

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

A agência federal responsável do Medicare são os Centros de Serviços Medicare e Medicaid ou CMS. Esta agência tem contrato com organizações Medicare Advantage, incluindo o nosso plano.

TELEFONE	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) As chamadas para este número são gratuitas, 24 horas por dia, sete dias por semana.
TTY	1-877-486-2048. Esta chamada é gratuita. Este número é destinado a pessoas com dificuldades auditivas ou de fala. É necessário ter um equipamento telefônico especial para ligar para esse número.
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



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

WEBSITEwww.medicare.gov

- 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.

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 qualidade do programa Medicare.

H. Rhode Island Medicaid

O Rhode Island Medicaid ajuda com serviços médicos e de longo prazo e apoia os custos para pessoas com rendimentos e recursos limitados.

Está inscrito no Medicare e no Medicaid. Se tiver dúvidas sobre a ajuda que recebe do Medicaid, ligue para o Departamento de Serviços Humanos (Department of Human Services, DHS).

H1. Informações gerais sobre os programas Medicaid

A **Linha de Informações do Departamento de Serviços Humanos (Department of Human Services, DHS)** fornece informações gerais sobre o Programa de Assistência Nutricional Suplementar (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP), Assistência Pública Geral (General Public Assistance (GPA) e outros programas da agência.



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

TELEFONE	1-855-697-4347 Das 8:30 a.m. às 3 p.m., às segundas, terças, quintas e sextas-feiras
TTY	711
CORREIO	Rhode Island DHS P.O. Box 8709 Cranston, RI 02920
WEBSITE	www.dhs.ri.gov

H2. Informações sobre os Serviços e Apoios de Longo Prazo (Long-term services and supports, LTSS) do Medicaid

Os LTSS envolvem uma variedade de serviços concebidos para satisfazer as necessidades de saúde ou cuidados pessoais de uma pessoa. Estes serviços ajudam as pessoas a viver da forma mais independente e segura possível quando já não conseguem realizar as atividades diárias por conta própria.

TELEFONE	1-401-574-8474 Das 8:30 a.m. às 3 p.m., de segunda a sexta-feira
TTY	711
CORREIO	DHS LTSS P.O. Box 8709 Cranston, RI 02920
WEBSITE	www.dhs.ri.gov
FAX	1-401-574-9915



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

H3. Informações sobre o MyOptionsRI

O MyOptionsRI liga-o aos serviços e ao apoio de que pode precisar para viver de forma independente, onde quer que escolha. O Centro de Recursos para Idosos e Pessoas com Deficiência (Aging and Disability Resource Center, ADRC) de Rhode Island oferece aconselhamento personalizado para ajudar os residentes de Rhode Island a compreender as opções que têm em termos de serviços e apoios de longo prazo. Existem muitos serviços disponíveis em todo o estado. Eles encaminham-no para os serviços de que necessita e explicam-lhe as alternativas. Este serviço é gratuito e confidencial.

TELEFONE	1-401-462-4444 Das 8:30 a.m. às 5 p.m., de segunda a sexta-feira
TTY	711
WEBSITE	www.myoptions.ri.gov

O MyOptionsRI pode fornecer informações úteis e assistência sobre:

- Cuidados domiciliários e comunitários
- Recursos para cuidadores e as suas famílias
- Assistência no planeamento de Cuidados Cognitivos e de Memória
- Acesso a programas de assistência pública, como Medicare e Medicaid, SNAP, assistência para aquecimento e serviços públicos
- Informações sobre outros recursos úteis na comunidade

I. Aliança para Melhores Cuidados Prolongados (Alliance for Better Long-Term Care)

A Aliança para Melhores Cuidados Prolongados ajuda as pessoas a obter informações sobre lares de idosos e a resolver problemas entre lares de idosos e residentes ou as suas famílias.

A Aliança para Melhores Cuidados Prolongados não está ligada ao nosso plano nem a qualquer seguradora ou plano de saúde.



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

TELEFONE	1-401-785-3340 ou 1-888-351-0808 Das 9 a.m. às 4:30 p.m., de segunda a sexta-feira
TTY	711
CORREIO	Aliança para Melhores Cuidados Prolongados (Alliance for Better Long-Term Care) 422 Post Road, Suite 204 Warwick, RI 02888
WEBSITE	www.alliancebltc.org
FAX	1-401-785-3391

J. Programas para Ajudar as Pessoas a Pagar pelos Medicamentos

O website do Medicare (www.medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs) fornece informações sobre como reduzir os custos com os seus medicamentos. Para pessoas com rendimentos limitados, existem também outros programas de assistência, conforme descrito abaixo.

J1. Programa Extra Help do Medicare

Como é elegível para o Rhode Island Medicaid, tem direito e está a receber o Extra Help do Medicare para pagar os custos do seu plano de medicamentos. Não precisa de fazer nada para obter o programa Extra Help.

TELEFONE	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) As chamadas para este número são gratuitas, 24 horas por dia, sete dias por semana.
TTY	1-877-486-2048 Esta chamada é gratuita. Este número é destinado a pessoas com dificuldades auditivas ou de fala. É necessário ter um equipamento telefónico especial para ligar para esse número.
WEBSITE	www.medicare.gov



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

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.

Contacte os Serviços para Membros para obter mais informações sobre como obter os melhores elementos de prova disponíveis e como os partilhar connosco.

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 por cheque. 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 indicado no final da página e selecione a opção Farmácia, se tiver alguma dúvida.

J2. Programa de Assistência a Medicamentos para SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP)

O ADAP ajuda pessoas elegíveis para o ADAP que vivem com VIH/SIDA a ter acesso a medicamentos essenciais para o tratamento do HIV. 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 programa Ryan White HIV/AIDS.

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 HIV, baixos rendimentos (conforme definido pelo estado) e situação de não ter seguro ou ter seguro insuficiente. Se mudar de planos, notifique o seu agente de inscrição local do ADAP para que possa continuar a receber assistência sobre os critérios de elegibilidade, medicamentos cobertos ou como se inscrever no programa, através do número 1-401-462-3295.

J3. 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 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 do Medicare ou um plano de saúde do 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,**



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

não precisa fazer nada para continuar com esta opção. O programa “Extra Help” do Medicare e a ajuda do RIPAE e ADAP, para aqueles que se qualificam, são mais vantajosas do que a participação nesta opção de pagamento, independentemente do seu nível de rendimentos, e os planos com cobertura de medicamentos devem oferecer esta opção de pagamento. Para saber mais sobre esta opção de pagamento, ligue para os Serviços para Membros através do número indicado no final da página ou visite www.Medicare.gov.

K. Segurança Social

A Segurança Social determina a elegibilidade para o Medicare e trata da inscrição no Medicare.

Se mudar de casa ou alterar o seu endereço postal, é importante que contacte a Segurança Social para os informar.

TELEFONE	1-800-772-1213 As chamadas para este número são gratuitas. Disponível das 8 a.m. às 7 p.m., de segunda a sexta-feira. Pode utilizar os serviços telefónicos automatizados para obter informações gravadas e realizar algumas transações 24 horas por dia.
TTY	1-800-325-0778 Este número é destinado a pessoas com dificuldades auditivas ou de fala. É necessário ter um equipamento telefónico especial para ligar para esse número.
WEBSITE	www.ssa.gov

L. Caixa de Pensões dos Ferroviários (Railroad Retirement Board, RRB)

A RRB 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 RRB, informe-os caso mude de residência ou altere o seu endereço postal. Para questões sobre os seus benefícios da RRB, entre em contacto com a agência.



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

TELEFONE	1-877-772-5772 As chamadas para este número são gratuitas. Prima “0” para falar com um representante da RRB das 9 a.m. às 3:30 p.m., às segundas, terças, quintas e sextas-feiras, e das 9 a.m. às 12 p.m. às quartas-feiras. Prima “1” para aceder à linha de apoio automatizada da RRB e obter informações gravadas 24 horas por dia, incluindo fins-de-semana e feriados.
TTY	1-312-751-4701 Este número é destinado a pessoas com dificuldades auditivas ou de fala. É necessário ter um equipamento telefónico especial para ligar para esse número. As chamadas para este número não são gratuitas.
WEBSITE	www.rrb.gov

M. Outros recursos

O **Rhode Island Office of Healthy Aging** ajuda a fornecer informações a idosos, famílias e cuidadores de Rhode Island. Alguns programas e serviços incluem, mas não se limitam a, gestão de casos, assistência para aquecimento, assistência jurídica, Rhode Island Medicaid Long Term Services and Supports (LTSS) e denúncia de maus-tratos a idosos.

TELEFONE	1-401-462-3000 Das 8:30 a.m. às 4 p.m., de segunda a sexta-feira
TTY	1-401-462-0740 Este número é destinado a pessoas com dificuldades auditivas ou de fala. É necessário ter um equipamento telefónico especial para ligar para esse número.



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

CORREIO	Office of Healthy Aging 25 Howard Ave, Building 57 Cranston, RI 02920
WEBSITE	www.oha.ri.gov

A **Crossroads Rhode Island** oferece informações sobre habitação econômica para famílias e pessoas, serviços de educação e emprego, além de serviços de emergência 24 horas por dia, 7 dias por semana.

TELEFONE	1-401-521-2255
TTY	711
CORREIO	Crossroads Rhode Island 160 Broad Street Providence, RI 02903
WEBSITE	www.crossroadsri.org

O **Centro Jurídico para Pessoas com Deficiência de Rhode Island (Rhode Island Disability Law Center, RIDLC)** é um escritório de advogados independente sem fins lucrativos designado de Sistema Federal de Proteção e Defesa de Rhode Island. Ajudam a prestar assistência jurídica gratuita a pessoas com deficiência.

TELEFONE	1-401-831-3150
TTY	711
CORREIO	Rhode Island Disability Law Center Inc. 33 Broad Street, Suite 601 Providence, RI 02903
WEBSITE	www.drri.org



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

A **United Way of Rhode Island** fornece informações gratuitas e confidenciais sobre assistência com necessidades de serviços sociais, tais como habitação, alimentação e cuidados infantis.

TELEFONE	211 ou 1-401-444-0600
TTY	711
CORREIO	United Way of Rhode Island 50 Valley Street Providence, RI 02909
WEBSITE	www.uwri.org



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

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

Introdução

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

Índice

A. Informações sobre serviços e prestadores	41
B. Regras para obter os serviços cobertos pelo nosso plano	41
C. Gestor de Cuidados.....	43
C1. O que é um gestor de cuidados	43
C2. Como pode contactar o seu gestor de cuidados	43
C3. Como pode mudar o seu gestor de cuidados.....	43
D. Cuidados prestados por prestadores	43
D1. Cuidados prestados por um prestador de cuidados primários (primary care provider, PCP).....	44
D2. Cuidados prestados por especialistas e outros prestadores da rede	46
D3. Quando um prestador sai do nosso plano.....	47
D4. Prestadores fora da rede	48
E. Serviços e apoios de longo prazo (long-term services and supports, LTSS):.....	48



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

F. Serviços de saúde comportamental (saúde mental e transtornos relacionados ao abuso de substâncias)	50
G. Como obter cuidados autogeridos	51
G1. O que são cuidados autogeridos	51
G2. Quem pode receber cuidados autogeridos	51
H. Serviços de transporte	51
I. Serviços cobertos em caso de emergência médica, necessidade urgente, ou catástrofe	52
I1. Cuidados em caso de emergência médica	52
I2. Cuidados urgentemente necessários	54
I3. Cuidados durante uma catástrofe	55
J. O que acontece se os serviços cobertos lhe forem faturados diretamente	55
J1. O que fazer se o nosso plano não cobrir os serviços	55
K. Cobertura de serviços de cuidados de saúde num estudo de investigação clínica	56
K1. Definição de estudo de investigação clínica	56
K2. Pagamento por serviços prestados quando participa num estudo de investigação clínica	56
K3. Mais informações sobre estudos de investigação clínica	57
L. Como os seus serviços de cuidados de saúde são cobertos numa instituição religiosa não médica de cuidados de saúde	57
L1. Definição de instituição religiosa não médica de cuidados de saúde	57
L2. Cuidados prestados por uma instituição religiosa não médica de cuidados de saúde	57
M. Equipamento médico duradouro (Durable medical equipment, DME)	58
M1. DME como membro do nosso plano	58



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

M2. Propriedade do DME se mudar para o Original Medicare	58
M3. Benefícios do equipamento de oxigênio como membro do nosso plano	59
M4. Equipamento de oxigênio quando muda para o Original Medicare ou outro plano Medicare Advantage (MA)	59

A. Informações sobre serviços e prestadores

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

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

Os **prestadores da rede** são prestadores que trabalham com o nosso plano. Esses prestadores aceitam o nosso pagamento como pagamento integral. Tomámos providências para que esses prestadores lhe forneçam os serviços cobertos. Os prestadores da rede faturam-nos diretamente pelos cuidados que lhe prestam. Quando utiliza um prestador da rede, normalmente não paga nada pelos serviços cobertos.

B. Regras para obter os serviços cobertos pelo nosso plano

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

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

- Os cuidados que recebe devem estar incluídos na nossa Tabela de Benefícios Médicos, no **Capítulo 4** deste *Manual do Membro*.
- Os cuidados devem ser **cl clinicamente necessários**. Por clinicamente necessário, entendemos que necessita de serviços para prevenir, diagnosticar



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

ou tratar a sua condição ou para manter o seu estado de saúde atual. Isto inclui cuidados que impedem o membro de ir para um hospital ou instalação de enfermagem. Significa também que os serviços, fornecimentos ou medicamentos cumprem as normas aceites da prática médica.

- Para serviços médicos, deve ter um **prestador de cuidados primários** (primary care provider, PCP) da rede que preste e supervisione os seus cuidados. Como membro do plano, deve escolher um prestador da rede para ser o seu PCP (consulte a **Secção D1** para obter mais informações).
 - Não precisa de um encaminhamento do seu PCP para receber cuidados de emergência ou cuidados urgentes necessários, nem para consultar um ginecologista. Pode receber outros tipos de cuidados sem necessidade de encaminhamento do seu PCP (consulte a **Secção D1** para obter mais informações).
- **Deve obter os seus cuidados de saúde junto de prestadores da rede** (para obter mais informações, consulte a **Secção D** deste capítulo). Normalmente, não cobrimos cuidados prestados por um prestador que não trabalhe com o nosso plano de saúde. Isso significa que terá de pagar ao prestador o valor total pelos serviços recebidos. Aqui estão alguns casos em que esta regra não se aplica:
 - Se precisar de cuidados de emergência ou cuidados urgentes necessários prestados por um prestador fora da rede (para obter mais informações, consulte a **Secção I**).
 - Se precisar de determinados Serviços de Planeamento Familiar
 - Se precisar de cuidados que o nosso plano cobre e os nossos prestadores da rede não puderem fornecer, poderá obter cuidados de um prestador fora da rede. A autorização deve ser obtida junto ao nosso plano antes de procurar atendimento médico. Nesta situação, cobrimos os cuidados como se os tivesse recebido de um prestador da rede. Para obter informações sobre como obter aprovação para utilizar um prestador fora da rede, consulte a **Secção D4**.
 - Se precisar de serviços de diálise renal quando se encontrar fora da área de serviço do nosso plano por um curto período de tempo, ou quando o seu prestador estiver temporariamente indisponível ou inacessível, pode receber cuidados de um prestador fora da rede. Se possível, ligue para os Serviços para Membros através do número indicado no final da página antes de sair da área de serviço, para que possamos ajudar a providenciar a sua diálise de manutenção enquanto estiver fora.



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

- Durante pelo menos os primeiros 180 dias em que estiver inscrito no nosso plano, poderá continuar a utilizar os seus prestadores atuais, sem custos adicionais, caso não façam parte da nossa rede. Este período é conhecido como período de continuidade dos cuidados (continuity of care, COC). Durante os primeiros 180 dias em que estiver inscrito no nosso plano, o nosso gestor de cuidados entrará em contacto consigo para o ajudar a encontrar prestadores na nossa rede. Após o término do período de continuidade dos cuidados, deixaremos de cobrir os seus cuidados se continuar a utilizar prestadores fora da rede.

C. Gestor de Cuidados

C1. O que é um gestor de cuidados

Um gestor de cuidados é um profissional de saúde licenciado que o ajuda a gerir os seus prestadores e serviços. Trabalha com a sua Equipa de Cuidados para garantir que recebe os cuidados de que necessita.

C2. Como pode contactar o seu gestor de cuidados

- O número direto do seu gestor de cuidados estará listado no seu plano de cuidados, nas informações da equipa de cuidados.
- Também pode contactar o seu gestor de cuidados ligando para os Serviços para Membros através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A sua chamada será devolvida no dia útil seguinte. Esta chamada é gratuita.

C3. Como pode mudar o seu gestor de cuidados

- Pode solicitar a mudança do seu gestor de cuidados ligando para os Serviços para Membros através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A sua chamada será devolvida no dia útil seguinte. Esta chamada é gratuita.

D. Cuidados prestados por prestadores



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

D1. Cuidados prestados por um prestador de cuidados primários (primary care provider, PCP)

Deve escolher um prestador de cuidados primários (primary care provider, PCP) para prestar e gerir os seus cuidados.



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Definição de PCP e o que um PCP faz pelo membro

O seu Prestador de Cuidados Primários (Primary Care Provider, PCP) é o seu prestador principal e será responsável por lhe prestar todos os serviços de prevenção e cuidados de saúde 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 artigos de que necessita;
- Obter autorizações prévias da sua Equipa de Cuidados ou do Neighborhood INTEGRITY for Duals, conforme necessário; e
- Coordenar os seus cuidados.

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

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

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.

A sua escolha de 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/INTEGRITYDuals. Contacte os Serviços aos Membros através do número 1-844-812-6896 (TTY 711) se necessitar de ajuda para encontrar um PCP participante na sua área. Se não escolher um PCP, nós atribuímos-lhe um.



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

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).

Opção para 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 do nosso plano. Se o seu PCP sair da nossa rede, podemos ajudá-lo a encontrar um novo PCP na nossa rede.

Se quiser mudar o seu PCP, ligue para os Serviços para Membros através do número 1-844-812-6896 (TTY 711). Iremos atualizar imediatamente o seu PCP e enviar-lhe-emos por correio um novo cartão de membro.

D2. Cuidados prestados por especialistas e outros prestadores da rede

Um especialista é um médico que presta cuidados de saúde para uma doença específica ou parte do corpo. Existem muitos tipos de especialistas, tais como:

- Os oncologistas tratam de doentes com cancro.
- Os cardiologistas cuidam de pacientes com problemas cardíacos.
- Os ortopedistas tratam pacientes com problemas ósseos, articulares ou musculares.

Após consultar um especialista, este poderá prescrever outros serviços ou medicamentos que podem necessitar de autorização prévia. Uma autorização prévia significa que tem de obter aprovação da Neighborhood antes de receber um serviço ou medicamento específico ou de consultar um prestador fora da rede. Normalmente, o seu prestador enviaria à 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/INTEGRITYDuals 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).



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

D3. Quando um prestador sai do nosso plano

Um prestador da rede que utiliza pode sair do nosso plano. Se um dos seus prestadores sair do nosso plano, tem os direitos e proteções resumidos abaixo:

- Mesmo que a nossa rede de prestadores mude durante o ano, devemos garantir-lhe acesso ininterrupto a prestadores 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 selecionar um novo prestador da rede qualificado para continuar a gerir as suas necessidades de cuidados de saúde.
- Se estiver atualmente a fazer tratamento médico ou terapias com o seu prestador atual, tem o direito de solicitar a continuação do tratamento ou das 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.
- Se não encontrarmos um especialista da rede qualificado disponível para si, teremos de recorrer a um especialista fora da rede para lhe prestar cuidados quando um prestador ou um serviço da rede não estiver disponível ou não corresponder às suas necessidades médicas. O especialista fora da rede deve apresentar uma autorização prévia e obter a aprovação do Neighborhood antes de receber o serviço.
- Se descobrir que um dos seus prestadores está a sair do nosso plano, entre em contacto connosco. Podemos ajudá-lo a escolher um novo prestador para gerir os seus cuidados de saúde.
- Se considerar que não substituímos o seu prestador anterior por um prestador qualificado ou que não estamos a gerir bem os seus cuidados, tem o direito de apresentar uma reclamação sobre a qualidade dos cuidados à Organização de



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Melhoria da Qualidade (Quality Improvement Organization, QIO), uma queixa sobre a qualidade dos cuidados prestados ou ambas. (Consulte o **Capítulo 9** para obter mais informações.)

D4. 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 clínicos de cuidados de saúde irá analisar 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. E, conforme mencionado na **Secção B**, pode obter cuidados de um prestador fora da rede para cuidados de emergência ou cuidados urgentes necessários, serviços de diálise renal, serviços de planeamento familiar e serviços que possa receber do seu prestador anterior por até 180 dias a partir do momento em que se inscrever no nosso plano.

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

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

E. Serviços e apoios de longo prazo (long-term services and supports, LTSS):

Os serviços e apoios de longo prazo (long-term services and supports, LTSS) são benefícios que podem ajudar o membro nas tarefas diárias, como tomar banho, vestir-se, fazer compras, lavar roupa e tomar medicamentos. A maioria destes serviços é prestada na sua casa, mas também podem ser prestados em instituições de residência assistida ou lares de idosos. Como membro do Neighborhood INTEGRITY for Duals, receberá uma avaliação para ajudar a determinar as suas necessidades de LTSS. Os benefícios de LTSS estão disponíveis se cumprir os requisitos e for elegível para cuidados de longo prazo do Rhode Island Medicaid. Se precisar destes serviços, eles serão incluídos no seu plano de cuidados, que será elaborado em conjunto com a sua equipa de cuidados.



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Os serviços disponíveis incluem:

- Serviços domésticos/CNA
- Refeições ao domicílio
- Acompanhamento para idosos
- Residência assistida
- Residências partilhadas
- Serviços de cuidados pessoais
- Cuidados autodirigidos

Se precisar de ajuda para obter esses serviços, entre em contacto com o seu gestor de cuidados, que o ajudará no processo para determinar se se qualifica para os cuidados de longo prazo do Rhode Island Medicaid. Para contactar o seu gestor de cuidados, ligue para os Serviços para Membros através do número 1-844-812-6896 (TTY 711).

F. Serviços de saúde comportamental (saúde mental e transtornos relacionados ao abuso de substâncias)

Os serviços de saúde mental e abuso de substâncias são designados por serviços de saúde comportamental. Os serviços de saúde comportamental estão disponíveis para todos os membros do Neighborhood INTEGRITY for Duals.

Receberá uma avaliação para ajudar a determinar quaisquer necessidades de saúde comportamental. Se precisar de serviços de saúde comportamental, eles serão incluídos no seu plano de cuidados, que ajudará a criar com a sua Equipa de Cuidados.

Se tiver alguma dúvida, problema ou crise relacionada com a saúde comportamental, ligue para o número 1-844-617-0563, disponível 24 horas por dia, 7 dias por semana. Os membros de TTY devem ligar para 711. Esta chamada é gratuita. Dispomos de serviços de intérpretes gratuitos para pessoas que não falam inglês.



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

G. Como obter cuidados autogeridos

G1. O que são cuidados autogeridos

- Os cuidados autogeridos consistem na possibilidade de contratar os seus próprios assistentes de cuidados pessoais (personal care attendants, PCA) ou um cuidador que resida na sua casa.

G2. Quem pode receber cuidados autogeridos

- Os membros que são elegíveis e recebem serviços e apoios de longo prazo (long-term services and supports, LTSS) têm a opção de obter cuidados autogeridos. Para participar dos cuidados autogeridos, ligue para o seu gestor de cuidados através do número 1-844-812-6896 (TTY 711).
- Se optar por participar no programa de cuidados autogeridos, o membro ou a pessoa por si designada será responsável pelo recrutamento, contratação, agendamento, formação e, se necessário, demissão do seu PCA. A autodireção dos serviços do PCA é voluntária. A medida em que os membros desejam autogerir-se é uma escolha do próprio membro.

H. Serviços de transporte

Pode ser elegível para um passe de autocarro RIPTA com tarifa reduzida. Para obter um passe de autocarro RIPTA com tarifa reduzida, visite o Gabinete de Identificação da RIPTA em One Kennedy Plaza, Providence, RI 02903 ou o Gabinete de Atendimento ao Cliente da RIPTA em 705 Elmwood Avenue, Providence, RI 02907. Ligue para a RIPTA através do número 1-401-784-9500 para obter mais informações ou visite <https://www.ripta.com/reducedfare/>.

Se não puder usar um passe de autocarro RIPTA, o Rhode Island Medicaid cobre serviços de transporte médico não urgente (non-emergency medical transportation, NEMT) para consultas médicas, dentárias ou outras relacionadas com a saúde. Se precisar de transporte médico não urgente (NEMT) de rotina, ligue para o número 1-855-330-9131 (TTY 711), das 5 a.m. às 6 p.m., de segunda a sexta-feira, ou para os Serviços para Membros do Neighborhood INTEGRITY for Duals, através do número 1-844-812-6896 (TTY 711). **Ao agendar o NEMT, utilize o seu cartão de membro do Rhode Island Medicaid (“âncora”).**

Pode solicitar transporte para cuidados de urgência 24 horas por dia, 7 dias por semana. Agende o transporte para cuidados não urgentes pelo menos 48 horas antes da sua consulta.



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Ligue para agendar:	Se precisar de transporte:
Segunda-feira	Quarta-feira
Terça-feira	Quinta-feira
Quarta-feira	Sexta-feira, sábado ou domingo
Quinta-feira	Segunda-feira
Sexta-feira	Terça-feira

Em caso de emergência, ligue para o 911 para solicitar transporte de emergência e dirija-se ao serviço de urgências mais próximo.

I. Serviços cobertos em caso de emergência médica, necessidade urgente, ou catástrofe

I1. Cuidados em caso de emergência médica

Uma emergência médica é uma condição médica com sintomas como doença, dor intensa, lesão grave ou uma condição médica que está a piorar rapidamente. A condição é tão grave que, se não receber atenção médica imediata, o membro ou qualquer pessoa com conhecimentos básicos de saúde e medicina pode esperar que ela resulte em:

- risco grave para a sua vida e, se estiver grávida, perda do feto; **ou**
- perda ou danos graves às funções corporais; **ou**
- perda de um membro ou função de um membro; **ou**
- No caso de uma mulher grávida em trabalho de parto ativo, quando:
 - Não há tempo suficiente para a transferir com segurança para outro hospital antes do parto.
 - A transferência para outro hospital pode representar uma ameaça à sua saúde ou segurança ou à do seu filho por nascer.



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Se tiver uma emergência médica:

- **Procure ajuda o mais rápido possível.** Ligue para o 911 ou dirija-se ao serviço de urgências ou hospital mais próximo. Chame uma ambulância se precisar. **Não** precisa de aprovação ou encaminhamento do seu PCP. Não precisa de utilizar um prestador da rede. Pode obter cuidados médicos de emergência cobertos sempre que precisar, em qualquer lugar dos EUA ou seus territórios ou em todo o mundo, de qualquer prestador com uma licença estatal adequada, mesmo que não faça parte da nossa rede.
- **Assim que possível, informe o nosso plano sobre a sua emergência.** Acompanhamos os seus cuidados de emergência. O membro ou outra pessoa deve ligar-nos para nos informar sobre os cuidados de urgência, normalmente no prazo de 48 horas. No entanto, não pagará pelos serviços de emergência se demorar a informar-nos. Ligue para os Serviços para Membros ou para o seu gestor de cuidados através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A sua chamada será devolvida no dia útil seguinte.

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. Para saber mais, consulte a Tabela de Benefícios no **Capítulo 4** deste *Manual do Membro*.

Os prestadores que prestam cuidados de emergência decidem quando a sua condição está estável e a emergência médica terminou. Os prestadores continuarão a tratá-lo e entrarão em contacto connosco para fazer planos, caso necessite de cuidados de acompanhamento para melhorar.

O nosso plano cobre os seus cuidados de acompanhamento. Se receber cuidados de emergência de prestadores fora da rede, tentaremos que os prestadores da rede assumam os seus cuidados o mais rapidamente possível.

Receber cuidados de emergência quando não se tratava de uma emergência

Às vezes, pode ser difícil saber se o membro está a passar por uma emergência médica ou comportamental. Pode procurar cuidados de emergência e o médico dizer que não era realmente uma emergência. Desde que tenha considerado razoavelmente que a sua saúde estava em grave perigo, cobrimos os seus cuidados.



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

No entanto, após o médico determinar que não se trata de uma emergência, cobrimos os cuidados adicionais apenas se:

- Utilizar um prestador da rede **ou**
- Os cuidados adicionais que recebe são considerados “cuidados urgentes necessários” e deve seguir as regras para os obter. Consulte a próxima secção.

12. Cuidados urgentemente necessários

Cuidados urgentes necessários são aqueles que o membro recebe para uma situação que não é uma emergência, mas que precisa de cuidados imediatos. Por exemplo, pode ter uma crise de uma condição existente ou uma doença ou lesão imprevista.

Cuidados urgentes necessários na área de serviço do nosso plano

Na maioria dos casos, cobrimos cuidados urgentes necessários apenas se:

- Recebe estes cuidados de um prestador da rede **e**
- Segue as regras descritas neste capítulo.

Se não for possível ou razoável recorrer a um prestador da rede, tendo em conta o seu tempo, local ou circunstâncias, cobrimos os cuidados urgentes necessários que receber de um prestador fora da rede.

Para aceder a serviços urgentes necessários, deve dirigir-se ao centro de cuidados de urgência mais próximo que esteja aberto. Se precisar de cuidados urgentes na nossa área de serviço, consulte o *Diretório de Prestadores e Farmácias* para obter uma lista dos centros de cuidados de urgência da rede do nosso plano.

Cuidados urgentes necessários fora da área de serviço do nosso plano

Quando estiver fora da área de serviço do nosso plano, poderá não conseguir obter cuidados de um prestador da rede. Nesse caso, o nosso plano cobre os cuidados urgentes necessários que receber de qualquer prestador. 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.

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

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



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

I3. 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 o nosso website para obter informações sobre como obter os cuidados de que necessita durante uma situação de catástrofe declarada: www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Durante uma situação de catástrofe declarada, se não puder utilizar um prestador da rede, poderá obter cuidados de prestadores fora da rede sem qualquer custo para si. Se não puder utilizar uma farmácia da rede durante uma situação de catástrofe declarada, poderá aviar os seus medicamentos numa farmácia fora da rede. Consulte o **Capítulo 5** deste *Manual do Membro* para obter mais informações.

J. O que acontece se os serviços cobertos lhe forem faturados diretamente

Se um prestador enviar uma fatura para o membro em vez de a enviar para o plano, pode pedir que paguemos a fatura.

Se pagou pelos serviços cobertos ou se recebeu uma fatura por serviços médicos cobertos, consulte o **Capítulo 7** deste *Manual do Membro* para saber o que fazer.

Não deve pagar a fatura por conta própria. Se o fizer, poderemos não conseguir reembolsá-lo.

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

O nosso plano cobre todos os serviços:

- que sejam determinados como clinicamente necessários e
- que estejam listados na Tabela de Benefícios do nosso plano (consulte o **Capítulo 4** deste *Manual do Membro*) e
- que obtém seguindo as regras do plano.

Se receber serviços que o nosso plano não cobre, **pagará o custo total por conta própria.**

Se quiser saber se pagamos por algum serviço ou cuidado médico, tem o direito de nos perguntar. Também tem o direito de solicitar isso por escrito. Se decidirmos não pagar pelos seus serviços, tem o direito de recorrer da nossa decisão.



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

O **Capítulo 9** deste *Manual do Membro* explica o que fazer se quiser que cubramos um serviço ou item médico. Também informa como recorrer da nossa decisão de cobertura. Ligue para os Serviços para Membros para saber mais sobre os seus direitos de recurso.

Reembolsamos alguns serviços até um determinado limite. Se ultrapassar o limite, pagará o custo total para obter mais desse tipo de serviço. Consulte o **Capítulo 4** para obter informações sobre limites específicos de benefícios. Ligue para os Serviços para Membros para saber quais são os limites dos benefícios e quanto dos seus benefícios já utilizou.

K. Cobertura de serviços de cuidados de saúde num estudo de investigação clínica

K1. Definição de estudo de investigação clínica

Um estudo de investigação clínica (também designado por ensaio clínico) é uma forma que os médicos utilizam para testar novos tipos de cuidados de saúde ou medicamentos. Um estudo de investigação clínica aprovado pelo Medicare normalmente solicita 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 quiser participar de qualquer estudo clínico aprovado pelo Medicare, **não** precisa de nos informar nem obter aprovação nossa ou do seu prestador de cuidados primários. Os prestadores que lhe prestam cuidados como parte do estudo **não** precisam de ser prestadores da rede. 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.

Recomendamos que nos informe antes de participar num estudo de investigação clínica.

Se planeia participar num estudo de investigação clínica, coberto para beneficiários no Original Medicare, recomendamos que o membro ou o seu gestor de cuidados contactem os Serviços para Membros para nos informar que irá participar num ensaio clínico.

K2. Pagamento por serviços prestados quando participa num estudo de investigação clínica

Se se voluntariar para um estudo de investigação clínica aprovado pelo Medicare, não pagará nada pelos serviços cobertos pelo estudo. O Medicare paga pelos serviços cobertos pelo estudo, bem como pelos custos de rotina associados aos seus cuidados. Depois de participar num estudo de investigação clínica aprovado pelo Medicare, terá cobertura para a maioria dos serviços e itens que receber como parte do estudo. Isto inclui:



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

- 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

Se fizer parte de um estudo que **não foi** aprovado pelo Medicare, terá de pagar todos os custos relacionados com a sua participação no estudo.

K3. Mais informações sobre estudos de investigação clínica

Para obter mais informações sobre como participar num estudo de investigação clínica, consulte “Medicare e estudos de investigação clínica” no website do Medicare (www.medicare.gov/coverage/clinical-research-studies). Também pode ligar para 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Os utilizadores de TTY devem ligar para 1-877-486-2048.

L. Como os seus serviços de cuidados de saúde são cobertos numa instituição religiosa não médica de cuidados de saúde

L1. Definição de instituição religiosa não médica de cuidados de saúde

Uma instituição religiosa não médica de cuidados de saúde é um local que presta cuidados que normalmente receberia num hospital ou numa instalação de enfermagem especializada. Se receber cuidados num hospital ou numa instalação de enfermagem especializada for contra as suas crenças religiosas, cobrimos os cuidados numa instituição religiosa não médica de cuidados de saúde.

Este benefício é válido apenas para serviços em regime de internamento do Medicare Part A (serviços de cuidados de saúde não médicos).

L2. Cuidados prestados por uma 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 declara que é contra receber tratamento médico que seja “não obrigatório”.

- Tratamento médico “não obrigatório” é qualquer cuidado ou tratamento **voluntário e não exigido** por nenhuma lei federal, estadual ou local.
- Tratamento médico “obrigatório” é qualquer cuidado ou tratamento que **não seja voluntário e seja exigido** por lei federal, estadual ou local.



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

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:
 - 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.
 - O membro deve obter a nossa aprovação 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**.

M. Equipamento médico duradouro (Durable medical equipment, DME)

M1. DME como membro do nosso plano

O DME inclui determinados itens clinicamente necessários solicitados por um prestador, tais como cadeiras de rodas, muletas, sistemas de colchões motorizados, fornecimentos para diabéticos, camas hospitalares encomendadas por um prestador para utilização domiciliária, bombas de infusão intravenosa (intravenous, IV), dispositivos geradores de voz, equipamentos e fornecimentos de oxigénio, nebulizadores e andadores.

O membro possui sempre alguns itens de DME, como próteses.

Outros tipos de DME devem ser alugados. Como membro do nosso plano, normalmente **não** será proprietário dos itens DME alugados, independentemente do tempo de alugar.

Mesmo que tenha tido DME por até 12 meses consecutivos no Medicare antes de aderir ao nosso plano, **não** será proprietário do equipamento.

M2. Propriedade do DME se mudar para o Original Medicare

No programa Original Medicare, as pessoas que alugam determinados tipos de DME passam a ser proprietárias após 13 meses. Num plano Medicare Advantage (MA), o plano pode definir o número de meses que as pessoas devem alugar determinados tipos de DME antes de os adquirirem.



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Terá de efetuar 13 pagamentos consecutivos ao abrigo do Original Medicare, ou terá de efetuar o número de pagamentos consecutivos definido pelo plano MA, para adquirir o item DME se:

- não se tornou proprietário do item DME enquanto estava no nosso plano, e
- sair do nosso plano e obter os seus benefícios Medicare fora de qualquer plano de saúde do programa Original Medicare ou de um plano MA.

Se efetuou pagamentos pelo item DME ao abrigo do Original Medicare ou de um plano MA antes de aderir ao nosso plano, **esses pagamentos do Original Medicare ou do plano MA não contam para os pagamentos que precisa de efetuar após sair do nosso plano.**

- Terá de efetuar 13 novos pagamentos consecutivos ao abrigo do Original Medicare ou um número de novos pagamentos consecutivos definido pelo plano MA para adquirir o item DME.
- Não há exceções a esta regra quando regressa ao Original Medicare ou a um plano MA.

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

Se o membro se qualificar para receber equipamentos de oxigénio cobertos pelo Medicare, nós cobrimos:

- 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

O equipamento de oxigénio deve ser devolvido quando deixar de ser clinicamente necessário ou se sair do nosso plano.

M4. Equipamento de oxigénio quando muda para o Original Medicare ou outro plano Medicare Advantage (MA)

Quando o equipamento de oxigénio é clinicamente necessário e **o membro sai do nosso plano e muda para o Original Medicare**, o membro aluga-o a um fornecedor por 36 meses. Os pagamentos mensais do aluguer cobrem o equipamento de oxigénio e os fornecimentos e serviços listados acima.



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Se o equipamento de oxigénio for clinicamente necessário **após o aluguer por 36 meses**, o seu fornecedor deve fornecer:

- equipamentos, fornecimentos e serviços de oxigénio por mais 24 meses
- equipamento e fornecimento de oxigénio por um período até cinco anos, se for clinicamente necessário

Se o equipamento de oxigénio ainda for clinicamente necessário **no final do período de 5 anos**:

- O seu fornecedor já não tem de o fornecer e pode optar por adquirir equipamento de substituição a qualquer fornecedor.
- Começa um novo período de 5 anos.
- Aluga a um fornecedor por 36 meses.
- O seu fornecedor fornece então o equipamento de oxigénio, os fornecimentos e os serviços por mais 24 meses.
- Um novo ciclo começa a cada 5 anos, desde que o equipamento de oxigénio seja clinicamente necessário.

Quando o equipamento de oxigénio for clinicamente necessário e **o membro sair do nosso plano e mudar para outro plano MA**, o plano cobrirá, no mínimo, o que o Original Medicare cobre. Pode perguntar ao seu novo plano MA quais os equipamentos e fornecimentos de oxigénio que ele cobre e quais serão os seus custos.



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Capítulo 4: Tabela de benefícios

Introdução

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

Índice

A. Os seus serviços cobertos	62
B. Regras contra prestadores que cobram custos pelos serviços	62
C. Sobre a Tabela de Benefícios do nosso plano	62
D. Tabela de Benefícios do nosso plano	65
E. Serviços e Apoios de Longo Prazo (Long-Term Services and Supports, LTSS)	120
F. Benefícios cobertos fora do nosso plano	123
F1. Serviços de medicina dentária	123
F2. Transporte médico não urgente	124
F3. Serviços residenciais para pessoas com deficiências intelectuais e de desenvolvimento	124
F4. Serviços de estabilização residencial	125
G. Benefícios não cobertos pelo nosso plano, Medicare ou Rhode Island Medicaid	125



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

A. Os seus serviços cobertos

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

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

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

B. Regras contra prestadores que cobram custos pelos serviços

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

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

C. Sobre a Tabela de Benefícios do nosso plano

A Tabela de Benefícios informa os serviços que o nosso plano cobre. (A cobertura de medicamentos consta do **Capítulo 5**.) Apresenta uma lista dos serviços cobertos por ordem alfabética e explica-os.

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

- Prestamos serviços cobertos pelo Medicare e pelo Rhode Island Medicaid, de acordo com as regras estabelecidas pelo Medicare e pelo Rhode Island Medicaid.
- Os serviços (incluindo cuidados médicos, serviços de saúde comportamental e de tratamento do abuso de substâncias, serviços e apoios de longa duração,



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

material, equipamento e medicamentos) têm de ser “cl clinicamente necessários.” Clinicamente necessário significa que precisa de serviços médicos, cirúrgicos ou outros para prevenir, diagnosticar ou tratar uma condição médica ou para manter o seu estado de saúde atual. Isto inclui cuidados que evitam que tenha de ser internado num hospital ou numa casa de repouso. Significa também que os serviços, fornecimentos ou medicamentos cumprem as normas aceites da prática médica. Clinicamente necessário inclui serviços para evitar que uma condição relacionada com a saúde piore.

- Para novos beneficiários, durante os primeiros 90 dias, podemos não exigir que obtenha aprovação prévia para qualquer tratamento ativo, mesmo que o tratamento seja para um serviço iniciado com um prestador fora da rede.
- Recebe os seus cuidados de saúde de um prestador da rede. Um prestador da rede é um prestador que trabalha connosco. Na maioria dos casos, os cuidados prestados por um prestador fora da rede não serão cobertos, a menos que se trate de uma emergência ou de cuidados urgentes necessários, ou a menos que o nosso plano ou um prestador da rede lhe tenha dado um encaminhamento. Isso significa que paga integralmente ao prestador pelos serviços fora da rede que recebe. O **Capítulo 3** deste *Manual do Membro* contém mais informações sobre como utilizar prestadores da rede e fora da rede.
- Tem um prestador de cuidados primários (primary care provider, PCP) ou uma equipa de cuidados que presta e gere os seus cuidados.
- Cobrimos alguns serviços listados na Tabela de Benefícios apenas se o seu médico ou outro prestador da rede obtiver a nossa aprovação prévia. É o que se designa por autorização prévia (prior authorization, PA). Marcamos com um asterisco (*) os serviços cobertos na Tabela de Benefícios que necessitam de PA (*).
- Se o nosso plano aprovar um pedido de PA para um tratamento, a aprovação deve ser válida enquanto for clinicamente razoável e necessária para evitar interrupções no tratamento com base nos critérios de cobertura, no seu histórico médico e nas recomendações do prestador responsável pelo tratamento.
- 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 seu manual *Medicare & You* de 2027. 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.)
- Se o Medicare adicionar cobertura para quaisquer novos serviços durante 2027, tanto o Medicare como o nosso plano cobrirão esses serviços.



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

- Se perder a elegibilidade para o Rhode Island Medicaid, mas se previr que a volte a adquirir no prazo de três meses, continuaremos a prestar todos os benefícios do Medicare cobertos pelo Rhode Island Medicaid. Quando a sua cobertura do Rhode Island Medicaid terminar, não pagaremos os seus benefícios do Rhode Island Medicaid. O valor que paga pelos serviços cobertos pelo Medicare pode aumentar durante este período.

Vamos ajudá-lo a recuperar a sua elegibilidade para o Rhode Island Medicaid. Se a sua elegibilidade para o Rhode Island Medicaid for restabelecida enquanto ainda estiver inscrito no nosso plano para a sua cobertura do Medicare, retomaremos o pagamento dos seus benefícios do Rhode Island Medicaid e a sua inscrição conosco continuará em vigor. Se não conseguir recuperar a elegibilidade para o Rhode Island Medicaid no prazo de três meses, iremos cancelar a sua inscrição no programa Neighborhood INTEGRITY for Duals. Se recuperar a elegibilidade para o Rhode Island Medicaid após o cancelamento da sua inscrição, terá de contactar-nos para se inscrever novamente no plano.

Informações Importantes sobre Benefícios para Membros com Doenças Crônicas.

- Se tiver alguma das doenças crônicas listadas abaixo e cumprir determinados critérios, poderá ser elegível para benefícios suplementares especiais para doentes crônicos.
 - 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 crônicas 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 crônicas que prejudicam a visão, audição (surdez), paladar, tato e olfato, condições que requerem serviços terapêuticos contínuos para que os indivíduos mantenham ou retenham o funcionamento.
 - Ao longo do ano, o nosso plano avaliará consistentemente a elegibilidade para esses benefícios adicionais utilizando vários recursos, como a sua Avaliação de Riscos para a Saúde (Health Risk Assessment, HRA), pedidos de reembolso médico/farmacêutico e outra documentação clínica de apoio.



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

- Para mais detalhes, consulte a linha Benefícios Suplementares Especiais para Doentes Crônicos na Tabela de Benefícios abaixo.
- Entre em contacto connosco para saber exatamente quais os benefícios a que pode ter direito.

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

D. Tabela de Benefícios do nosso plano

Serviço Coberto	O que paga o membro
 Rastreo de aneurisma da aorta abdominal Pagamos um exame de ultrassom único 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 (physician assistant, PA), enfermeiro especializado (nurse practitioner, NP) ou enfermeiro clínico especialista (clinical nurse specialist, CNS).	\$0
Acupuntura* Reembolsamos até 12 sessões de acupuntura em 90 dias se tiver dor lombar crónica, definida como: • com duração de 12 semanas ou mais; • não específica (sem causa sistémica identificável, como não associada a doença metastática, inflamatória ou infecciosa); • não associada a cirurgia; • não associada à gravidez. Este benefício continua na página seguinte.	\$0



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Serviço Coberto	O que paga o membro
Acupuntura (continuação) Além disso, pagamos mais oito sessões de acupuntura para dor lombar crônica, caso o membro apresente melhorias. Não poderá receber mais de 20 tratamentos de acupuntura para dor lombar crônica por ano. Os tratamentos com acupuntura devem ser interrompidos se não houver melhoria ou se o seu estado piorar. Requisitos do Prestador: Os médicos podem fornecer acupuntura de acordo com os requisitos estaduais aplicáveis. Os assistentes médicos (physician assistants, PA), enfermeiros (NP)/enfermeiros clínicos especializados (clinical nurse specialists, CNS) e pessoal auxiliar podem realizar acupuntura se cumprirem todos os requisitos estaduais aplicáveis e tiverem: • 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. 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. *Pode ser necessária autorização prévia.	



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Serviço Coberto	O que paga o membro
Serviços diurnos para adultos* Pagamos por dois níveis de serviços diurnos para adultos que precisam de supervisão e serviços de saúde durante o dia. Está disponível um nível básico de serviço e um nível avançado de serviços. Alguns exemplos de serviços diurnos para adultos incluem: • atividades sociais e recreativas • refeições • cuidados de enfermagem ou tratamento de feridas *Pode ser necessária autorização prévia.	\$0
 Rastreo e aconselhamento sobre abuso de álcool Pagamos por um rastreo de detecção de abuso de álcool para adultos que abusam do álcool, mas não são dependentes. Isso inclui mulheres grávidas. Se o resultado do rastreo de abuso de álcool for positivo, poderá receber até quatro sessões breves de aconselhamento presencial por ano (se estiver apto e alerta durante o aconselhamento) com um prestador de cuidados primários (primary care provider, PCP) qualificado ou um médico num ambiente de cuidados primários.	\$0
Transporte de ambulância* Os transportes de ambulância cobertos, sejam para situações de emergência ou não, incluem serviços terrestres e aéreos (avião e helicóptero) e serviços de ambulância. A ambulância irá levá-lo ao local mais próximo onde poderá receber cuidados médicos. Este benefício continua na página seguinte.	\$0



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Serviço Coberto	O que paga o membro
Transporte de ambulância (continuação) A sua condição deve ser grave o suficiente para que outras formas de chegar a um local de atendimento possam colocar em risco a sua saúde ou vida. Os transportes de ambulância para outros casos (não urgentes) devem ser aprovados por nós. Nos casos em que não sejam emergências, podemos pagar por uma ambulância. A sua condição deve ser grave o suficiente para que outras formas de chegar a um local de atendimento possam colocar a sua vida ou saúde em risco. *Pode ser necessária autorização prévia para serviços de ambulância não urgentes.	
 Consulta anual de bem-estar Pode fazer um exame anual. Isto serve para criar ou atualizar um plano de prevenção com base nos seus fatores de risco atuais. Pagamos por isso uma vez a cada 12 meses. Nota: A sua primeira consulta anual de bem-estar não pode ocorrer dentro de 12 meses após a sua consulta de Boas-vindas ao Medicare. No entanto, não é necessário ter feito uma consulta de Boas-vindas ao Medicare para ter direito a consultas de bem-estar anuais após ter o Part B há 12 meses. 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.	\$0



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Serviço Coberto	O que paga o membro
 Medição da massa óssea Pagamos por determinados procedimentos para membros que se qualificam (geralmente, alguém em risco de perder massa óssea ou em risco de osteoporose). Estes procedimentos identificam a massa óssea, detetam a perda óssea ou determinam a qualidade óssea. Pagamos pelos serviços uma vez a cada 24 meses, ou com maior frequência, se for clinicamente necessário. Também pagamos um médico para analisar e comentar os resultados.	\$0
 Rastreio do cancro da mama (mamografias) Pagamos pelos seguintes serviços: • 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	\$0
Serviços de reabilitação cardíaca (coração) Pagamos por serviços de reabilitação cardíaca, como exercícios, educação e aconselhamento. Os membros devem cumprir determinadas condições e ter uma prescrição médica. Também cobrimos programas intensivos de reabilitação cardíaca, que são mais intensos do que os programas de reabilitação cardíaca.	\$0



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Serviço Coberto	O que paga o membro
 Consulta para redução do risco de doenças cardiovasculares (coração) (terapia para doenças cardíacas) Cobrimos estes programas abrangentes se tiver tido pelo menos uma destas doenças: • ataque cardíaco nos últimos 12 meses • cirurgia de bypass coronário • angina de peito estável (dor no peito) • reparação ou substituição de válvulas cardíacas • angioplastia coronária (um procedimento médico utilizado para desobstruir uma artéria bloqueada) ou colocação de stent coronário (um procedimento utilizado para manter uma artéria desobstruída) • transplante cardíaco ou cardíaco e pulmonar • insuficiência cardíaca crônica estável Limitações da cobertura: Pode frequentar até 36 sessões de reabilitação cardíaca. Pode fazer duas sessões por dia (cada uma com a duração de uma hora) e o programa pode prolongar-se por um período de até 36 semanas. Se for elegível, poderá ter direito a mais 36 sessões, que podem ser distribuídas por um período de tempo mais longo. Pagamos uma consulta por ano, ou mais se for clinicamente necessário, com o seu prestador de cuidados primários (primary care provider, PCP) para ajudar a reduzir o risco de doenças cardíacas. Durante a consulta, o seu médico poderá: • discutir a utilização de aspirina, • verificar a sua tensão arterial e/ou • dar-lhe dicas para garantir que está a alimentar-se bem.	\$0



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Serviço Coberto	O que paga o membro
 Exames de rastreio de doenças cardiovasculares (coração) Pagamos exames de sangue para verificar doenças cardiovasculares uma vez a cada cinco anos (60 meses). Esses exames de sangue também verificam se há defeitos devido ao alto risco de doenças cardíacas.	\$0
 Rastreio do cancro do colo do útero e vaginal Pagamos pelos seguintes serviços: • para todas as mulheres: Exames de Papanicolau e exames pélvicos uma vez a cada 24 meses • para mulheres com alto risco de cancro do colo do útero ou vaginal: um exame de Papanicolau a cada 12 meses • para mulheres com 21 anos ou mais que tiveram um resultado anormal no exame de Papanicolau nos últimos três anos e estão em idade fértil: um exame de Papanicolau a cada 12 meses	\$0
Serviços quiropráticos* Pagamos pelos seguintes serviços: • ajustes da coluna vertebral para corrigir o alinhamento • Doze (12) consultas de tratamento por ano. Os serviços quiropráticos clinicamente necessários que excedam o limite anual de 12 consultas podem ser cobertos. *Pode ser necessária autorização prévia.	\$0



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Serviço Coberto	O que paga o membro
 Rastreamento do câncer colorretal Pagamos pelos seguintes serviços: • 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 câncer colorretal, e uma vez a cada 24 meses para pacientes de alto risco após uma colonoscopia de rastreamento anterior. • A colonografia por tomografia computadorizada para pacientes com 45 anos ou mais que não apresentam alto risco de câncer colorretal é coberta quando se passaram pelo menos 59 meses após o mês em que a última colonografia por tomografia computadorizada de rastreamento foi realizada, ou quando se passaram 47 meses após o mês em que a última sigmoidoscopia flexível de rastreamento ou colonoscopia de rastreamento foi realizada. Para pacientes com alto risco de câncer colorretal, o pagamento pode ser feito por uma colonografia por tomografia computadorizada de rastreamento realizada após pelo menos 23 meses do mês em que a última colonografia por tomografia computadorizada de rastreamento ou a última colonoscopia de rastreamento 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 rastreamento. 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. Este benefício continua na página seguinte.	\$0



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Serviço Coberto	O que paga o membro
Rastreamento do cancro colorretal (continuação) • DNA fecal multialvo para pacientes com idades entre 45 e 85 anos que não cumpram os critérios de alto risco. Uma vez a cada três 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 três anos. • Os exames de rastreamento do cancro colorretal incluem uma colonoscopia de acompanhamento após um exame não invasivo de rastreamento do cancro colorretal baseado nas fezes coberto pelo Medicare ter um resultado positivo. • Os exames de rastreamento do cancro colorretal incluem uma sigmoidoscopia flexível de rastreamento planeada ou uma colonoscopia de rastreamento 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 rastreamento.	
Serviços dentários* Pagamos alguns serviços dentários quando o 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. Este benefício continua na página seguinte.	\$0



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Serviço Coberto	O que paga o membro
Serviços dentários (continuação) Cuidados dentários preventivos: Cobertura máxima combinada de benefícios de \$1,250 por ano • <u>Exames orais</u>: Os limites dos benefícios são duas vezes por ano para avaliações orais periódicas, uma vez por ano para avaliações orais limitadas, uma vez por ano para avaliações orais extensas (foco no problema), uma vez a cada três anos para avaliações orais abrangentes e uma vez a cada dois anos para exames periodontais. • <u>Radiografias dentárias</u>: Aplicam-se limites • <u>Profilaxia (limpeza)</u>: Limpezas (limitado a dois tratamentos por ano civil) • <u>Tratamento com flúor</u>: Limitado a um tratamento por ano civil Cuidados dentários abrangentes: Cobertura máxima combinada de benefícios de \$1,250 por ano • Serviços de restauração; endodontia; periodontia; prótese removível; cirurgia oral e maxilofacial; e serviços gerais complementares. • Os serviços dentários abrangentes estão limitados a uma cobertura máxima por ano civil. Os serviços devem ser obtidos junto ao fornecedor especificado no plano. Visite https://www.deltadentalri.com/NHP/IntegrityForDuals para obter mais informações. As despesas incorridas com benefícios complementares não contam para o limite máximo de despesas incorridas. Este benefício continua na página seguinte.	



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Serviço Coberto	O que paga o membro
Serviços dentários (continuação) Para cuidados dentários regulares, procure um prestador que aceite o Rhode Island Medicaid e utilize o seu cartão de membro do Rhode Island Medicaid (“âncora”). Em alguns casos, os cuidados dentários necessários para tratar doenças ou lesões podem ser cobertos pelo nosso plano como cuidados em regime de internamento ou em regime de ambulatório. Ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711) se não tiver a certeza se o plano ou o Rhode Island Medicaid cobre os serviços dentários de que precisa ou se precisar de ajuda para encontrar um dentista. *Pode ser necessária autorização prévia. Podem aplicar-se outras limitações.	
 Rastreio da depressão Pagamos um rastreio da depressão por ano. O rastreio deve ser feito num centro de cuidados primários que possa fornecer tratamento de acompanhamento e/ou encaminhamentos.	\$0
 Rastreio da diabetes Pagamos este rastreio (inclui exames de glicemia em jejum) se tiver algum dos seguintes fatores de risco: • pressão arterial elevada (hipertensão) • histórico de níveis anormais de colesterol e triglicéridos (dislipidemia) • obesidade • histórico de níveis elevados de açúcar no sangue (glicose) Este benefício continua na página seguinte.	\$0



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Serviço Coberto	O que paga o membro
Rastreio da diabetes (continuação) Os exames podem ser cobertos em alguns outros casos, como se tiver excesso de peso e histórico familiar de diabetes. Pode 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.	
 Formação, serviços e fornecimentos para a autogestão da diabetes* Pagamos os seguintes serviços para todas as pessoas com diabetes (quer utilizem insulina ou não): • Fornecimentos para monitorizar a sua glicemia, incluindo o seguinte: ○ um monitor de glicemia ○ tiras de teste de glicemia ○ dispositivos de lancetas e lancetas ○ soluções de controlo de glicose para verificar a precisão das tiras de teste e dos monitores • Para pessoas com diabetes que sofrem de doença grave do pé diabético, cobrimos os seguintes custos: ○ um par de sapatos terapêuticos moldados à medida (incluindo palmilhas), incluindo o ajuste, e dois pares extra de palmilhas por ano civil, ou ○ um par de sapatos ortopédicos, incluindo o ajuste, e três pares de palmilhas por ano (não incluindo as palmilhas removíveis não personalizadas fornecidas com esses sapatos) Este benefício continua na página seguinte.	\$0



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Serviço Coberto	O que paga o membro
Formação, serviços e fornecimentos para a autogestão da diabetes (continuação) Em alguns casos, pagamos por formação para ajudar o membro a controlar a sua diabetes. Para saber mais, contacte os Serviços para Membros. Membros com diabetes <u>insulino-dependentes</u> ou gestacionais: • Limitado a 100 tiras de teste a cada 30 dias, quando recebidas de um fornecedor de equipamento médico durável (durable medical equipment, DME) • Limitado a 100 tiras de teste a cada 25 dias, quando recebidas numa farmácia Membros <u>não insulino-dependentes</u>: • Limitado a 100 tiras de teste a cada 90 dias, quando recebidas de um fornecedor de equipamento médico durável (durable medical equipment, DME) • Limitado a 100 tiras de teste a cada 90 dias, quando recebidas numa farmácia *Pode ser necessária autorização prévia.	
Serviços de doula Pagamos pelos serviços pré-natais e pós-parto para mulheres grávidas e novas mães. A seguir estão alguns exemplos de serviços de doula cobertos: • serviços para apoiar mulheres grávidas, melhorar os resultados do parto e apoiar novas mães • defesa e apoio à amamentação e cuidados infantis • fornecimento de recursos, educação, cuidados e apoio emocional para a mãe após o fim da gravidez Este benefício continua na página seguinte.	\$0



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Serviço Coberto	O que paga o membro
Serviços de doula (continuação) • apoio ao membro e à família durante a recuperação pós-parto Podem estar cobertos outros serviços. Estão cobertas seis consultas por gravidez para cuidados pré-natais e pós-parto, bem como uma consulta para o trabalho de parto e o parto.	
Equipamento médico duradouro (durable medical equipment, DME) e fornecimentos relacionados* Consulte o Capítulo 12 deste <i>Manual do Membro</i> para obter uma definição de “Equipamento Médico Durável (Durable Medical Equipment, DME).” Cobrimos os seguintes itens: • produtos para a incontinência, tais como fraldas, almofadas higiênicas e forros • cadeiras de rodas • muletas • sistemas de colchões motorizados • materiais para diabéticos • camas hospitalares encomendadas por um prestador para utilização em casa • fornecimentos para diabéticos • bombas de infusão intravenosa (intravenous, IV) e suporte • dispositivos geradores de voz • equipamentos e materiais para oxigênio • nebulizadores • andadores Este benefício continua na página seguinte.	\$0



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Serviço Coberto	O que paga o membro
Equipamento médico durável (durable medical equipment, DME) e fornecimentos relacionados (continuação) • bengala curva padrão ou quadrada e fornecimentos de reposição • tração cervical (sobre a porta) • estimulador ósseo • equipamento para cuidados de diálise Podem ser cobertos outros itens. Para obter mais informações sobre este requisito, <i>consulte o Capítulo 4 do Manual de Cuidados Geridos do Medicare</i>. Juntamente com este <i>Manual do Membro</i>, enviamos a lista de DME do nosso plano. A lista indica as marcas e fabricantes de DME pelos quais pagamos. Também pode encontrar a lista mais recente de marcas, fabricantes e fornecedores no nosso website em www.nhpri.org/INTEGRITYDuals. Geralmente, o nosso plano cobre qualquer DME coberto pelo Medicare e Medicaid das marcas e fabricantes desta lista. Não cobrimos outras marcas e fabricantes, a menos que o seu médico ou outro prestador nos informe que precisa dessa marca. Se é novo no nosso plano e utiliza uma marca de DME que não consta da nossa lista, continuaremos a pagar por essa marca por si durante um período máximo de 90 dias. Durante esse período, converse com o seu médico para decidir que marca é clinicamente adequada para si após o período de 90 dias. (Se discordar do seu médico, pode pedir-lhe para o encaminhar para uma segunda opinião.) Se o membro (ou o seu médico) não concordar com a decisão de cobertura do nosso plano, o membro ou o seu médico podem apresentar um recurso. Também pode apresentar um recurso se não concordar com a decisão do seu médico sobre que produto ou marca é apropriado para a sua condição médica. Para obter mais informações sobre recursos, consulte o Capítulo 9 deste <i>Manual do Membro</i>. *Pode ser necessária autorização prévia.	



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Serviço Coberto	O que paga o membro
Cuidados de emergência Cuidados de emergência significam serviços que são: • prestados por um prestador formado para prestar serviços de emergência, e • necessários para avaliar ou tratar uma emergência médica. Uma emergência médica é uma doença, lesão, dor intensa ou condição médica que está a piorar rapidamente. A condição é tão grave que, se não receber atenção médica imediata, qualquer pessoa com conhecimentos básicos de saúde e medicina poderia esperar que ela resultasse em: • risco grave para a sua vida ou para a vida do seu filho por nascer; ou • danos graves às funções corporais; ou • perda de um membro ou perda da função de um membro. • No caso de uma mulher grávida em trabalho de parto ativo, quando: ○ Não há tempo suficiente para a transferir com segurança para outro hospital antes do parto. ○ A transferência para outro hospital pode representar uma ameaça à sua saúde ou segurança ou à do seu filho por nascer. O plano cobrirá os custos de cuidados de emergência e serviços de transporte de emergência. A cobertura inclui os EUA, os seus territórios e todo o mundo.	\$0 Se receber cuidados de emergência num hospital fora da rede e precisar de cuidados em regime de internamento após a sua emergência estar estabilizada, deverá transferir-se para um hospital da rede para que os seus cuidados continuem a ser pagos. Poderá permanecer no hospital fora da rede para receber cuidados em regime de internamento apenas se o nosso plano aprovar o seu internamento.
Modificações ambientais na sua casa* Pagaremos pelas alterações na sua casa para o ajudar a viver com segurança em casa. Este benefício continua na página seguinte.	\$0



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Serviço Coberto	O que paga o membro
Modificações ambientais na sua casa (continuação) A seguir estão alguns exemplos de serviços cobertos: • barras de apoio • cadeiras de banho • talheres • assentos sanitários elevados • rampas para cadeiras de rodas • postes de apoio Também poderão estar cobertos outros serviços. *Pode ser necessária autorização prévia.	
Serviços de planeamento familiar A lei permite que escolha qualquer prestador – seja ele da rede ou fora da rede – para determinados serviços de planeamento familiar. Isto significa qualquer médico, clínica, hospital, farmácia ou centro de planeamento familiar. Pagamos pelos seguintes serviços: • exame de planeamento familiar e tratamento médico • laboratório de planeamento familiar e exames de diagnóstico • métodos de planeamento familiar (IUC/IUD intrauterino, implantes, injeções, pílulas anticoncepcionais, adesivos ou anéis) • produtos para planeamento familiar com receita médica (preservativo, esponja, espuma, película, diafragma, capuz) Este benefício continua na página seguinte.	\$0



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Serviço Coberto	O que paga o membro
Serviços de planejamento familiar (continuação) • aconselhamento e diagnóstico de infertilidade e serviços relacionados • aconselhamento, exames e tratamento para infecções sexualmente transmissíveis (sexually transmitted infections, STI) • aconselhamento e exames para HIV e SIDA, e outras condições relacionadas ao HIV • contraceção permanente (é necessário ter 21 anos ou mais para escolher este método de planejamento familiar. Deve assinar um formulário federal de consentimento para esterilização pelo menos 30 dias, mas não mais de 180 dias antes da data da cirurgia.) • aconselhamento genético Também pagamos por alguns outros serviços de planejamento familiar. No entanto, deve recorrer a um prestador da nossa rede de prestadores para os seguintes serviços: • tratamento para condições médicas de infertilidade (este serviço não inclui métodos artificiais para engravidar.) • tratamento para a SIDA e outras doenças relacionadas com o VIH • exames genéticos	
 Benefício de fitness 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: • Bayside YMCA (Barrington, RI) • Cranston YMCA (Cranston, RI) Este benefício continua na página seguinte.	\$0



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Serviço Coberto		O que paga o membro
	Benefício de fitness (continuação) • 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) Os membros devem escolher um local designado.	
	Programas de educação em saúde e bem-estar Financiamos programas clínicos para o ajudar a gerir doenças crónicas, tais como a asma, a DPOC, a doença cardíaca coronária e a insuficiência cardíaca.	\$0
	Serviços de audição Pagamos pelos exames de audição e equilíbrio realizados pelo seu prestador. Esses exames indicam se precisa de tratamento médico. São cobertos como cuidados em regime de ambulatório quando obtidos junto de um médico, audiologista ou outro prestador qualificado.	\$0
	Rastreio do VIH Pagamos um exame de rastreio do VIH a cada 12 meses para pessoas que: • peçam um exame de rastreio do VIH, ou • apresentam risco elevado de infeção pelo VIH. Se estiver grávida, pagamos até três exames de rastreio do VIH durante a gravidez.	\$0



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Serviço Coberto	O que paga o membro
Cuidados de saúde domiciliários (cuidados pessoais e serviços domésticos)* Pagamos por serviços de cuidados pessoais, como ajuda para tomar banho, vestir-se, cuidar da higiene pessoal e alimentar-se. Pagamos por serviços domésticos para ajudar nas tarefas gerais da casa, como preparar refeições, lavar roupa e fazer compras. Os serviços de cuidados de saúde domiciliários não incluem cuidados temporários ou cuidados diurnos. Os serviços de cuidados pessoais e/ou domésticos (combinados) são cobertos por até seis horas por semana para uma pessoa ou dez horas por semana para uma família com duas ou mais pessoas elegíveis. *Pode ser necessária autorização prévia.	\$0
Cuidados prestados por agências de saúde domiciliária* Antes de poder receber serviços de saúde domiciliária, um médico deve informar-nos que precisa deles, e eles devem ser prestados por uma agência de saúde domiciliária. Deve estar confinado em casa, o que significa que sair de casa é um grande esforço. Pagamos pelos seguintes serviços e, possivelmente, outros serviços não listados aqui: 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 oito horas por dia e 35 horas por semana) Este benefício continua na página seguinte.	\$0



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Serviço Coberto	O que paga o membro
Cuidados prestados por agências de saúde domiciliária (continuação) • fisioterapia, terapia ocupacional e terapia da fala • serviços médicos e sociais • equipamentos e materiais médicos *Pode ser necessária autorização prévia.	
Terapia de infusão domiciliária* O nosso plano paga pela terapia de infusão domiciliária, definida como medicamentos ou substâncias biológicas administradas numa veia ou aplicadas sob a pele e fornecidas a ao membro em casa. Para realizar a infusão domiciliária, são necessários: • o medicamento ou substância biológica, como um antiviral ou imunoglobulina; • equipamentos, como uma bomba; e • materiais, como tubos ou cateteres. O nosso plano cobre serviços de infusão domiciliária que incluem, entre outros: • serviços profissionais, incluindo serviços de enfermagem, prestados de acordo com o seu plano de cuidados; • formação e educação dos membros; • monitorização remota; e • 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. *Pode ser necessária autorização prévia.	\$0



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Serviço Coberto	O que paga o membro
Cuidados paliativos Tem o direito de optar por cuidados paliativos se o seu prestador e o diretor médico dos cuidados paliativos determinarem que tem um prognóstico terminal. Isso significa que tem uma doença terminal e que a sua expectativa de vida é de seis meses ou menos. Pode receber cuidados de qualquer programa de cuidados paliativos certificados pelo Medicare. O nosso plano deve ajudar o membro 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 tratar sintomas e dor • cuidados temporários de curta duração • cuidados domiciliários Quando é admitido nos cuidados paliativos, tem o direito de permanecer no nosso plano. Os serviços de cuidados paliativos e os serviços cobertos pelo Medicare Part A ou Medicare Part B relacionados com o seu prognóstico terminal são faturados ao Medicare: • 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 ou Part B relacionados com a sua doença 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. Este benefício continua na página seguinte.	\$0



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Serviço Coberto	O que paga o membro
Cuidados paliativos (continuação) Para serviços cobertos pelo nosso plano, mas não cobertos pelo Medicare Part A ou Medicare Part B: - O nosso plano cobre serviços não cobertos pelo Medicare Part A ou Medicare Part B. Cobrimos os serviços, independentemente de estarem relacionados com o seu prognóstico terminal. Não paga nada por estes serviços. Para medicamentos que podem ser cobertos pelo benefício Medicare Part D do nosso plano: - Os medicamentos nunca são cobertos simultaneamente pelos cuidados paliativos e pelo nosso plano. Para obter mais informações, consulte o Capítulo 5 deste <i>Manual do Membro</i>. Nota: Se precisar de cuidados não relacionados com cuidados paliativos, ligue para o seu coordenador de cuidados e/ou serviços aos membros para organizar os serviços. Os cuidados não paliativos são cuidados que não estão relacionados com o seu prognóstico terminal.	
 Imunizações Pagamos pelos seguintes serviços: - vacinas contra pneumonia - vacinas contra gripe/influenza, uma vez por época de gripe/influenza no outono e inverno, com vacinas adicionais contra gripe/influenza, se clinicamente necessário - vacinas contra a hepatite B, caso nunca tenha recebido a série completa, não conheça o seu historial de vacinação ou tenha qualquer outra condição que o coloque em risco elevado ou intermédio de contrair hepatite B	\$0



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Serviço Coberto	O que paga o membro
Este benefício continua na página seguinte. Imunizações (continuação) • Vacinas contra COVID-19 • outras vacinas, se estiver em risco e elas cumprirem as regras de cobertura do Medicare Part B Pagamos outras vacinas que cumprem as regras de cobertura do Medicare Part D. Consulte o Capítulo 6 deste <i>Manual do Membro</i> para saber mais.	
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. Pagamos pelos seguintes serviços e outros serviços clinicamente necessários não listados aqui: • 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 fármacos • análises laboratoriais • Raios X e outros serviços de radiologia Este benefício continua na página seguinte.	\$0 É necessário obter a autorização do nosso plano para receber cuidados hospitalares num hospital fora da rede, após a estabilização do seu estado de emergência.



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Serviço Coberto	O que paga o membro
Cuidados hospitalares em regime de internamento (continuação) • materiais cirúrgicos e médicos necessários • aparelhos, como por exemplo cadeiras de rodas • serviços de sala de operações e recuperação • fisioterapia, terapia ocupacional e terapia da fala • serviços em regime de internamento para abuso de substâncias • em alguns casos, os seguintes tipos de transplantes: córnea, rim, rim/pâncreas, coração, fígado, pulmão, coração/pulmão, medula óssea, células estaminais e intestinal/multivisceral. Se precisar de um transplante, um centro de transplantes aprovado pelo Medicare analisará o seu caso e decidirá se é candidato a um transplante. Os prestadores de transplantes podem ser locais ou fora da área de serviço. Se os prestadores locais de transplantes estiverem dispostos a aceitar a taxa do Medicare, então poderá obter os seus serviços de transplante localmente ou fora do padrão de cuidados da sua comunidade. Se o nosso plano oferecer serviços de transplante fora do âmbito dos cuidados habituais para a nossa comunidade e se optar por realizar o seu transplante nesse regime, organizaremos e assumiremos os custos de alojamento e deslocação para o membro e para outra pessoa. • sangue, incluindo armazenamento e administração. A cobertura de sangue total e concentrado de hemácias começa apenas com o primeiro litro de sangue necessário. Deve pagar os custos das primeiras três unidades de sangue que receber num ano civil ou garantir que o sangue seja doado por si ou por outra pessoa. Todos os restantes componentes do sangue são cobertos a partir da primeira unidade. • serviços médicos Este benefício continua na página seguinte.	



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Serviço Coberto	O que paga o membro
Cuidados hospitalares em regime de internamento (continuação) 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 ou em regime de ambulatório, pergunte à equipa do hospital. Para obter mais informações, consulte a ficha informativa do Medicare intitulada <i>Benefícios hospitalares do Medicare</i>, disponível em Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf ou ligando para o número 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Os utilizadores de TTY devem ligar para 1-877-486-2048. *Pode ser necessária autorização prévia.	
Serviços em regime de internamento num hospital psiquiátrico* Pagamos pelos serviços de cuidados de saúde mental que exigem internamento hospitalar. 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). 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. *Pode ser necessária autorização prévia.	\$0



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Serviço Coberto	O que paga o membro
Serviços e fornecimentos para doenças renais* Pagamos pelos seguintes serviços: - Serviços de educação sobre doenças renais para ensinar cuidados com os rins e ajudar o membro a tomar boas decisões sobre os seus cuidados. Tem de ter doença renal crónica em fase IV e o seu médico tem de encaminhar o membro. Cobrimos até seis sessões de serviços de educação sobre doenças renais. - Tratamentos de diálise em regime de ambulatório, incluindo tratamentos de diálise quando estiver temporariamente fora da área de serviço, conforme explicado no Capítulo 3 deste <i>Manual do Membro</i>, 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, tais 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. O Medicare Part B paga alguns medicamentos para diálise. Para obter informações, consulte “Medicamentos do Medicare Part B” nesta tabela. *Pode ser necessária autorização prévia.	\$0



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Serviço Coberto	O que paga o membro
 Rastreo do cancro do pulmão com tomografia computadorizada de baixa dosagem (low dose computed tomography, LDCT) O nosso plano paga o rastreo do cancro do pulmão a cada 12 meses se: - tiver entre 50 e 77 anos e - tiver uma consulta de aconselhamento e tomada de decisão partilhada com o seu médico ou outro prestador qualificado, e - ter fumado pelo menos um maço por dia durante 20 anos sem sinais ou sintomas de cancro do pulmão, não fumar atualmente ou ter deixado de fumar nos últimos 15 anos. Após o primeiro rastreo, o nosso plano paga outro rastreo por ano, mediante prescrição médica ou outra indicação por escrito de um prestador qualificado. Se um prestador optar por fornecer aconselhamento sobre rastreo do cancro do pulmão e uma consulta para tomada de decisão conjunta sobre rastreios do cancro do pulmão, a consulta deve cumprir os critérios do Medicare para tais consultas.	\$0
Refeições O programa pagará os custos relacionados com a entrega de refeições ao domicílio após uma hospitalização em regime de internamento ou uma intervenção cirúrgica. Este benefício cobre 14 refeições durante duas semanas e está limitado a duas vezes por ano.	\$0
 Terapia de nutrição médica* Este benefício é para pessoas com diabetes ou doença renal sem diálise. Também é indicado após um transplante renal, quando prescrito pelo seu médico. Este benefício continua na página seguinte.	\$0



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Serviço Coberto	O que paga o membro
Terapia de nutrição médica (continuação) Pagamos três horas de serviços de aconselhamento individual durante o primeiro ano em que recebe serviços de terapia de nutrição médica ao abrigo do Medicare. Podemos aprovar serviços adicionais se forem clinicamente necessários. Pagamos por duas horas de serviços de aconselhamento individual por ano depois disso. 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 a cada ano, caso necessite de tratamento no ano civil seguinte. Podemos aprovar serviços adicionais se forem clinicamente necessários. *Pode ser necessária autorização prévia.	
 Programa de Prevenção da Diabetes do Medicare (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP) O nosso plano paga os serviços MDPP para pessoas elegíveis. O MDPP foi concebido para ajudar o membro a aumentar comportamentos saudáveis. Oferece formação prática em: • mudança alimentar a longo prazo e • aumento da atividade física e • formas de manter a perda de peso e um estilo de vida saudável.	\$0



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Serviço Coberto	O que paga o membro
Medicamentos do Medicare Part B* Esses medicamentos são cobertos pelo Medicare Part B. O nosso plano paga os seguintes medicamentos: • medicamentos que o membro normalmente não administra a si mesmo e que são injetados ou administrados por infusão enquanto recebe serviços médicos, em regime de ambulatório ou em centros cirúrgicos em regime de ambulatório • insulina fornecida através de um item de equipamento médico durável (como uma bomba de insulina clinicamente necessária) • outros medicamentos que toma utilizando equipamento médico durável (como nebulizadores) autorizado pelo nosso plano • o medicamento para Alzheimer, Leqembi® (lecanemab genérico), que é administrado por via intravenosa (intravenously, IV) Além dos custos com medicação, poderá ser necessário realizar exames e testes adicionais antes e/ou durante o tratamento. Fale com o seu médico sobre que exames e testes podem ser necessários no âmbito do seu tratamento. • fatores de coagulação que se administra por injeção se tiver hemofilia • transplante/medicamentos 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. O Medicare Part D cobre medicamentos imunossupressores se o Medicare Part B não os cobrir Este benefício continua na página seguinte.	\$0



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Serviço Coberto	O que paga o membro
Medicamentos do Medicare Part B (continuação) • medicamentos para osteoporose que são injetados. Pagamos por esses medicamentos se o membro estiver confinado em casa, tiver uma fratura óssea que um médico certifique estar relacionada à osteoporose pós-menopausa e não puder injetar o medicamento sozinho • alguns antígenos: 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. • certos 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). 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 como parte de um regime quimioterapêutico anticancro, se forem administrados antes, durante ou dentro de 48 horas após a quimioterapia, ou se forem usados como substituto terapêutico completo de um medicamento intravenoso contra náuseas • determinados medicamentos orais para Doença Renal em Fase Terminal (End-Stage Renal Disease, ESRD) cobertos pelo Medicare Part B. • medicamentos calcimiméticos e ligantes de fosfato no âmbito do sistema de pagamento ESRD, incluindo a medicação intravenosa Parsabiv® e a medicação oral Sensipar Este benefício continua na página seguinte.	



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Serviço Coberto	O que paga o membro
Medicamentos do Medicare Part B (continuação) - determinados medicamentos para diálise domiciliária, incluindo heparina, o antídoto para heparina (quando clinicamente necessário) e anestésicos tópicos - agentes estimulantes da eritropoiese: O Medicare cobre a eritropoietina injetável se tiver ESRD ou precisar deste medicamento para tratar anemia relacionada com certas outras condições (como Epogen®, Procrit®, Retacrit®, Epoetin Alfa, Aranesp®, Darbepoetin Alfa®, Mircera®, ou Metoxipolietilenoglicol-epotina beta) - Imunoglobulina IV para o tratamento domiciliar de doenças de imunodeficiência primária - nutrição parenteral e enteral (alimentação IV e por sonda) A ligação a seguir leva-o a uma lista de medicamentos do Medicare Part B que podem estar sujeitos à terapia escalonada: https://www.nhpri.org/providers/provider-resources/pharmacy/medical-step-therapy-criteria Também cobrimos algumas vacinas ao abrigo do nosso Medicare Part B e a maioria das vacinas para adultos ao abrigo do nosso benefício de medicamentos do Medicare Part D. O Capítulo 5 deste <i>Manual do Membro</i> explica os nossos benefícios relativos a medicamentos. Explica as regras que deve seguir para que as receitas médicas sejam cobertas. O Capítulo 6 deste <i>Manual do Membro</i> explica o que paga pelos seus medicamentos através do nosso plano. A terapia escalonada pode ser exigida para as seguintes categorias de medicamentos sujeitos a receita médica do Part B: - Fatores de hemofilia e coagulação - Medicamentos para doenças autoimunes/inflamatórias crônicas Este benefício continua na página seguinte.	



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Serviço Coberto	O que paga o membro
Medicamentos do Medicare Part B (continuação) • Medicamentos oncológicos e hematológicos • Antieméticos • Medicamentos anti-gota • Imunoglobulinas (IVIG e SCIG) • Agentes para Esclerose Múltipla (Multiple Sclerosis, MS) • Medicamentos para doenças da retina • Anticorpos monoclonais • Fatores estimulantes de colônias de ação prolongada • Fatores estimulantes de colônias de ação curta • Terapias de reposição enzimática • Ácidos hialurônicos • Medicamentos antiasmáticos • Agentes endócrinos e metabólicos • Andrógenos • Enzima collagenase bacteriana • Antifúngicos relacionados ao imidazol • Corticotropina • Medicamentos para o Angioedema Hereditário (Hereditary Angioedema, HAE) • Agentes do lúpus eritematoso sistêmico (systemic lupus erythematosus, SLE) • Agentes imunizantes e terapêuticos passivos anticorpos monoclonais • Medicamentos para polineuropatia associada à amiloidose • Agentes ALS Este benefício continua na página seguinte.	



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Serviço Coberto	O que paga o membro
Medicamentos do Medicare Part B (continuação) • Medicamentos para acromegalia ○ Medicamentos para a síndrome periódica associada à criopirina ○ Medicamentos para o tratamento da enxaqueca ○ Medicamentos para depressão/PDD ○ Medicamentos para Atrofia Muscular Espinhal (Spinal Muscular Atrophy, SMA) ○ Medicamentos para hipertensão arterial pulmonar (pulmonary arterial hypertension, PAH) ○ Agentes estimulantes da eritropoiese (Erythropoiesis stimulating agents, ESA) ○ Toxinas botulínicas *Pode ser necessária autorização prévia. Nota: A autorização prévia pode ser aplicável a alguns serviços nesta categoria, incluindo, entre outros, medicamentos administrados por prestadores prescritos para o tratamento de cancro, deficiências imunitárias, doenças raras, distúrbios neuromusculares, asma, osteoartrite e osteoporose.	
Cuidados em instalações de enfermagem* Uma instalação de enfermagem (nursing facility, NF) é um local que presta cuidados a pessoas que não podem receber cuidados em casa, mas que não precisam de estar num hospital. Os serviços pelos quais pagamos incluem, entre outros, os seguintes: • quarto semiprivado (ou um quarto privado se clinicamente necessário) Este benefício continua na página seguinte.	\$0



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Serviço Coberto	O que paga o membro
Cuidados em instalações de enfermagem (continuação) • refeições, incluindo dietas especiais • serviços de enfermagem • fisioterapia, terapia ocupacional e terapia da fala • terapia respiratória • medicamentos que lhe são administrados como parte do seu plano de cuidados. (Isso inclui substâncias que estão naturalmente presentes no corpo, como fatores de coagulação sanguínea.) • sangue, incluindo armazenamento e administração • fornecimentos médicos e cirúrgicos normalmente fornecidos por instalações de enfermagem • exames laboratoriais normalmente realizados por instalações de enfermagem • raios-X e outros serviços de radiologia normalmente realizados por instalações de enfermagem • utilização de aparelhos, como cadeiras de rodas, normalmente fornecidos por instalações de enfermagem • serviços médicos/profissionais de saúde • equipamento médico durável • serviços dentários, incluindo dentaduras • benefícios oftalmológicos • exames auditivos • cuidados quiropráticos • serviços de podologia Este benefício continua na página seguinte.	



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Serviço Coberto	O que paga o membro
Cuidados em instalações de enfermagem (continuação) Normalmente, recebe os seus cuidados de saúde em instalações da rede. No entanto, poderá obter os seus cuidados numa instalação que não faça parte da nossa rede. Pode obter cuidados nos seguintes locais, desde que aceitem os valores do nosso plano para pagamento: • uma instalação de enfermagem ou comunidade de cuidados continuados para idosos onde vivia imediatamente antes de ir para o hospital (desde que preste cuidados de enfermagem). • uma instalação de enfermagem onde o seu cônjuge ou parceiro doméstico esteja a viver no momento em que sair do hospital *Pode ser necessária autorização prévia.	
Benefício nutricional/alimentar Pagaremos pela terapia nutricional médica e aconselhamento prestado por um nutricionista licenciado para ajudar o membro a controlar uma doença crónica ou problema médico, como diabetes, hipertensão arterial, obesidade ou cancro. Também pagaremos pela terapia nutricional médica e aconselhamento se estiver a tomar um medicamento que possa afetar a capacidade do seu corpo de absorver nutrientes ou o seu metabolismo.	\$0
 Rastreio da obesidade e terapia para manter o peso baixo Se tiver um índice de massa corporal igual ou superior a 30, pagamos aconselhamento para o ajudar a perder peso. Deve obter o aconselhamento num centro de cuidados primários. Dessa forma, pode ser gerido com o seu plano de prevenção completo. Fale com o seu prestador de cuidados primários para saber mais.	\$0



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Serviço Coberto	O que paga o membro
Serviços do programa de tratamento com opióides (opioid treatment program, OTP) O nosso plano paga os seguintes serviços para tratar o transtorno por consumo de opióides (opioid use disorder, OUD) através de um OTP, que inclui os seguintes serviços: • atividades de admissão • avaliações periódicas • fármacos aprovados pela FDA e, se aplicável, administrar e fornecer esses medicamentos • aconselhamento sobre abuso de substâncias • terapia individual e terapia de grupo • exames para detetar drogas ou substâncias químicas no seu corpo (exames toxicológicos)	\$0
Exames diagnósticos em regime de ambulatório, serviços terapêuticos e fornecimentos* Pagamos pelos seguintes serviços e outros serviços clinicamente necessários não listados aqui: • Radiografias • terapia por radiação (rádio e isótopos), incluindo materiais e fornecimentos técnicos • materiais cirúrgicos, como pensos • talas, gessos e outros dispositivos utilizados para fraturas e luxações • análises laboratoriais Este benefício continua na página seguinte.	\$0



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Serviço Coberto	O que paga o membro
Exames diagnósticos em regime de ambulatório, serviços terapêuticos e fornecimentos (continuação) • sangue, incluindo armazenamento e administração • 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 uma condição médica • outros exames diagnósticos em regime de ambulatório *Pode ser necessária autorização prévia.	
Observação hospitalar em regime de ambulatório Pagamos pelos serviços de observação hospitalar em regime de ambulatório para determinar se precisa de ser internado ou se pode receber alta. Os serviços devem cumprir os 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. 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. 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. Para obter mais informações, consulte a ficha informativa do Medicare sobre os <i>Benefícios Hospitalares do Medicare</i>, disponível em Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf	\$0



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Serviço Coberto	O que paga o membro
Serviços hospitalares em regime de ambulatório* Pagamos pelos serviços clinicamente necessários que receber no departamento de ambulatório de um hospital para diagnóstico ou tratamento de uma doença ou lesão, tais como: • Serviços num departamento de emergência ou clínica em regime de ambulatório, como cirurgia em regime de ambulatório ou serviços de observação ○ Os serviços de observação ajudam o seu médico a saber se precisa de ser admitido no hospital como “paciente em regime de internamento”. ○ Às vezes, o membro pode passar a noite no hospital e ainda assim ser considerado um “paciente em regime de ambulatório”. ○ Pode obter mais informações sobre regime de internamento ou regime de ambulatório nesta ficha informativa: es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf. • 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 • Exames preventivos e serviços listados na Tabela de Benefícios • Alguns medicamentos que o membro não pode administrar a si mesmo *Pode ser necessária autorização prévia.	\$0



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Serviço Coberto	O que paga o membro
Cuidados de saúde mental em regime de ambulatório Pagamos pelos serviços de saúde mental prestados por: • centros comunitários de saúde mental • um psiquiatra ou médico licenciado pelo estado • um psicólogo clínico • um assistente social clínico (clinical social worker, CWS) • um enfermeiro clínico especialista (clinical nurse specialist, CNS) • um conselheiro profissional licenciado (licensed professional counselor, LPC) • um terapeuta matrimonial e familiar licenciado (licensed marriage and family therapist, LMFT) • um enfermeiro especializado (nurse practitioner, NP) • um assistente médico (physician assistant, PA) • qualquer outro profissional de saúde mental qualificado pelo Medicare ou pelo Rhode Island Medicaid, conforme permitido pelas leis estaduais aplicáveis Pagamos por serviços de saúde mental, incluindo, entre outros: • tratamento comunitário para dependência química • desintoxicação comunitária • serviços intensivos em regime de ambulatório e • serviços de intervenção em situações de crise	\$0
Serviços de reabilitação em regime de ambulatório* Pagamos fisioterapia, terapia ocupacional, terapia da fala, terapia auditiva, terapia respiratória e outras terapias relacionadas. Este benefício continua na página seguinte.	\$0



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Serviço Coberto	O que paga o membro
Serviços de reabilitação em regime de ambulatório (continuação) Pode obter serviços de reabilitação em regime de ambulatório em departamentos de ambulatório de hospitais, consultórios de terapeutas independentes, instalações de reabilitação em regime de ambulatório abrangentes (comprehensive outpatient rehabilitation facilities, CORF) e outras instalações. *Pode ser necessária autorização prévia.	
Serviços em regime de ambulatório para transtornos relacionados com o abuso de substâncias* Pagamos pelos seguintes serviços e, possivelmente, outros serviços não listados aqui: • rastreio e aconselhamento sobre abuso de álcool • tratamento do abuso de drogas • aconselhamento em grupo ou individual por um clínico qualificado • desintoxicação subaguda num programa residencial de tratamento da dependência química • serviços relacionados com álcool e/ou drogas num centro de tratamento intensivo em regime de ambulatório • tratamento com naltrexona de libertação prolongada (vivitrol) • Serviços de saúde domiciliares 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 medicamentos, desintoxicação medicamente gerida num ambiente hospitalar ou programa de desintoxicação, tratamento integrado de diagnóstico duplo para pessoas com doenças mentais e perturbações relacionadas com o abuso de substâncias, tratamento de abuso de substâncias ordenado pelo tribunal *Pode ser necessária autorização prévia.	\$0



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Serviço Coberto	O que paga o membro
Cirurgia em regime de ambulatório* Pagamos por cirurgias em regime de ambulatório e serviços em instalações em regime de ambulatório de hospitais e centros cirúrgicos em regime de ambulatório. 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 regime de internamento hospitalar, o membro será considerado um paciente em regime de ambulatório. Mesmo que passe a noite no hospital, ainda pode ser considerado um paciente em regime de ambulatório. *Pode ser necessária autorização prévia.	\$0
Benefício sem receita médica (over-the-counter, OTC) Oferecemos 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. Os membros recebem um subsídio de \$28 por mês, não acumulável, para gastar em medicamentos OTC e outros itens relacionados com a saúde. Este subsídio pode ser acedido através de: • Cartão de débito designado • Créditos para compras por catálogo Quaisquer fundos não utilizados expiram no final do mês civil e não serão transferidos para o mês seguinte.	\$0



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Serviço Coberto	O que paga o membro
Serviços de hospitalização parcial e serviços em regime de ambulatório intensivos* A hospitalização parcial é um programa estruturado de tratamento psiquiátrico ativo. É oferecido como um serviço em regime de ambulatório hospitalar ou por um centro comunitário de saúde mental, sendo 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. Pode ajudar a evitar que tenha de ficar internado no hospital. O serviço intensivo em regime de ambulatório é um programa estruturado de tratamento terapêutico comportamental (mental) ativo, prestado como um serviço hospitalar em regime de ambulatório, 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, LMFT ou conselheiro profissional licenciado, mas menos intenso do que a hospitalização parcial. *Pode ser necessária autorização prévia.	\$0
Serviços médicos/prestadores, incluindo consultas médicas* Pagamos pelos seguintes serviços: ● cuidados de saúde ou serviços cirúrgicos clinicamente necessários prestados em locais como: ○ consultório médico ○ centro cirúrgico em regime de ambulatório certificado ○ departamento de ambulatório do hospital ○ qualquer outro local Este benefício continua na página seguinte.	\$0



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Serviço Coberto	O que paga o membro
Serviços médicos/prestadores, incluindo consultas médicas (continuação) - exames básicos de audição e equilíbrio realizados pelo seu prestador de cuidados primários, se ele os solicitar para determinar se precisa de tratamento - 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 membros em determinadas áreas rurais ou outros locais aprovados pelo Medicare. - serviços de telessaúde para consultas mensais relacionadas com doença renal em fase terminal (end-stage renal disease, ESRD) 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 em casa. Este benefício continua na página seguinte.	



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Serviço Coberto	O que paga o membro
Serviços médicos/prestadores, incluindo consultas médicas (continuação) • serviços de telessaúde para diagnosticar, avaliar ou tratar sintomas de um AVC • 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: • serviços de telessaúde para consultas de saúde mental prestados por clínicas de saúde rurais e centros de saúde qualificados pelo governo federal • consultas virtuais (por exemplo, por telefone ou videochamada) com o seu médico durante 5 a 10 minutos, se ○ não for um novo paciente, e ○ a consulta não está relacionada com uma consulta médica nos últimos sete dias e ○ a consulta não leva a uma consulta médica dentro de 24 horas ou à consulta mais próxima disponível • Avaliação de vídeos e/ou imagens enviados ao seu médico e interpretação e acompanhamento pelo seu médico dentro de 24 horas se: ○ não for um novo paciente, e ○ a avaliação não está relacionada com uma consulta médica nos últimos sete dias e ○ a avaliação não resulta numa consulta médica dentro de 24 horas ou na primeira consulta disponível Este benefício continua na página seguinte.	



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Serviço Coberto	O que paga o membro
Serviços médicos/prestadores, incluindo consultas médicas (continuação) • Consulta que o seu médico realiza com outros médicos por telefone, Internet ou registo de saúde eletrónico, caso não seja um novo paciente • Segunda opinião de outro prestador da rede antes da cirurgia *Pode ser necessária autorização prévia.	
Serviços de podologia Pagamos pelos seguintes serviços: • 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 condições que afetam as pernas, como diabetes	\$0
 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: • Medicação PrEP oral ou injetável aprovada pela FDA, incluindo a taxa pela administração da injeção, se aplicável. • Até oito sessões de aconselhamento individual (incluindo avaliação do risco de HIV, redução do risco de HIV e adesão à medicação) a cada 12 meses. Este benefício continua na página seguinte.	\$0



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Serviço Coberto		O que paga o membro
	Profilaxia pré-exposição (Pre-exposure prophylaxis, PrEP) para prevenção do HIV (continuação) • Até oito exames de HIV a cada 12 meses. • Um rastreio único do vírus da hepatite B.	
	Exames de rastreio do cancro da próstata Para homens com 50 anos ou mais, pagamos pelos seguintes serviços uma vez a cada 12 meses: • um exame retal digital • um exame do antígeno específico da próstata (prostate specific antigen, PSA)	\$0
	Dispositivos protéticos e ortóticos e fornecimentos relacionados* Os dispositivos protéticos substituem toda ou parte de uma parte ou função do corpo. Estes incluem, entre outros: • exames, ajustes ou formação na utilização de dispositivos protéticos e ortóticos • bolsas de colostomia e materiais relacionados com cuidados de colostomia • pacemakers • aparelhos ortodônticos • sapatos protéticos • braços e pernas artificiais • próteses mamárias (incluindo um soutien cirúrgico após uma mastectomia) Este benefício continua na página seguinte.	\$0



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Serviço Coberto	O que paga o membro
Dispositivos protéticos e ortóticos e fornecimentos relacionados (continuação) Pagamos por alguns fornecimentos relacionados a dispositivos protéticos e ortopédicos. Também pagamos pela reparação ou substituição de próteses e órteses. Oferecemos alguma cobertura após a remoção da catarata ou cirurgia de catarata. Consulte “Cuidados oftalmológicos” mais adiante nesta tabela para obter detalhes. *Pode ser necessária autorização prévia.	
Serviços de reabilitação pulmonar Pagamos programas de reabilitação pulmonar para membros que sofrem de doença pulmonar obstrutiva crônica (chronic obstructive pulmonary disease, COPD) moderada a muito grave. Deve ter uma prescrição para reabilitação pulmonar do médico ou prestador que trata a COPD.	\$0
Serviços residenciais de saúde mental e tratamento do abuso de substâncias Pagamos por serviços como: • tratamento de saúde mental a curto e longo prazo • tratamento residencial para o abuso agudo de substâncias • tratamento de saúde mental e de abuso de substâncias ordenados pelo tribunal	\$0



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Serviço Coberto	O que paga o membro
 Rastreo da infecção pelo vírus da hepatite C Cobrimos um exame de rastreo 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: • 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. Se nasceu entre 1945 e 1965 e não é considerado de alto risco, pagamos por um exame de rastreo 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.	\$0
 Rastreo e aconselhamento sobre infeções sexualmente transmissíveis (sexually transmitted infections, STI) Pagamos exames de clamídia, gonorreia, sífilis e hepatite B para pessoas com 21 anos ou mais. Esses exames são cobertos para mulheres grávidas e para algumas pessoas com risco aumentado de contrair uma STI. Um prestador de cuidados primários deve solicitar os exames. Realizamos estes exames uma vez a cada 12 meses ou em determinados momentos durante a gravidez. Também pagamos até duas sessões presenciais de aconselhamento comportamental de alta intensidade por ano para adultos sexualmente ativos com risco elevado de contrair STI. Cada sessão pode ter uma duração de 20 a 30 minutos. Pagamos por essas sessões de aconselhamento como um serviço preventivo apenas se forem ministradas por um prestador de cuidados primários. As sessões devem ser realizadas num ambiente de cuidados primários, como um consultório médico.	\$0



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Serviço Coberto	O que paga o membro
Cuidados em instalações de enfermagem especializada (skilled nursing facility, SNF)* Para obter uma definição de cuidados prestados em instalações de enfermagem especializada, consulte o Capítulo 12. Não é necessário internamento hospitalar prévio. Pagamos pelos seguintes serviços e, possivelmente, outros serviços não listados aqui: • quarto semiprivado ou quarto privado, se for clinicamente necessário • refeições, incluindo dietas especiais • serviços de enfermagem especializada • fisioterapia, terapia ocupacional e terapia da fala • medicamentos que recebe como parte do seu plano de cuidados, incluindo substâncias que estão naturalmente no corpo, como fatores de coagulação sanguínea • sangue, incluindo armazenamento e administração • fornecimentos médicos e cirúrgicos fornecidos pela SNF • exames laboratoriais realizados por SNF • Raio-X e outros serviços de radiologia prestados por instalações de enfermagem • aparelhos, como cadeiras de rodas, geralmente fornecidos por instalações de enfermagem • serviços médicos/prestadores de saúde Este benefício continua na página seguinte.	\$0



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Serviço Coberto	O que paga o membro
Cuidados em instalação de enfermagem especializada (skilled nursing facility, SNF) (continuação) Normalmente, recebe cuidados SNF em instalações da rede. Em determinadas condições, poderá obter os seus cuidados numa instituição que não pertença à nossa rede. Pode obter cuidados nos seguintes locais, desde que aceitem os valores do nosso plano para pagamento: • uma instalação de enfermagem ou comunidade de cuidados continuados para idosos onde vivia antes de ir para o hospital (desde que preste cuidados de enfermagem) • uma instalação de enfermagem onde o seu cônjuge ou parceiro doméstico resida no momento em que sair do hospital *Pode ser necessária autorização prévia.	
 Cessação do tabagismo e do consumo de tabaco O aconselhamento para deixar de fumar e de consumir tabaco está coberto, tanto em regime ambulatorio como de internamento, para as pessoas que cumpram os seguintes critérios: • 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 de saúde reconhecido pelo Medicare que preste aconselhamento Cobrimos duas tentativas de deixar de fumar por ano (cada tentativa pode incluir um máximo de quatro sessões intermédias ou intensivas, com um máximo de oito sessões por ano).	\$0



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Serviço Coberto	O que paga o membro
Equipamento médico especial/dispositivos auxiliares menores* Pagamos por equipamentos e fornecimentos médicos especiais para facilitar as suas atividades diárias, como comer e tomar banho. *Pode ser necessária autorização prévia.	\$0
Benefícios suplementares especiais para doentes crónicos III (Special Supplemental Benefits for the Chronically, SSBCI) 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). 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. Este benefício continua na página seguinte.	\$0



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Serviço Coberto	O que paga o membro
SSBCI (continuação) Os membros elegíveis têm direito aos seguintes serviços: • Alimentos e produtos agrícolas – subsídio mensal de \$125, não acumulável, para alimentos saudáveis. Pode ser usado para comprar produtos aprovados em lojas participantes, como produtos hortícolas, frutas, pão, carne, laticínios, etc. • Serviços de apoio ao domicílio – Oferecemos até 120 horas de consultas ao domicílio e virtuais por ano. Este benefício de acompanhante apoia os membros nas Atividades Instrumentais da Vida Diária, como transporte, compras de supermercado e tarefas domésticas leves.	
Terapia de exercício supervisionada (supervised exercise therapy, SET) Pagamos a SET para membros com doença arterial periférica (peripheral artery disease, PAD) sintomática que tenham um encaminhamento para PAD do médico responsável pelo tratamento da PAD. O nosso plano cobre: • até 36 sessões durante um período de 12 semanas, se todos os requisitos da SET forem cumpridos • 36 sessões adicionais ao longo do tempo, se considerado clinicamente necessário por um prestador de cuidados de saúde O programa SET deve ser: • sessões de 30 a 60 minutos de um programa terapêutico de exercícios físicos para PAD em membros com câibras nas pernas devido a má circulação sanguínea (claudicação) Este benefício continua na página seguinte.	\$0



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Serviço Coberto	O que paga o membro
SET (continuação) • num ambiente hospitalar em regime de ambulatório ou num consultório médico • ministrada por pessoal qualificado que garante que os benefícios superam os malefícios e que tenha formação em terapia por exercícios para PAD • sob a supervisão direta de um médico, de um assistente médico (physician assistant, PA) ou de um enfermeiro especializado (nurse practitioner, NP)/enfermeiro clínico especialista (clinical nurse specialist, CNS) com formação em técnicas de suporte vital básico e avançado	
Cuidados urgentemente necessários Cuidados urgentes necessários são aqueles prestados para tratar: • uma situação não urgente que requer cuidados médicos imediatos, ou • uma doença imprevista, ou • uma lesão, ou • uma condição que requer cuidados imediatos. Se precisar de cuidados urgentes necessários, deve primeiro tentar obtê-los junto de um prestador da rede. No entanto, pode recorrer a prestadores fora da rede quando não for possível aceder a um prestador da rede devido ao tempo, local ou circunstâncias, ou quando não for razoável obter este serviço dos prestadores da rede (por exemplo, quando estiver fora da área de serviço do plano e necessitar de serviços médicos imediatos para uma condição não prevista, mas que não seja uma emergência médica). A cobertura inclui os EUA, os seus territórios e todo o mundo.	\$0



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Serviço Coberto	O que paga o membro
 Cuidados oftalmológicos Pagamos os serviços médicos em regime de ambulatório para o diagnóstico e tratamento de doenças e lesões oculares. Por exemplo, tratamento para degeneração macular relacionada à idade. Para pessoas com alto risco de glaucoma, pagamos um exame de glaucoma por ano. As pessoas com alto risco de glaucoma incluem: • pessoas com histórico familiar de glaucoma • pessoas com diabetes • Afro-americanos com 50 anos ou mais • Hispano-americanos com 65 anos ou mais Para pessoas com diabetes, pagamos o rastreio da retinopatia diabética uma vez por ano. Pagamos as lentes e armações de óculos uma vez a cada dois anos. As lentes para óculos são cobertas mais de uma vez em dois anos apenas se for clinicamente necessário. Pagamos um par de óculos ou lentes de contacto após cada cirurgia de catarata, quando o médico insere uma lente intraocular. Se tiver duas cirurgias de catarata separadas, deve adquirir um par de óculos após cada cirurgia. Não pode obter dois pares de óculos após a segunda cirurgia, mesmo que não tenha obtido um par de óculos após a primeira cirurgia.	\$0



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Serviço Coberto	O que paga o membro
 Consulta preventiva “Boas-vindas ao Medicare” Cobrimos a consulta preventiva única de “Boas-vindas ao Medicare”. A consulta inclui: • uma avaliação da sua saúde, • educação e aconselhamento sobre os serviços preventivos de que necessita (incluindo exames e vacinas) e • encaminhamentos para outros cuidados, se necessário. Nota: Cobrimos a consulta preventiva “Boas-vindas ao Medicare” apenas durante os 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 “Bem-vindos ao Medicare”.	\$0

E. Serviços e Apoios de Longo Prazo (Long-Term Services and Supports, LTSS)

O nosso plano também cobre serviços e apoios de longo prazo (long-term services and supports, LTSS) para membros que precisam deles e se qualificam para os LTSS, conforme determinado pelo Rhode Island Medicaid. Poderá ter de pagar parte do custo dos serviços. É o que se designa por “participação nos custos” e o valor que paga é determinado pelo Rhode Island Medicaid.

LTSS cobertos	O que paga o membro
Residência assistida O nosso plano pagará pelos serviços e apoios para que possa viver numa instituição de residência assistida. O plano cobre vários níveis de residência assistida com base nas suas necessidades médicas.	Determinado pelo Rhode Island Medicaid



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

LTSS cobertos	O que paga o membro
Serviços de transição comunitária O nosso plano fornecerá serviços para ajudá-lo a mudar-se de uma instituição ou centro de enfermagem para uma residência particular. O plano também cobrirá algumas despesas únicas para ajudá-lo a montar uma casa particular quando se mudar de uma instituição ou centro de enfermagem.	Determinado pelo Rhode Island Medicaid
Apoios diurnos O nosso plano pagará por serviços que o ajudarão com competências sociais e de autoajuda.	Determinado pelo Rhode Island Medicaid
Apoios ao emprego O nosso plano pagará por serviços como supervisão, transporte ou formação, para ajudar o membro a conseguir ou manter um emprego remunerado.	Determinado pelo Rhode Island Medicaid
Serviços de trabalho doméstico O nosso plano pagará por serviços domésticos para ajudar nas tarefas domésticas gerais, como preparação de refeições ou cuidados domésticos gerais.	Determinado pelo Rhode Island Medicaid
Refeições Entregues ao Domicílio O nosso plano pagará até uma refeição cinco dias por semana, que será entregue na sua casa.	Determinado pelo Rhode Island Medicaid
Assistência com cuidados pessoais O nosso plano pagará pela assistência com atividades diárias em sua casa ou na comunidade, caso tenha uma deficiência e não consiga realizar as atividades sozinho.	Determinado pelo Rhode Island Medicaid



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

LTSS cobertos	O que paga o membro
Sistema Pessoal de Resposta a Emergências (PERS) O nosso plano pagará por um PERS, que é um dispositivo eletrônico do tipo botão que se utiliza ou se mantém por perto e que pode ligá-lo a um profissional qualificado que pode enviar ajuda rapidamente em caso de emergência.	Determinado pelo Rhode Island Medicaid
Pessoal de Enfermagem Privado O nosso plano pagará pelos cuidados individuais e contínuos prestados por enfermeiros licenciados na sua casa.	Determinado pelo Rhode Island Medicaid
Serviços de reabilitação O nosso plano cobrirá os custos de serviços especializados de fisioterapia, terapia ocupacional e terapia da fala em centros de reabilitação em regime de ambulatório.	Determinado pelo Rhode Island Medicaid
Serviços residenciais O nosso plano pagará por serviços que o ajudarão nas atividades diárias para viver na sua própria casa, como aprender a preparar refeições e fazer tarefas domésticas.	Determinado pelo Rhode Island Medicaid
Ajuda nos cuidados O nosso plano pagará por serviços de cuidados de curto prazo ou temporários quando a pessoa que normalmente cuida de si não estiver disponível para prestar esses cuidados.	Determinado pelo Rhode Island Medicaid
Rlte @ Home (Alojamento com apoio – Residências partilhadas) O nosso plano pagará pelos cuidados pessoais e outros serviços prestados por um cuidador que mora na casa.	Determinado pelo Rhode Island Medicaid



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

LTSS cobertos	O que paga o membro
Serviços e apoios autogeridos Se estiver inscrito no programa de cuidados autogeridos, o nosso plano pagará: • serviços, equipamentos e fornecimentos que o ajudam a viver na comunidade, • serviços para ajudar o membro a orientar e pagar pelos seus próprios serviços	Determinado pelo Rhode Island Medicaid
Acompanhante para idosos/adultos O nosso plano pagará por assistência não médica e apoio social nas atividades diárias, como preparação de refeições, lavagem de roupa e compras.	Determinado pelo Rhode Island Medicaid
Serviços de enfermagem especializada O nosso plano cobrirá os custos dos serviços de enfermagem especializada.	Determinado pelo Rhode Island Medicaid

F. Benefícios cobertos fora do nosso plano

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

F1. Serviços de medicina dentária

Cuidados dentários de rotina, como limpezas, obturações e dentaduras, são cobertos pelo Rhode Island Medicaid. Para cuidados dentários de rotina, podemos ajudá-lo a encontrar um prestador que aceite o Rhode Island Medicaid com pagamento por serviço prestado. Ao obter esses serviços, deve utilizar o seu cartão de membro do Rhode Island Medicaid (“âncora”). Em alguns casos, os cuidados dentários necessários para tratar doenças ou lesões podem ser cobertos pelo Neighborhood INTEGRITY for Duals como cuidados em regime de internamento ou em regime de ambulatório. Ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711) se não tiver certeza se o Neighborhood INTEGRITY for Duals cobre os serviços dentários de que precisa ou se precisar de ajuda para encontrar um dentista.



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

F2. Transporte médico não urgente

Pode ser elegível para um passe de autocarro RIPTA com tarifa reduzida. Para obter um passe de autocarro RIPTA com tarifa reduzida, visite o Gabinete de Identificação da RIPTA em One Kennedy Plaza, Providence, RI 02903 ou o Gabinete de Atendimento ao Cliente da RIPTA em 705 Elmwood Avenue, Providence, RI 02907. Ligue para a RIPTA através do número 1-401-784-9500 (TTY 1-800-745-5555) para obter mais informações ou visite www.ripta.com/reducedfare.

Se não puder usar um passe de autocarro RIPTA, o Rhode Island Medicaid cobre serviços de transporte médico não urgente (non-emergency medical transportation, NEMT) para consultas médicas, dentárias ou outras relacionadas com a saúde. Se precisar de transporte médico não urgente (NEMT) de rotina, ligue para o número 1-855-330-9131 (TTY 711), das 5 a.m. às 6 p.m., de segunda a sexta-feira, ou para o Neighborhood INTEGRITY for Duals, através do número 1-844-812-6896 (TTY 711). Das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Ao agendar o NEMT, utilize o seu cartão de membro do Rhode Island Medicaid (“âncora”).** Também pode agendar o NEMT de rotina através do portal online para membros em www.mtm-inc.net/rhode-island/. Pode solicitar transporte para atendimento de urgência 24 horas por dia, 7 dias por semana. Agende o transporte para cuidados não urgentes pelo menos 48 horas antes da sua consulta.

Ligue para agendar:	Se precisar de transporte:
Segunda-feira	Quarta-feira
Terça-feira	Quinta-feira
Quarta-feira	Sexta-feira, sábado ou domingo
Quinta-feira	Segunda-feira
Sexta-feira	Terça-feira

F3. Serviços residenciais para pessoas com deficiências intelectuais e de desenvolvimento

Os serviços residenciais para pessoas com deficiências intelectuais e de desenvolvimento são cobertos pelo Rhode Island Medicaid. Ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711) se não tiver a certeza se os serviços de que necessita são cobertos pelo plano ou pelo Rhode Island Medicaid.



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

F4. Serviços de estabilização residencial

Se estiver sem casa, em risco de ficar sem casa ou a mudar-se de uma instalação de enfermagem para a comunidade, poderá obter serviços do Rhode Island Medicaid para ajudá-lo com problemas relacionados com a habitação. Se tiver dúvidas sobre os serviços cobertos pelo Rhode Island Medicaid ou se desejar ser encaminhado para este programa, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711).

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

Esta secção informa sobre os benefícios excluídos do nosso plano. “Excluído” significa que não pagamos por esses benefícios. O Medicare e o Medicaid também não pagam pelos benefícios.

A lista abaixo descreve alguns serviços e itens que não são cobertos por nós em nenhuma circunstância e alguns que são excluídos por nós apenas em alguns casos.

Não pagamos pelos benefícios médicos excluídos listados nesta secção (ou em qualquer outra parte deste *Manual do Membro*), exceto nas condições específicas listadas. Mesmo que receba os serviços numa unidade de emergência, o plano não cobrirá os custos dos serviços. Se considerar que o nosso plano deve pagar por um serviço que não está coberto, pode solicitar um recurso. Para obter informações sobre recursos, consulte o **Capítulo 9** deste *Manual do Membro*.

Além das exclusões ou limitações descritas na Tabela de Benefícios, o nosso plano não cobre os seguintes itens e serviços:

- serviços considerados não “razoáveis e clinicamente necessários”, de acordo com os padrões do Medicare e do Rhode Island Medicaid, a menos que os listemos como serviços cobertos
- tratamentos médicos e cirúrgicos experimentais, itens e medicamentos, a menos que o Medicare, um estudo de investigação clínica aprovado pelo Medicare ou o nosso plano os cubra. Consulte o **Capítulo 3** deste *Manual do Membro* para obter mais informações sobre estudos de investigação clínica. Os tratamentos e itens experimentais são aqueles que geralmente não são aceites pela comunidade médica.
- tratamento cirúrgico para obesidade mórbida, exceto quando clinicamente necessário e pago pelo Medicare
- um quarto privado num hospital, exceto quando clinicamente necessário
- pessoal de enfermagem privado



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

- itens pessoais no seu quarto num hospital ou numa instalação de enfermagem, tais como um telefone ou televisão
- cuidados de enfermagem a tempo inteiro na sua casa
- taxas cobradas pelos seus familiares imediatos ou membros do seu agregado familiar
- procedimentos ou serviços eletivos ou voluntários de melhoria (incluindo perda de peso, crescimento capilar, desempenho sexual, desempenho atlético, fins cosméticos, antienvelhecimento e desempenho mental), exceto quando clinicamente necessários
- cirurgia estética ou outros procedimentos cosméticos, a menos que sejam necessários devido a uma lesão acidental ou para melhorar uma parte do corpo que não tenha a forma correta. No entanto, pagamos pela reconstrução de uma mama após uma mastectomia e pelo tratamento da outra mama para que fique igual.
- cuidados quiropráticos, exceto manipulação manual da coluna vertebral, de acordo com as diretrizes de cobertura
- cuidados de rotina com os pés, exceto conforme descrito nos serviços de podologia na Tabela de Benefícios na **Secção D**
- sapatos ortopédicos, a menos que os sapatos façam parte de uma cinta ortopédica para a perna e estejam incluídos no custo da cinta, ou que os sapatos sejam para uma pessoa com doença do pé diabético
- dispositivos de apoio para os pés, exceto calçado ortopédico ou terapêutico para pessoas com doença do pé diabético
- ceratotomia radial, cirurgia LASIK e outros auxílios para baixa visão
- reversão de procedimentos de esterilização e fornecimento de contraceptivos sem receita médica
- serviços de naturopatia (utilização de tratamentos naturais ou alternativos)
- serviços prestados a veteranos nas instalações do Departamento de Assuntos dos Veteranos (Veterans Affairs, VA). No entanto, quando um veterano recebe serviços de emergência num hospital do VA e a coparticipação nos custos do VA é superior à coparticipação nos custos do nosso plano, reembolsamos o veterano pela diferença. Continua a ser responsável pelos seus valores de coparticipação nos custos.



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Capítulo 5: Obter os seus medicamentos em regime de ambulatório

Introdução

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

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

- **Medicamentos cobertos pelo Medicare Part A.** Geralmente incluem medicamentos administrados enquanto estiver internado num hospital ou instalação de enfermagem.
- **Medicamentos cobertos pelo Medicare Part B.** Estes incluem alguns medicamentos quimioterápicos, algumas injeções de medicamentos administradas durante uma consulta com um médico ou outro prestador e medicamentos administrados numa clínica de diálise. Para saber mais sobre que medicamentos do Medicare Part B são cobertos, consulte a Tabela de Benefícios no **Capítulo 4** deste *Manual do Membro*.
- Além da cobertura do Medicare Part D e dos benefícios médicos do plano, os seus medicamentos podem ser cobertos pelo Original Medicare se estiver nos cuidados paliativos do Medicare. Para obter mais informações, consulte o **Capítulo 5, Secção F3** “Se estiver num programa de cuidados paliativos certificado pelo Medicare.”

Regras para a cobertura de medicamentos em regime de ambulatório do nosso plano

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

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



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

O seu prescritor **não** pode constar nas Listas de Exclusão ou Impedimento do Medicare nem na Lista de Prestadores Sancionados de Rhode Island.

Em geral, deve recorrer a uma farmácia da rede para aviar a sua receita médica (consulte a **Secção A1** para obter mais informações). Ou pode aviar a sua receita médica através do serviço de venda por correspondência do plano.

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

- Se não estiver na *Lista de Medicamentos*, poderemos cobri-lo concedendo-lhe uma exceção.
- Consulte o **Capítulo 9, Secção G4** para saber como solicitar uma exceção.

O medicamento deverá ser utilizado para uma indicação clinicamente aceitável. Isso significa que a utilização do medicamento é aprovada pela Administração de Alimentos e Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) ou apoiada por determinadas referências médicas. O seu prescritor poderá ajudar a identificar referências médicas que justifiquem a utilização solicitada do medicamento prescrito.

“Indicação clinicamente aceite” é definida como um diagnóstico aprovado ao abrigo da Lei Federal sobre Alimentos, Medicamentos e Cosméticos, ou que é apoiado por investigação científica encontrada no American Hospital Formulary Service Drug Information e/ou no DRUGDEX® Information System.

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

Índice

A. Aviar as suas receitas médicas	130
A1. Aviar a sua receita médica numa farmácia da rede.....	130
A2. Utilizar o seu Cartão de Membro quando aviar uma receita médica.....	130
A3. O que fazer se mudar de farmácia da rede	130
A4. O que fazer se a sua farmácia sair da rede.....	130
A5. Recorrer a uma farmácia especializada	131
A6. Utilizar serviços de venda por correspondência para obter os seus medicamentos	131
A7. Obter um fornecimento de medicamentos a longo prazo	133



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

A8. Utilizar uma farmácia que não faz parte da rede do nosso plano	133
A9. Reembolso de uma receita médica	134
B. <i>Lista de Medicamentos</i> do nosso plano.....	134
B1. Medicamentos na nossa <i>Lista de Medicamentos</i>	134
B2. Como encontrar um medicamento na nossa <i>Lista de Medicamentos</i>	135
B3. Medicamentos que não constam da nossa <i>Lista de Medicamentos</i>	135
B4. Escalões de coparticipação nos custos da <i>Lista de Medicamentos</i>	136
C. Limites para alguns medicamentos	137
D. Razões pelas quais o seu medicamento pode não estar coberto	139
D1. Obter um fornecimento temporário	139
D2. Solicitar um fornecimento temporário.....	141
D3. Pedir uma exceção	142
E. Alterações na cobertura dos seus medicamentos	142
F. Cobertura de medicamentos em casos especiais.....	145
F1. Num hospital ou numa instalação de enfermagem especializada para um internamento coberto pelo nosso plano.....	145
F2. Numa instituição de cuidados prolongados	145
F3. Num programa de cuidados paliativos certificado pelo Medicare	145
G. Programas sobre segurança e gestão de medicamentos	146
G1. Programas para o ajudar a utilizar medicamentos com segurança	146
G2. Programas para o ajudar a gerir os seus medicamentos	146
G3. Programa de gestão de medicamentos (Drug management program, DMP) para ajudar os membros a usar fármacos opióides com segurança	148



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

A. Aviar as suas receitas médicas

A1. Aviar a sua receita médica numa farmácia da rede

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

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

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

Para aviar a sua receita médica, **mostre o seu Cartão de Membro** na sua farmácia da rede. A rede de farmácias fatura-nos a nossa participação nos custos do medicamento coberto pelo seu plano. Poderá ter de fazer um copagamento à farmácia quando for buscar a sua receita médica.

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

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

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

A3. O que fazer se mudar de farmácia da rede

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

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

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

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



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

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

A5. Recorrer a uma farmácia especializada

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

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

A6. Utilizar serviços de venda por correspondência para obter os seus medicamentos

Para determinados tipos de medicamentos, pode utilizar os serviços de venda por correspondência da rede do nosso plano. Geralmente, os medicamentos disponíveis por venda por correspondência são aqueles que 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. Um fornecimento de 90 dias tem o mesmo copagamento que um fornecimento de um mês.

Aviar receitas médicas por correspondência

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



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

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

Normalmente, uma receita médica de venda por correspondência chega dentro de 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.

Processos de venda por correspondência

O serviço de venda por correspondência tem procedimentos diferentes para novas receitas médicas que recebe do membro, novas receitas médicas que recebe diretamente do consultório do seu prestador e renovações das suas receitas médicas por correspondência.

1. Novas receitas médicas que a farmácia recebe do membro

A farmácia avia e entrega automaticamente as novas receitas médicas que recebe do membro.

2. Novas receitas médicas que a farmácia recebe do consultório do seu prestador

Depois da farmácia receber uma receita médica de um prestador de cuidados de saúde, ela entra em contacto consigo para saber se pretende que o medicamento seja enviado imediatamente ou mais tarde.

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

3. 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 registos indicam que o seu medicamento está prestes a acabar.

- A farmácia entra 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 tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

- Se optar por não utilizar o nosso programa de renovação automática, entre em contacto com a sua farmácia 15 dias antes de a sua receita médica atual acabar para garantir que a sua próxima receita médica lhe é enviada 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.

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

A7. Obter um fornecimento de medicamentos a longo prazo

Pode obter um fornecimento de longo prazo de medicamentos de manutenção na *Lista de Medicamentos* do nosso plano. Os medicamentos de manutenção são aqueles que se toma regularmente, para uma condição médica crónica ou a longo prazo.

Algumas farmácias da rede permitem que obtenha um fornecimento de longo prazo de medicamentos de manutenção. Um fornecimento de 90 dias tem o mesmo copagamento que um fornecimento de um mês. O *Diretório de Prestadores e Farmácias* informa que farmácias podem fornecer fornecimento de longo prazo de medicamentos de manutenção. Também pode ligar para os Serviços para Membros para obter mais informações.

Para determinados tipos de medicamentos, pode utilizar serviços de venda por correspondência da rede do plano para obter um fornecimento de longo prazo de medicamentos de manutenção. Consulte a **Secção A6** para saber mais sobre os serviços de venda por correspondência.

A8. Utilizar uma farmácia que não faz parte da rede do nosso plano

Geralmente, pagamos pelos medicamentos aviados em farmácias fora da rede apenas quando não é possível utilizar uma farmácia da rede. Temos farmácias da rede fora da nossa área de serviço onde pode aviar as receitas médicas como membro do nosso plano. Nesses casos, verifique primeiro com os Serviços para Membros para saber se há uma farmácia da rede nas proximidades.

Pagamos as receitas médicas aviadas numa farmácia fora da rede nos seguintes casos:

- 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 dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

A9. Reembolso de uma receita médica

Se tiver de utilizar uma farmácia fora da rede, geralmente terá de pagar o custo total em vez de um copagamento quando obter a sua receita médica. Pode solicitar-nos o reembolso da nossa participação nos custos.

Para saber mais, consulte o **Capítulo 7** deste *Manual do Membro*.

B. Lista de Medicamentos do nosso plano

Temos uma *Lista de Medicamentos Cobertos*. É designada por “*Lista de Medicamentos*”, para abreviar.

Selecionamos os medicamentos da *Lista de Medicamentos* com a ajuda de uma equipa de médicos e farmacêuticos. A *Lista de Medicamentos* também informa as regras que precisa de seguir para obter os seus medicamentos.

Geralmente, cobrimos um medicamento da *Lista de Medicamentos* do nosso plano quando segue as regras que explicamos neste capítulo.

B1. Medicamentos na nossa *Lista de Medicamentos*

A nossa *Lista de Medicamentos* inclui medicamentos cobertos pelo Medicare Part D e alguns medicamentos e produtos sujeitos a receita médica e sem receita médica (over-the-counter, OTC) cobertos pelo Rhode Island Medicaid.

A nossa *Lista de Medicamentos* inclui medicamentos de marca, medicamentos genéricos e produtos biológicos (que podem incluir biossimilares).

Um medicamento de marca é um medicamento vendido sob um nome comercial registado, de propriedade do fabricante do medicamento. Os produtos biológicos são medicamentos mais complexos do que os medicamentos normais. Na nossa *Lista de Medicamentos*, quando nos referimos a “medicamentos”, isso pode significar um medicamento ou um produto biológico.

Os medicamentos genéricos têm os mesmos ingredientes ativos do que os medicamentos de marca. Os produtos biológicos têm alternativas designadas por biossimilares. Geralmente, os medicamentos genéricos e biossimilares funcionam tão bem quanto os produtos biológicos de marca ou originais e costumam custar menos. Existem medicamentos genéricos disponíveis para substituir muitos medicamentos de marca e alternativas biossimilares para alguns produtos biológicos originais. Alguns biossimilares são biossimilares permutáveis e, dependendo das leis estatais, podem ser substituídos pelo produto biológico original na farmácia sem necessidade de uma nova receita médica, tal como os medicamentos genéricos podem ser substituídos por medicamentos de marca.



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Consulte o **Capítulo 12** para obter definições dos tipos de medicamentos que podem constar na *Lista de Medicamentos*.

O nosso plano também cobre determinados medicamentos e produtos OTC. Alguns medicamentos OTC custam menos do que os medicamentos sujeitos a receita médica e funcionam tão bem quanto eles. Para mais informações, ligue para os Serviços para Membros.

B2. Como encontrar um medicamento na nossa *Lista de Medicamentos*

Para saber se um medicamento que toma está na nossa *Lista de Medicamentos*, pode:

- Visitar o website do nosso plano em www.nhpri.org/INTEGRITYDuals. A *Lista de Medicamentos* no nosso website é sempre a mais atualizada.
- Ligue para os Serviços para Membros para saber se um medicamento está na nossa *Lista de Medicamentos* ou para solicitar uma cópia da lista.
- Utilize a nossa a “Ferramenta de Benefícios em Tempo Real” em 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.

B3. Medicamentos que não constam da nossa *Lista de Medicamentos*

Não cobrimos todos os medicamentos.

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

O nosso plano não cobre os tipos de medicamentos descritos nesta secção. Estes são designados por **medicamentos excluídos**. Se receber uma receita médica para um medicamento excluído, poderá ter de pagar por ele. Se achar que devemos pagar por um medicamento excluído devido ao seu caso, pode apresentar um recurso. Consulte o **Capítulo 9** deste *Manual do Membro* para obter mais informações sobre recursos.

Aqui estão três regras gerais para medicamentos excluídos:



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

1. A cobertura de medicamentos em regime de ambulatório do nosso plano (que inclui os medicamentos do Medicare Part D e do Rhode Island Medicaid) não pode pagar por um medicamento que já seja coberto pelo Medicare Part A ou pelo Medicare Part B. O nosso plano cobre medicamentos cobertos pelo Medicare Part A ou Medicare Part B gratuitamente, mas esses medicamentos não são considerados parte dos seus benefícios de medicamentos em regime de ambulatório.
2. O nosso Plano não cobre um medicamento adquirido fora dos Estados Unidos e respectivos territórios.
3. A utilização do medicamento deve ser aprovada pela FDA ou apoiado por determinadas referências médicas como tratamento para a sua condição. O seu médico ou outro prestador pode prescrever um determinado medicamento para tratar a sua condição, mesmo que ele não tenha sido aprovado para o tratamento dessa condição. É o que se designa por “utilização fora da indicação terapêutica”. O nosso plano normalmente não cobre medicamentos prescritos para utilização fora da indicação terapêutica.

Além disso, por lei, o Medicare ou o Rhode Island Medicaid não podem cobrir os tipos de medicamentos listados abaixo.

- Medicamentos utilizados para promover a fertilidade
- Medicamentos utilizados para fins cosméticos ou para promover o crescimento capilar
- Medicamentos utilizados no tratamento da disfunção sexual ou erétil
- Medicamentos para utilização em regime de ambulatório fabricados por uma empresa que exige que os exames ou serviços sejam realizados exclusivamente por ela.

B4. Escalões de coparticipação nos custos da *Lista de Medicamentos*

Todos os medicamentos da nossa *Lista de Medicamentos* estão classificados num dos cinco escalões. Um escalão é um grupo de medicamentos geralmente do mesmo tipo (por exemplo, medicamentos de marca, genéricos ou OTC). Em geral, quanto mais alto for o escalão de coparticipação nos custos, mais alto será o custo do medicamento.

- O Escalão 1 de Coparticipação nos Custos inclui medicamentos genéricos preferenciais (nível mais baixo).
- O Escalão 2 de Coparticipação nos Custos inclui medicamentos genéricos
- O Escalão 3 de Coparticipação nos Custos inclui medicamentos de marca preferenciais
- O Escalão 4 de Coparticipação nos Custos inclui medicamentos não preferenciais



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

- O Escalão 5 de Coparticipação nos Custos inclui medicamentos especializados (escalão mais alto).

Para saber em que escalão de coparticipação nos custos o seu medicamento se encontra, procure o medicamento na nossa *Lista de Medicamentos*.

O **Capítulo 6** deste *Manual do Membro* informa o valor que paga pelos medicamentos em cada escalão.

C. Limites para alguns medicamentos

Para determinados medicamentos, regras especiais limitam como e quando o nosso plano os cobre. Geralmente, as nossas regras incentivam-no a obter um medicamento que atue na sua condição médica e seja seguro e eficaz. Quando um medicamento seguro e de baixo custo funciona tão bem quanto um medicamento de custo mais elevado, esperamos que o seu prestador prescreva o medicamento de baixo 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 concentração, quantidade ou forma do medicamento prescrito pelo seu prestador, e diferentes restrições podem ser aplicadas às diferentes versões dos medicamentos (por exemplo, 10 mg versus 100 mg; um por dia versus dois por dia; comprimido versus líquido).

Se houver uma regra especial para o seu medicamento, isso geralmente significa que o membro ou o seu prestador devem tomar medidas adicionais para que possamos cobrir o medicamento. Por exemplo, o seu prestador poderá ter de nos informar primeiro o seu diagnóstico ou fornecer os resultados das análises ao sangue. Se o membro ou o seu prestador acharem que a nossa regra não se aplica à sua situação, solicite-nos que utilizemos o processo de decisão de cobertura para abrir uma exceção. Podemos concordar ou não em permitir que utilize o medicamento sem seguir passos adicionais.

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

1. Limitar a utilização de medicamentos de marca ou produtos biológicos originais quando, respetivamente, estiver disponível uma versão genérica ou biossimilar intercambiável

Geralmente, um medicamento genérico ou biossimilar intercambiável funciona da mesma forma que um medicamento de marca ou produto biológico original e, normalmente, custa menos. Na maioria dos casos, se houver uma versão genérica ou biossimilar intercambiável de um medicamento de marca ou produto biológico original disponível, as farmácias da nossa rede fornecem-lhe, respetivamente, a versão genérica ou biossimilar intercambiável.



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

- Normalmente, não pagamos pelo medicamento de marca ou produto biológico original quando existe uma versão genérica disponível.
- No entanto, se o seu prestador nos informou a razão médica pela qual o medicamento genérico ou bioequivalente não funcionaria para si, **ou** escreveu “Sem substituições” na sua receita médica para um medicamento de marca ou produto biológico original, **ou** nos informou a razão médica pela qual o medicamento genérico, bioequivalente ou outros medicamentos cobertos que tratam a mesma condição não funcionariam para si, então cobrimos o medicamento de marca.
- O seu copagamento pode ser maior para o medicamento de marca ou produto biológico original do que para o medicamento genérico ou bioequivalente.

2. Obter aprovação prévia do plano

Para alguns medicamentos, o membro ou o seu prescritor devem obter a aprovação do nosso plano antes de aviar a receita médica. 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 aprovação, poderemos não cobrir o medicamento. Ligue para os Serviços para Membros através do número indicado no final da página ou no nosso website www.nhpri.org/dualconnect/pharmacy-benefits-2027/ para obter mais informações sobre autorização prévia.

3. Experimentar primeiro um medicamento diferente

Em geral, queremos que experimente medicamentos mais baratos que sejam igualmente eficazes antes de cobrarmos medicamentos mais caros. Por exemplo, se o Medicamento A e o Medicamento B tratam a mesma condição médica e o Medicamento A custa menos do que o Medicamento B, poderemos solicitar que experimente primeiro o Medicamento A.

Se o Medicamento A não funcionar para si, então cobrimos o Medicamento B. É o que se designa por terapia escalonada. Ligue para os Serviços para Membros através do número indicado no final da página ou no nosso website www.nhpri.org/dualconnect/pharmacy-benefits-2027/ para obter mais informações sobre a terapia escalonada.

4. Limites de quantidade

Para alguns medicamentos, limitamos a quantidade que pode tomar. É o que se designa por limite de quantidade. Por exemplo, se normalmente é considerado



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

seguro tomar apenas um comprimido por dia de um determinado medicamento, poderemos limitar a quantidade de medicamento que pode obter de cada vez que aviar a sua receita médica.

Para saber se alguma das regras acima se aplica a um medicamento que toma ou pretende tomar, consulte a nossa *Lista de Medicamentos*. Para obter as informações mais atualizadas, ligue para os Serviços para Membros ou consulte o nosso website em www.nhpri.org/INTEGRITYDuals. Se discordar da nossa decisão de cobertura com base em qualquer uma das razões acima, poderá solicitar um recurso. Consulte o **Capítulo 9** deste *Manual do Membro*.

D. Razões pelas quais o seu medicamento pode não estar coberto

Procuramos fazer com que a sua cobertura de medicamentos funcione bem para si mas, por vezes, um medicamento pode não estar coberto da forma que deseja. Por exemplo:

- O nosso plano não cobre o medicamento que pretende tomar. O medicamento pode não constar na nossa *Lista de Medicamentos*. Podemos cobrir uma versão genérica do medicamento, mas não a versão de marca que pretende tomar. Um medicamento pode ser novo e ainda não o analisámos quanto à sua segurança e eficácia.
- O nosso plano cobre o medicamento, mas existem regras ou limites especiais para a cobertura. Conforme explicado na secção acima, alguns medicamentos cobertos pelo nosso plano têm regras que limitam a sua utilização. Em alguns casos, o membro ou o seu prescriptor podem pedir uma exceção.
- O medicamento está coberto, mas num escalão de coparticipação nos custos que torna o seu custo mais caro do que acha que deveria ser.

Há medidas que pode tomar se não cobrirmos um medicamento da forma que deseja.

D1. Obter um fornecimento temporário

Em alguns casos, podemos fornecer-lhe um fornecimento temporário de um medicamento quando o medicamento não estiver na nossa *Lista de Medicamentos* ou for limitado de alguma forma. Isso dá-lhe tempo para conversar com o seu prestador sobre a possibilidade de obter um medicamento diferente ou para nos pedir para cobrir o medicamento.

Para obter um fornecimento temporário de um medicamento, deve cumprir as duas regras abaixo:

1. O medicamento que tem tomado:



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

- já não consta da nossa *Lista de Medicamentos* **ou**
- nunca constou da nossa *Lista de Medicamentos* **ou**
- agora está limitado de alguma forma.

2. Deve estar numa destas situações:

- Estava inscrito no nosso plano no ano passado.
 - Cobrimos o fornecimento temporário do seu medicamento durante os primeiros 90 dias do ano civil.
 - Este fornecimento temporário é válido para até:
 - Um fornecimento de 30 dias, se não residir numa instituição de cuidados prolongados
 - Fornecimento de 31 dias se viver num centro de cuidados prolongados.
 - Se a sua receita médica for passada para menos dias, permitiremos várias renovações para fornecer até um máximo de 30 dias de medicação. Deve aviar a receita médica numa farmácia da rede.
 - As farmácias de cuidados de longo prazo podem fornecer o seu medicamento em pequenas quantidades de cada vez para evitar o desperdício.
- É novo no nosso plano.
 - Cobrimos o fornecimento temporário do seu medicamento **durante os primeiros 90 dias da sua adesão ao nosso plano.**
 - Este fornecimento temporário é válido para até:
 - Um fornecimento de 30 dias, se não residir numa instituição de cuidados prolongados
 - Fornecimento de 31 dias se viver num centro de cuidados prolongados, e
 - Se a sua receita médica for passada para menos dias, permitiremos várias renovações para fornecer até um máximo de 30 dias de medicação. Deve aviar a receita médica numa farmácia da rede.



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

- As farmácias de cuidados de longo prazo podem fornecer o seu medicamento em pequenas quantidades de cada vez para evitar o desperdício.
- Está inscrito no nosso plano há mais de 90 dias, vive numa instituição de cuidados prolongados e precisa de um fornecimento imediato.
 - Cobrimos um fornecimento de 31 dias, ou menos, se a sua receita médica for passada para menos dias. Isto é adicional ao fornecimento temporário acima.
 - Se o seu nível de cuidados mudar, cobriremos pelo menos um fornecimento para 31 dias.

D2. Solicitar um fornecimento temporário

Para solicitar um fornecimento temporário de um medicamento, ligue para os Serviços para Membros.

Quando obtiver um fornecimento temporário de um medicamento, converse com o seu prestador o mais rápido possível para decidir o que fazer quando o seu stock acabar.

Aqui estão as suas opções:

- Mudar para outro medicamento.

O nosso plano pode cobrir um medicamento diferente que funcione para si. Ligue para os Serviços para Membros para solicitar uma lista dos medicamentos que cobrimos para o tratamento da mesma condição médica. A lista pode ajudar o seu prestador a encontrar um medicamento coberto pelo plano que possa ser adequado para si.

OU

- Solicitar uma exceção.

O membro e o seu prestador podem solicitar para abrir uma exceção. Por exemplo, pode solicitar-nos a cobertura de um medicamento que não conste da nossa *Lista de Medicamentos* ou solicitar-nos a cobertura do medicamento sem limites. Se o seu prestador afirmar que o membro tem uma boa razão médica para uma exceção, ele poderá ajudá-lo a solicitá-la.



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

D3. Pedir uma exceção

Se um medicamento que toma for retirado da nossa *Lista de Medicamentos* ou tiver alguma restrição no próximo ano, permitimos que solicite uma exceção antes do próximo ano.

- Informaremos sobre todas as alterações relativas à cobertura do seu medicamento para o próximo ano. Peça-nos para abrir uma exceção e cobrir o medicamento para o próximo ano da maneira que desejar.
- Respondemos ao seu pedido de exceção no prazo de 72 horas após recebermos o seu pedido (ou a declaração de apoio do seu prescritor).
- Se aprovarmos o seu pedido, autorizaremos a cobertura do medicamento antes que a alteração entre em vigor.

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

Se precisar de ajuda para solicitar uma exceção, contacte os Serviços para Membros.

E. Alterações na cobertura dos seus medicamentos

A maioria das alterações na cobertura de medicamentos ocorre em 1 de janeiro, mas podemos adicionar ou remover medicamentos da nossa *Lista de Medicamentos* durante o ano. Também podemos alterar as nossas regras sobre medicamentos. Por exemplo, podemos:

- Decidir exigir ou não a autorização prévia (prior authorization, PA) para um medicamento (autorização da nossa parte antes de poder obter o medicamento).
- Adicionar ou alterar a quantidade de um medicamento que pode obter (limites de quantidade).
- Adicionar ou alterar as restrições de terapia escalonada relativas a um medicamento (deve experimentar um medicamento antes de cobrirmos outro medicamento.)

Devemos seguir os requisitos do Medicare antes de alterarmos a *Lista de Medicamentos do nosso plano*. Para obter mais informações sobre estas regras relativas a medicamentos, consulte a **Secção C**.

Se tomar um medicamento que cobrimos no **início do ano**, geralmente não removeremos ou alteraremos a cobertura desse medicamento **durante o resto do ano**, a menos que:



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

- um novo medicamento mais barato chegue ao mercado com a mesma eficácia de um medicamento que já consta da nossa *Lista de Medicamentos*, **ou**
- tomarmos conhecimento de que um medicamento não é seguro, **ou**
- um medicamento for retirado do mercado.

O que acontece se a cobertura de algum dos medicamentos que está a tomar sofrer alterações?

Para obter mais informações sobre o que acontece quando a nossa *Lista de Medicamentos* é alterada, pode sempre:

- Consultar a nossa *Lista de Medicamentos* atualizada online em www.nhpri.org/INTEGRITYDuals **ou**
- Ligar para os Serviços para Membros através do número indicado no final da página para verificar a nossa *Lista de Medicamentos* atualizada.

Alterações que podemos fazer na *Lista de Medicamentos* que afetam o membro durante o ano do plano atual

Algumas alterações à *Lista de Medicamentos* serão efetuadas imediatamente. Por exemplo:

- Um novo medicamento genérico é lançado no mercado. Às vezes, um novo medicamento genérico ou biossimilar chega ao mercado com a mesma eficácia de um medicamento de marca ou produto biológico original que já consta na *Lista de Medicamentos*. Quando isso acontecer, poderemos remover o medicamento de marca e adicionar o novo medicamento genérico, mas o custo do novo medicamento permanecerá o mesmo.

Quando adicionamos o novo medicamento genérico, também podemos decidir manter o medicamento de marca na lista, mas alterar as suas regras ou limites de cobertura.

- Poderemos não o informar antes de efetuarmos esta alteração, mas enviar-lhe-emos informações sobre a alteração específica que fizemos após a mesma ocorrer.
- O membro ou o seu prestador podem solicitar uma “exceção” a estas alterações. Enviar-lhe-emos um aviso com os passos que pode seguir para solicitar uma exceção. Consulte o **Capítulo 9, Secção G4** deste manual para obter mais informações sobre exceções.



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Remoção de medicamentos inseguros e outros medicamentos que são retirados do mercado. Por vezes, um medicamento pode ser considerado inseguro ou retirado do mercado por outro motivo. Se isso acontecer, poderemos retirá-lo imediatamente da nossa *Lista de Medicamentos*. Se estiver a tomar o medicamento, enviar-lhe-emos um aviso após efetuarmos a alteração.

Podemos fazer outras alterações que afetem os medicamentos que toma. Informá-lo-emos antecipadamente sobre estas outras alterações à *Lista de Medicamentos*. Estas alterações poderão ocorrer se:

- A FDA fornecer novas orientações ou existirem novas diretrizes clínicas sobre um medicamento.

Quando estas mudanças acontecerem, iremos:

- Informá-lo pelo menos 30 dias antes de efetuarmos a alteração à *Lista de Medicamentos* ou
- Informá-lo e dar-lhe um fornecimento para 30 dias do medicamento depois de pedir uma renovação.

Isto dar-lhe-á tempo para falar com o seu médico ou outro prescritor. Podem ajudá-lo a decidir:

- Se existe um medicamento semelhante na *Lista de Medicamentos* que possa tomar em vez desse medicamento **ou**
- Se precisar de solicitar uma exceção a essas alterações para continuar a ter cobertura para o medicamento ou a versão do medicamento que tem tomado. Para saber mais sobre como solicitar exceções, consulte o **Capítulo 9** deste *Manual do Membro*.

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

Podemos fazer alterações nos medicamentos que toma que não estão descritas acima e que não o afetam agora. Para essas alterações, se estiver a tomar um medicamento que cobrimos no **início** do ano, geralmente não removemos ou alteramos a cobertura desse medicamento **durante o resto do ano**.

Por exemplo, se removemos um medicamento que está a tomar ou limitamos a sua utilização, a alteração não afeta a utilização do medicamento pelo resto do ano.

Se alguma dessas alterações ocorrer num medicamento que está a tomar (exceto as alterações indicadas na seção acima), a alteração não afetará a sua utilização até 1 de janeiro do ano seguinte.



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Não informaremos diretamente sobre esses tipos de alterações durante o ano corrente. 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 que o afetará durante o próximo ano do plano.

F. Cobertura de medicamentos em casos especiais

F1. 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 para um internamento coberto pelo nosso plano, geralmente cobrimos o custo dos seus medicamentos durante o seu internamento. Não terá de fazer nenhum copagamento. Depois de sair do hospital ou da instalação de enfermagem, cobrimos os seus medicamentos, desde que estes cumpram todas as nossas regras de cobertura.

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

F2. Numa instituição de cuidados prolongados

Normalmente, uma instituição de cuidados prolongados, como uma instalação de enfermagem, tem a sua própria farmácia ou uma farmácia que fornece medicamentos para todos os seus residentes. Se vive numa instituição de cuidados prolongados, pode obter os seus medicamentos através da farmácia da instituição, caso esta faça parte da nossa rede.

Consulte o seu *Diretório de Prestadores e Farmácias* para saber se a farmácia da sua instituição de cuidados prolongados faz parte da nossa rede. Se não for o caso ou se precisar de mais informações, contacte os Serviços para Membros.

F3. Num programa de cuidados paliativos certificado pelo Medicare

Os medicamentos nunca são cobertos simultaneamente pelos cuidados paliativos e pelo nosso plano.

- Pode estar inscrito num programa de cuidados paliativos do Medicare e necessitar de determinados medicamentos (por exemplo, analgésicos, medicamentos contra náuseas, laxantes ou ansiolíticos) que o seu programa de cuidados paliativos não cobre porque não estão relacionados com o seu prognóstico e condições terminais. Nesse caso, o nosso plano deve receber uma notificação do prescritor ou do seu prestador de cuidados paliativos informando que o medicamento não está relacionado antes de podermos cobrir o medicamento.



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

- Para evitar atrasos na obtenção de medicamentos não relacionados que o nosso plano deveria cobrir, pode pedir ao seu prestador de cuidados paliativos ou ao prescritor para se certificar de que recebemos a notificação de que o medicamento não está relacionado antes de pedir à farmácia para aviar a sua receita médica.

Se sair dos cuidados paliativos, o nosso plano cobre todos os seus medicamentos. Para evitar atrasos na farmácia quando o seu benefício de cuidados paliativos do Medicare terminar, leve a documentação à farmácia para comprovar que deixou os cuidados paliativos.

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

G. Programas sobre segurança e gestão de medicamentos

G1. Programas para o ajudar a utilizar medicamentos com segurança

Sempre que avia uma receita médica, procuramos possíveis problemas, tais como erros de medicação ou medicamentos que:

- podem não ser necessários porque toma outro medicamento semelhante que tem o mesmo efeito
- podem não ser seguros para a sua idade ou sexo
- podem prejudicá-lo se forem tomados ao mesmo tempo
- contenham ingredientes aos quais é ou pode ser alérgico
- possam estar em quantidade errada (dosagem)
- contenham quantidades inseguras de fármacos analgésicos opióides

Se encontrarmos um possível problema na sua utilização de medicamentos, trabalharemos com o seu prestador para corrigir o problema.

G2. Programas para o ajudar a gerir os seus medicamentos

O nosso plano tem um programa para ajudar os membros com necessidades de saúde complexas. Nesses casos, poderá ser elegível para obter serviços, sem qualquer custo para si, através de um programa de gestão de terapia medicamentos (medication therapy management, MTM). Este programa é voluntário e gratuito. Este programa ajuda-o a si e ao seu prestador a certificarem-se de que os seus fármacos estão a funcionar para melhorar a sua saúde. Se o



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

membro se qualificar para o programa, um farmacêutico ou outro profissional de saúde fará uma análise abrangente de todos os seus fármacos e conversará consigo sobre:

- como obter o máximo benefício dos medicamentos que toma
- quaisquer preocupações que tenha, como custos de medicamentos e reações a medicamentos
- a melhor forma de tomar os seus fármacos
- quaisquer dúvidas ou problemas que tenha sobre os seus medicamentos sujeitos -a- receita médica e sem receita médica

Em seguida, eles fornecerão:

- Um resumo por escrito desta discussão. O resumo contém um plano de ação para a medicação que recomenda o que pode fazer para utilizar os seus fármacos da melhor forma.
- Uma lista pessoal de medicamentos que inclua todos os fármacos que toma, a quantidade que toma, quando e por que os toma.
- Informações sobre a eliminação segura de fármacos sujeitos a receita médica que são substâncias controladas.

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

- Leve o seu plano de ação e a lista de medicamentos para a consulta ou sempre que falar com os seus médicos, farmacêuticos e outros prestadores de cuidados de saúde.
- Leve a sua lista de medicamentos consigo se for ao hospital ou ao serviço de urgências.

Os programas MTM são voluntários e gratuitos para os membros que se qualificam. Se tivermos um programa adequado às suas necessidades, inscrevemo-lo no programa e enviamos-lhe informações. Se não desejar participar no programa, informe-nos para que possamos removê-lo.

Se tiver dúvidas sobre esses programas, contacte os Serviços para Membros.



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

G3. Programa de gestão de medicamentos (Drug management program, DMP) para ajudar os membros a usar fármacos opióides 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 fármacos opióides que obtém de vários prescritores ou farmácias, ou se teve uma overdose recente de opióides, poderemos falar com o seu prescritor para garantir que a utilização de medicamentos opióides é adequado e clinicamente necessário. Em colaboração com o seu prescritor, se decidirmos que a utilização de fármacos opióides ou benzodiazepínicos prescritos pode não ser seguro, poderemos limitar a forma como pode obter esses medicamentos. Se o colocarmos no nosso DMP, as limitações podem incluir:

- Exigir que obtenha todas as receitas médicas para fármacos opióides 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 fármacos 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 iremos limitar a cobertura desses medicamentos para si ou se será necessário obter as receitas médicas para esses medicamentos apenas de um prestador ou farmácia específicos.

Terá a oportunidade de nos indicar quais os prescritores ou farmácias que prefere utilizar e qualquer informação que considere importante que saibamos. Depois de ter a oportunidade de responder, se decidirmos limitar a sua cobertura para esses fármacos, enviaremos outra carta a confirmar as limitações.

Se considerar que cometemos um erro, discordar da nossa decisão ou da limitação, o membro e o seu prescritor podem apresentar um recurso. Se recorrer, iremos rever o seu caso e tomar uma nova decisão. Se continuarmos a recusar qualquer parte do seu recurso relacionado com as limitações que se aplicam ao seu acesso a esses fármacos, enviaremos automaticamente o seu caso para uma Organização de Revisão Independente (Independent Review Organization, IRO). (Para saber mais sobre recursos e a IRO, consulte o **Capítulo 9** deste *Manual do Membro*.)

Os DMP podem não se aplicar a si se:

- tiver certas condições médicas, como cancro ou anemia falciforme,
- estiver a receber cuidados paliativos ou cuidados terminais, **ou**
- viver numa instituição de cuidados prolongados.



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

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

Introdução

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

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

Uma vez que é elegível para o Rhode Island Medicaid, recebe Extra Help do Medicare para ajudar a pagar os seus medicamentos do Part D do Medicare. Enviar-lhe-emos um folheto 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 este folheto, ligue para os Serviços para Membros e peça a “Cláusula Adicional LIS”.

Extra Help é um programa do Medicare que ajuda as pessoas com rendimentos e recursos limitados a reduzir os custos dos medicamentos do Medicare Part D, tais como prémios, franquias e copagamentos. O programa Extra Help é também designado por “Subsídio de Baixo Rendimento” ou “LIS”.

Outros termos-chave e as suas definições aparecem por ordem alfabética no último capítulo deste *Manual do Membro*.

Para saber mais sobre medicamentos, pode consultar estes locais:

- A nossa *Lista de Medicamentos Cobertos*.
 - É designada por *Lista de Medicamentos*. Diz-lhe:
 - que medicamentos são cobertos pelo nosso plano
 - em qual dos cinco escalões cada medicamento se encontra
 - se há algum limite para os medicamentos



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

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

Índice

A. <i>Explicação dos Benefícios</i> (Explanation of Benefits, EOB)	152
B. Como manter um registo dos custos dos seus medicamentos	153
B1. E se encontrar erros neste resumo?	154
B2. E quanto a possíveis fraudes?	154
C. Fases de Pagamento de Medicamentos para Medicamentos do Medicare Part D	155
C1. O nosso plano tem cinco escalões de partilha de custos	155
C2. As suas opções de farmácia	156



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

C3. Obter um fornecimento de longo prazo de um medicamento	156
C4. O que paga o membro	157
D. Fase 1: Fase de Cobertura Inicial.....	159
D1. As suas opções de farmácia	160
D2. Obter um fornecimento de longo prazo de um medicamento	161
D3. O que paga o membro	161
D4. Fim da Fase de Cobertura Inicial	163
E. Fase 2: Fase de Cobertura Catastrófica	164
F. Os custos dos seus medicamentos se o seu médico prescrever menos do que o fornecimento para um mês completo.....	164
G. O que paga pelas vacinas do Part D	165
G1. O que precisa de saber antes de receber uma vacina	165
G2. O que paga por uma vacina coberta pelo Medicare Part D	166



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

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

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

- **As suas despesas incorridas.** É o valor que o membro, ou outras pessoas em seu nome, pagam pelas suas receitas médicas. Isso inclui o que pagou quando obteve um medicamento coberto pelo Medicare Part D, 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 sindicais, Serviço de Saúde Indígena, programas de assistência a medicamentos para SIDA, instituições de caridade e a maioria dos Programas Estaduais de Assistência Farmacêutica (State Pharmaceutical Assistance Programs, SPAP).
- **O custo total dos seus medicamentos.** Este é o total de todos os pagamentos efetuados pelos seus medicamentos cobertos pelo Medicare Part D. Inclui o que o nosso plano pagou e o que outros programas ou organizações pagaram pelos seus medicamentos cobertos pelo Medicare Part D.

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

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

Oferecemos cobertura para medicamentos não cobertos pelo Medicare.



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

- Os pagamentos efetuados por esses medicamentos não são contabilizados no total das suas despesas incorridas.
- Para saber que medicamentos o nosso plano cobre, consulte a nossa *Lista de Medicamentos*. Além dos medicamentos cobertos pelo Medicare, alguns medicamentos sujeitos a receita médica e sem receita médica são cobertos pelo Rhode Island Medicaid. Esses medicamentos estão incluídos na *Lista de Medicamentos*.

B. Como manter um registo dos custos dos seus medicamentos

Para manter um registo dos custos dos seus medicamentos e os pagamentos que efetua, utilizamos os registos que recebemos do membro e da sua farmácia. Veja como pode ajudar-nos:

1. Utilize o seu Cartão de Membro.

Mostre o seu Cartão de Membro de cada vez que aviar uma receita médica. Isso ajuda-nos a saber que receitas médicas o membro avia e quanto paga.

2. Certifique-se de que temos as informações de que precisamos.

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

Eis alguns exemplos de quando nos deve fornecer cópias dos seus recibos:

- Quando compra um medicamento coberto numa farmácia da rede a um preço especial ou utiliza um cartão de desconto que não faz parte dos benefícios do nosso plano.
- Quando fizer um copagamento pelos medicamentos que recebe no programa de assistência ao paciente de um fabricante de medicamentos.
- Quando compra medicamentos cobertos numa farmácia fora da rede.
- Quando paga o preço total por um medicamento coberto em circunstâncias especiais.

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

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



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Os pagamentos efetuados por determinadas outras pessoas e organizações também contam para as suas despesas incorridas. Por exemplo, 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. Isso pode ajudá-lo a obter cobertura em caso de catástrofe. Quando atinge a Fase de Cobertura Catastrófica, o nosso plano cobre todos os custos dos seus medicamentos do Medicare Part D durante o resto do ano.

4. Verifique as EOB que lhe enviamos.

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

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

B1. E se encontrar erros neste resumo?

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

B2. E quanto a possíveis fraudes?

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

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

Se considerar que há algum erro ou que falta alguma informação, ou se tiver alguma dúvida, ligue para os Serviços para Membros. Tem a opção de receber a sua Explicação dos Benefícios do Medicare Part D eletronicamente. Fornece as mesmas informações no mesmo



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

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

C. Fases de Pagamento de Medicamentos para Medicamentos do Medicare Part D

Existem duas fases de pagamento para a sua cobertura de medicamentos Medicare Part D ao abrigo do nosso plano. O valor que paga por cada receita médica depende do seu nível de Extra Help e da fase em que se encontra no momento em que avia ou renova uma receita médica. Estas são as duas fases:

Fase 1: Fase de Cobertura Inicial	Fase 2: Fase de Cobertura Catastrófica
Durante esta fase, pagamos parte dos custos dos seus medicamentos e o membro paga a sua participação. A sua parte é designada por copagamento. Começa nesta fase quando aviar a sua primeira receita médica do ano.	Durante esta fase, pagamos todos os custos dos seus medicamentos até 31 de dezembro de 2027. Começa esta fase quando tiver pago uma determinada quantia de despesas incorridas.

C1. O nosso plano tem cinco escalões de partilha de custos

Os escalões de coparticipação nos custos são grupos de medicamentos com o mesmo copagamento. Todos os medicamentos da nossa *Lista de Medicamentos* estão classificados num dos 5 escalões de coparticipação nos custos. Em geral, quanto mais alto o número do escalão, maior será o copagamento. Para encontrar os escalões de coparticipação nos custos dos seus medicamentos, consulte a nossa *Lista de Medicamentos*.

- Os medicamentos de Escalão 1 têm o copagamento mais baixo. Incluem medicamentos genéricos preferenciais ou medicamentos não cobertos pelo Medicare que são cobertos pelo Rhode Island Medicaid. O copagamento é de \$0.

Os medicamentos de Escalão 2 têm o copagamento mais baixo. Incluem medicamentos genéricos. O copagamento é de \$0.



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

- Os medicamentos de Escalão 3 têm o copagamento mais alto. Incluem medicamentos de marca preferenciais. O seu copagamento depende do nível do Extra-Help que recebe. O copagamento varia entre \$0 a \$14.40, dependendo do seu rendimento e se o medicamento é genérico ou de marca.
- Os medicamentos de Escalão 4 têm o copagamento mais alto. Incluem medicamentos não preferenciais. O seu copagamento depende do nível do Extra-Help que recebe. O copagamento varia entre \$0 a \$14.40, dependendo do seu rendimento e se o medicamento é genérico ou de marca.
- Os medicamentos de Escalão 5 têm o copagamento mais alto. Incluem medicamentos especializados. O seu copagamento depende do nível do Extra-Help que recebe. O copagamento varia entre \$0 a \$14.40, dependendo do seu rendimento e se o medicamento é genérico ou de marca.

C2. As suas opções de farmácia

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

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

Consulte o **Capítulo 9** deste *Manual do Membro* para saber como apresentar um recurso se lhe for informado que um medicamento não será coberto. Para saber mais sobre essas opções de farmácias, consulte o **Capítulo 5** deste *Manual do Membro* e o nosso *Diretório de Prestadores e Farmácias*.

C3. Obter um fornecimento de longo prazo de um medicamento

Para alguns medicamentos, é possível obter um fornecimento de longo prazo (também designado por “fornecimento prolongado”) quando avia uma receita médica. Um fornecimento de longo prazo tem, no máximo, a duração de 90 dias. Custa o mesmo do que um mês de fornecimento.

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



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

C4. O que paga o membro

Poderá pagar um copagamento ao aviar uma receita médica. Se o seu medicamento coberto custar menos do que o copagamento, paga o preço mais baixo.

Contacte os Serviços para Membros para saber qual é o valor do seu copagamento para qualquer medicamento coberto.

A sua participação nos custos quando adquire um fornecimento para um mês ou de longo prazo de um medicamento coberto por:

	Rede de farmácias	Serviço de venda por correspondência do nosso plano	Uma rede de farmácias especializadas em cuidados de longo prazo	Farmácia fora da rede
	Um fornecimento de um mês ou até 90 dias	Um fornecimento de um mês ou até 90 dias	Fornecimento até 31 dias	Fornecimento até 30 dias. A cobertura é limitada a determinados casos. Consulte o Capítulo 5 deste <i>Manual do Membro</i> para obter mais detalhes.
Escalão 1 de coparticipação nos custos (Medicamentos genéricos preferenciais)	\$0			
Escalão 2 de coparticipação nos custos (Medicamentos genéricos)	\$0			



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

	Rede de farmácias	Serviço de venda por correspondência do nosso plano	Uma rede de farmácias especializadas em cuidados de longo prazo	Farmácia fora da rede
	Um fornecimento de um mês ou até 90 dias	Um fornecimento de um mês ou até 90 dias	Fornecimento até 31 dias	Fornecimento até 30 dias. A cobertura é limitada a determinados casos. Consulte o Capítulo 5 deste <i>Manual do Membro</i> para obter mais detalhes.
Escalão 3 de coparticipação nos custos (Medicamentos de marca preferenciais)	A sua participação nos custos varia de acordo com o nível do Extra Help que recebe. Medicamentos genéricos: \$0, \$1.65 ou \$5.80 Medicamentos de marca: \$0, \$5.00 ou \$14.40			



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

				Farmácia fora da rede
	Rede de farmácias	Serviço de venda por correspondência do nosso plano	Uma rede de farmácias especializadas em cuidados de longo prazo	Fornecimento até 30 dias. A cobertura é limitada a determinados casos. Consulte o Capítulo 5 deste <i>Manual do Membro</i> para obter mais detalhes.
	Um fornecimento de um mês ou até 90 dias	Um fornecimento de um mês ou até 90 dias	Fornecimento até 31 dias	
Escalão 4 de coparticipação nos custos (Medicamentos não preferenciais)	A sua participação nos custos varia de acordo com o nível do Extra Help que recebe. Medicamentos genéricos: \$0, \$1.65 ou \$5.80 Medicamentos de marca: \$0, \$5.00 ou \$14.40			
Escalão 5 de coparticipação nos custos (Medicamentos especializados)	A sua participação nos custos varia de acordo com o nível do Extra Help que recebe. Medicamentos genéricos: \$0, \$1.65 ou \$5.80 Medicamentos de marca: \$0, \$5.00 ou \$14.40 Os medicamentos especializados do Escalão 5 só podem ser aviados para um fornecimento máximo de 30 dias.			

Para obter informações sobre que farmácias podem dispensar fornecimentos de longo prazo, consulte o *Diretório de Prestadores e Farmácias* do nosso plano.

D. Fase 1: Fase de Cobertura Inicial

Durante a Fase de Cobertura Inicial, pagamos uma participação nos custos dos seus medicamentos cobertos e o membro paga a sua participação. A sua parte é designada por copagamento. O copagamento depende do escalão de coparticipação nos custos em que o medicamento se encontra e do local onde o obtém.



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Os escalões de coparticipação nos custos são grupos de medicamentos com o mesmo copagamento. Todos os medicamentos da *Lista de Medicamentos* do nosso plano estão classificados num dos cinco escalões de coparticipação nos custos. Em geral, quanto mais alto o número do escalão, maior será o copagamento. Para encontrar os escalões de coparticipação nos custos dos seus medicamentos, consulte a nossa *Lista de Medicamentos*.

- Os medicamentos de Escalão 1 têm o copagamento mais baixo. Incluem medicamentos genéricos preferenciais ou medicamentos não cobertos pelo Medicare que são cobertos pelo Rhode Island Medicaid. O copagamento é de \$0.
- Os medicamentos de Escalão 2 têm o copagamento mais baixo. Incluem medicamentos genéricos. O copagamento é de \$0.
- Os medicamentos de Escalão 3 têm o copagamento mais alto. Incluem medicamentos de marca preferenciais. O seu copagamento depende do nível do Extra-Help que recebe. O copagamento é de \$0 a \$14.40, dependendo do seu rendimento e se o medicamento é genérico ou de marca.
- Os medicamentos de Escalão 4 têm o copagamento mais alto. Incluem medicamentos não preferenciais. O seu copagamento depende do nível do Extra-Help que recebe. O copagamento varia entre \$0 a \$14.40, dependendo do seu rendimento e se o medicamento é genérico ou de marca.
- Os medicamentos de Escalão 5 têm o copagamento mais alto. Incluem medicamentos especializados. O seu copagamento depende do nível do Extra-Help que recebe. O copagamento varia entre \$0 a \$14.40, dependendo do seu rendimento e se o medicamento é genérico ou de marca.

D1. As suas opções de farmácia

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

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

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



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

D2. Obter um fornecimento de longo prazo de um medicamento

Para alguns medicamentos, é possível obter um fornecimento de longo prazo (também designado por “fornecimento prolongado”) quando avia uma receita médica. Um fornecimento de longo prazo tem, no máximo, a duração de 90 dias. Custa o mesmo do que um mês de fornecimento.

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

D3. O que paga o membro

Durante a Fase de Cobertura Inicial, poderá pagar um copagamento de cada vez que aviar uma receita médica. Se o seu medicamento coberto custar menos do que o copagamento, paga o preço mais baixo.

Contacte os Serviços para Membros para saber qual é o valor do seu copagamento para qualquer medicamento coberto.

A sua participação nos custos quando adquire um fornecimento para um mês ou de longo prazo de um medicamento coberto por:



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

	Rede de farmácias Um fornecimento de um mês ou até 90 dias	Serviço de venda por correspondência do nosso plano Um fornecimento de um mês ou até 90 dias	Uma rede de farmácias especializadas em cuidados de longo prazo Fornecimento até 31 dias	Farmácia fora da rede Fornecimento até 30 dias. A cobertura é limitada a determinados casos. Consulte o Capítulo 5 deste <i>Manual do Membro</i> para obter mais detalhes.
Escalão 1 de coparticipação nos custos (Medicamentos genéricos preferenciais)	\$0			
Escalão 2 de coparticipação nos custos (Medicamentos genéricos)	\$0			
Escalão 3 de coparticipação nos custos (Medicamentos de marca preferenciais)	A sua participação nos custos varia de acordo com o nível do Extra Help que recebe. Medicamentos genéricos: \$0, \$1.65 ou \$5.80 Medicamentos de marca: \$0, \$5.00 ou \$14.40			



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

	Rede de farmácias	Serviço de venda por correspondência do nosso plano	Uma rede de farmácias especializadas em cuidados de longo prazo	Farmácia fora da rede
	Um fornecimento de um mês ou até 90 dias	Um fornecimento de um mês ou até 90 dias	Fornecimento até 31 dias	Fornecimento até 30 dias. A cobertura é limitada a determinados casos. Consulte o Capítulo 5 deste <i>Manual do Membro</i> para obter mais detalhes.
Escalão 4 de coparticipação nos custos (Medicamentos não preferenciais)	A sua participação nos custos varia de acordo com o nível do Extra Help que recebe. Medicamentos genéricos: \$0, \$1.65 ou \$5.80 Medicamentos de marca: \$0, \$5.00 ou \$14.40			
Escalão 5 de coparticipação nos custos (Medicamentos especializados)	A sua participação nos custos varia de acordo com o nível do Extra Help que recebe. Medicamentos genéricos: \$0, \$1.65 ou \$5.80 Medicamentos de marca: \$0, \$5.00 ou \$14.40 Os medicamentos especializados do Escalão 5 só podem ser aviados para um fornecimento máximo de 30 dias.			

Para obter informações sobre que farmácias podem dispensar fornecimentos de longo prazo, consulte o nosso *Diretório de Prestadores e Farmácias*.

D4. Fim da Fase de Cobertura Inicial

A Fase de Cobertura Inicial termina quando o total das suas despesas incorridas atingir \$2,400. Nesse momento, começa a Fase de Cobertura Catastrófica. Cobrimos todos os seus custos com medicamentos a partir de então até ao final do ano.



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

A sua EOB ajuda-o a controlar quanto pagou pelos seus medicamentos durante o ano. Nós avisamos se atingir o limite de \$2,400. Muitas pessoas não o atingem num ano.

E. Fase 2: Fase de Cobertura Catastrófica

Quando atingir o limite de despesas incorridas de \$2,400 para os seus medicamentos, inicia-se a Fase de Cobertura Catastrófica. Permanece na Fase de Cobertura Catastrófica até ao final do ano civil. Durante esta fase, não paga nada pelos medicamentos cobertos pelo Medicare Part D.

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

Normalmente, faz um copagamento para cobrir o fornecimento de um mês completo de um medicamento coberto. No entanto, o seu médico pode prescrever menos do que um mês de fornecimento de medicamentos.

- Pode haver ocasiões em que queira pedir ao seu médico para prescrever menos do que um mês de medicação (por exemplo, quando está a experimentar um medicamento pela primeira vez).
- Se o seu médico concordar, não pagará pelo mês inteiro de certos medicamentos.

Quando obtém menos de um mês de fornecimento de um medicamento, o valor que paga é baseado no número de dias de medicamento que recebe. 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.

- Aqui está um exemplo: Digamos que o copagamento pelo seu medicamento para um mês inteiro (um fornecimento de 30 dias) seja de \$1.35. Isso significa que o valor que paga pelo medicamento é inferior a \$0.05 por dia. Se receber um fornecimento de sete dias do medicamento, o seu pagamento será inferior a \$0.05 por dia multiplicado por sete dias, num pagamento total inferior a \$0.35.
- A coparticipação diária nos custos permite-lhe certificar-se de que um medicamento funciona para si antes de pagar o fornecimento de um mês inteiro.
- Também pode pedir ao seu prestador para prescrever menos do que o fornecimento de um mês inteiro de um medicamento para ajudá-lo a:
 - Planear melhor quando renovar a sua receita médica



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

- Coordenar a renovação das receitas com a de outros medicamentos, para que tenha de ir menos vezes à farmácia

G. O que paga pelas vacinas do Part D

Mensagem importante sobre o que paga pelas vacinas: Algumas vacinas são consideradas benefícios médicos e são cobertas pelo Medicare Part B. Outras vacinas são consideradas medicamentos do Medicare Part D. Pode encontrar estas vacinas listadas na nossa *Lista de Medicamentos*. O nosso plano cobre a maioria das vacinas do Medicare Part D para adultos, sem qualquer custo para si. Consulte a nossa *Lista de Medicamentos* ou contacte os Serviços para Membros para obter detalhes sobre a cobertura e a coparticipação nos custos de vacinas específicas.

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

1. A primeira parte é para o custo da vacina em si.
2. A segunda parte é para o custo da administração da vacina. Por exemplo, às vezes pode receber a vacina na forma de uma injeção administrada pelo seu médico.

G1. O que precisa de saber antes de receber uma vacina

Recomendamos que ligue para os Serviços para Membros se planeia receber uma vacina.

- Podemos informar o membro sobre como o nosso plano cobre a sua vacina e explicar a sua participação nos custos.
- Podemos indicar como manter os seus custos baixos utilizando farmácias e prestadores da rede. As farmácias e os prestadores da rede concordam em trabalhar com o nosso plano. Um prestador da rede trabalha connosco para garantir que o membro não tenha custos iniciais com a vacina do Medicare Part D.



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

G2. O que paga por uma vacina coberta pelo Medicare Part D

O valor que paga por uma vacina depende do tipo de vacina (para o que está a ser vacinado).

- Algumas vacinas são consideradas benefícios para a saúde, em vez de medicamentos. Estas vacinas são cobertas sem qualquer custo para si. Para saber mais sobre a cobertura dessas vacinas, consulte a Tabela de Benefícios no **Capítulo 4** deste *Manual do Membro*.
- Outras vacinas são consideradas medicamentos do Medicare Part D. Pode encontrar estas vacinas na *Lista de Medicamentos* do nosso plano. Pode ter que fazer um copagamento pela vacina do Medicare Part D. Se a vacina for recomendada para adultos por uma organização designada por **Comité Consultivo sobre Práticas de Imunização (Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP)**, então a vacina não terá qualquer custo para si.

Aqui estão três formas comuns de obter uma vacina do Medicare Part D.

1. Recebe a vacina do Medicare Part D e a sua vacina numa farmácia da rede.
 - Para a maioria das vacinas do Medicare Part D para adultos, não pagará nada.
 - Para outras vacinas do Medicare Part D, não paga nada pela vacina.
2. O membro recebe a vacina do Medicare Part D no consultório do seu médico, e ele administra a vacina.
 - Não paga nada ao médico pela vacina.
 - O nosso plano paga o custo da administração da vacina.
 - O consultório médico deve ligar para o nosso plano nesta situação, para que possamos garantir que eles saibam que não precisa de pagar nada pela vacina.
3. Recebe a vacina do Medicare Part D numa farmácia e leva-a ao consultório médico para receber a vacina.
 - Para a maioria das vacinas do Medicare Part D para adultos, não pagará nada pela vacina em si.
 - Para outras vacinas do Medicare Part D, não paga nada pela vacina.
 - O nosso plano paga o custo da administração da vacina.



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

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

Introdução

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

Índice

A. Pedir-nos para pagar pelos seus serviços ou medicamentos	168
B. Enviar-nos um pedido de pagamento	171
C. Decisões de cobertura.....	172
D. Recursos	172



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

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

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

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

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

- Se cobrirmos os serviços ou medicamentos, pagaremos diretamente ao prestador.
- Se cobrirmos os serviços ou medicamentos e já tiver pago mais do que a sua participação nos custos, tem o direito de ser reembolsado.
 - Se pagou por serviços cobertos pelo Medicare, reembolsaremos o valor.
 - Se pagou por serviços cobertos pelo Rhode Island Medicaid, não podemos reembolsá-lo, mas o prestador poderá fazê-lo. Os Serviços para Membros ou o seu gestor de cuidados podem ajudá-lo a entrar em contacto com o consultório do prestador. Consulte o número de telefone do Serviços para Membros no final da página.
- Se não cobrirmos os serviços ou medicamentos, iremos informá-lo.

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

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

1. Quando recebe cuidados de saúde de emergência ou urgência de um prestador fora da rede

Peça ao prestador para nos enviar a fatura.

- Se pagar o valor total quando receber os cuidados, peça-nos para o reembolsarmos. Envie-nos a fatura e o comprovativo de qualquer pagamento que tenha efetuado.



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

- Poderá receber uma fatura do prestador solicitando um pagamento que considera não dever. Envie-nos a fatura e o comprovativo de qualquer pagamento que tenha efetuado.
 - Se o prestador tiver de ser pago, pagaremos diretamente ao prestador.
 - Se já pagou pelo serviço Medicare, nós reembolsaremos o valor.

2. Quando um prestador da rede lhe envia uma fatura

Os prestadores da rede devem continuar a enviar-nos faturas. É importante apresentar o seu Cartão de Membro quando solicitar serviços ou receitas médicas. Mas, às vezes, cometem erros e pedem que o membro pague pelos seus serviços ou mais do que a sua participação nos custos. **Ligue para os Serviços para Membros** através do número indicado no final da página **se receber alguma fatura**.

- Como pagamos o custo total dos seus serviços, não terá de arcar com nenhum custo. Os prestadores não devem faturar nada por esses serviços.
- Sempre que receber uma fatura de um prestador da rede, envie-nos a fatura. Entraremos em contacto diretamente com o prestador e resolveremos o problema.
- Se já pagou uma fatura de um prestador da rede por serviços cobertos pelo Medicare, envie-nos a fatura e o comprovativo de qualquer pagamento que tenha feito. Nós iremos reembolsá-lo.

3. Se estiver inscrito retroativamente no nosso plano

Às vezes, a sua inscrição no plano pode ser retroativa. (Isso significa que o primeiro dia da sua inscrição já passou. Pode até ter sido no ano passado.)

- Se foi inscrito retroativamente e pagou uma fatura após a data de inscrição, pode pedir-nos o reembolso.
- Envie-nos a fatura e o comprovativo de qualquer pagamento que tenha efetuado.

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

Se utilizar uma farmácia fora da rede, pagará o custo total da sua receita médica.

- Em apenas alguns casos, cobriremos receitas médicas aviadas em farmácias fora da rede. Envie-nos uma cópia do seu recibo quando nos solicitar o reembolso da nossa participação nos custos.



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

- Consulte o **Capítulo 5** deste *Manual do Membro* para saber mais sobre farmácias fora da rede.
- 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 da receita médica do Medicare Part D porque não tem o seu Cartão de Membro consigo

Se não tiver o seu Cartão de Membro consigo, pode pedir à farmácia para nos ligar ou consultar as informações de inscrição do seu plano.

- Se a farmácia não conseguir obter as informações imediatamente, poderá ter de pagar o custo total da receita médica ou voltar à farmácia com o seu Cartão de Membro.
- Envie-nos uma cópia do seu recibo 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 da receita médica do Medicare Part D por um medicamento que não está coberto

Poderá pagar o custo total da receita médica porque o medicamento não está coberto.

- O medicamento pode não constar na nossa *Lista de Medicamentos Cobertos (Lista de Medicamentos)* no nosso website, ou pode ter um requisito ou restrição que desconhece ou não acredita que se aplique ao seu caso. Se decidir adquirir o medicamento, poderá ter de pagar o custo total.
 - Se não pagar pelo medicamento, mas achar que devemos cobri-lo, pode solicitar uma decisão de cobertura (consulte o **Capítulo 9** deste *Manual do Membro*).
 - Se o membro e o seu médico ou outro prescritor considerarem que precisa do medicamento imediatamente (dentro de 24 horas), pode solicitar uma decisão de cobertura rápida (consulte o **Capítulo 9** deste *Manual do Membro*).
- Envie-nos uma cópia do seu recibo quando nos solicitar o reembolso. Em alguns casos, poderemos precisar de obter mais informações do seu médico ou outro



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

prescritor para reembolsar o membro pela nossa participação nos custos do medicamento. Podemos não reembolsar o custo total que pagou se o preço que pagou for superior ao preço negociado por nós para a receita médica.

Quando nos envia um pedido de pagamento, analisamos o mesmo e decidimos se o serviço ou medicamento deve ser coberto. É o que se designa por tomar uma “decisão de cobertura.” Se decidirmos que o serviço ou medicamento deve ser coberto, pagamos a nossa participação nos custos.

Se recusarmos o seu pedido de pagamento, pode recorrer da nossa decisão. Para saber como apresentar um recurso, consulte o **Capítulo 9** deste *Manual do Membro*

B. Enviar-nos um pedido de pagamento

Envie-nos a fatura e o comprovativo de qualquer pagamento que tenha efetuado pelos serviços do Medicare ou ligue-nos. O comprovativo de pagamento pode ser uma cópia do cheque que emitiu ou um recibo do prestador. **É uma boa ideia fazer uma cópia da sua fatura e recibos, para ficar com um registo.** Pode solicitar ajuda ao seu gestor de cuidados.

Deve enviar-nos as suas informações no prazo de 365 dias a contar da data em que recebeu o serviço, o item ou o medicamento.

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

- Não é obrigatório utilizar o formulário, mas ele ajuda-nos a processar as informações mais rapidamente.
- Pode obter o formulário no nosso website (www.nhpri.org/INTEGRITYDuals) ou ligando para os Serviços para Membros e solicitar o formulário.

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

Neighborhood Health Plan of Rhode Island

ATTN: Claims Department

910 Douglas Pike

Smithfield, RI 02917



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Pedido de pagamento de medicamentos sujeitos a receita médica do Medicare Part D

CVS Caremark®

P.O. Box 52066

Phoenix, AZ 85072-2066

C. Decisões de cobertura

Quando recebemos o seu pedido de pagamento, tomamos uma decisão de cobertura. Isso significa que decidimos se o nosso plano cobre o seu serviço, item ou medicamento. Também decidimos o valor que, se for o caso, terá de pagar.

- Entraremos em contacto consigo caso precisemos de mais informações.
- Se decidirmos que o nosso plano cobre o serviço, item ou medicamento e o membro seguiu todas as regras para o obter, pagaremos a nossa participação nos custos. Se já pagou pelo serviço ou medicamento, enviar-lhe-emos um cheque com a 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 for superior ao nosso preço negociado). Se não pagou, pagaremos diretamente ao prestador.

O **Capítulo 3** deste *Manual do Membro* explica as regras para obter a cobertura dos seus serviços. O **Capítulo 5** deste *Manual do Membro* explica as regras para obter cobertura para os medicamentos do Medicare Part D.

- Se decidirmos não pagar a nossa participação nos custos do serviço ou medicamento, enviaremos uma carta com as razões. A carta também explica os seus direitos de recurso.
- Para saber mais sobre decisões de cobertura, consulte o **Capítulo 9**.

D. Recursos

Se considerar que cometemos um erro ao recusar o seu pedido de pagamento, pode solicitar-nos que alteremos a nossa decisão. É o que se designa por “apresentar um recurso”. Também pode recorrer se não concordar com o valor que pagamos.



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

O processo formal de recurso tem procedimentos e prazos detalhados. Para saber mais sobre recursos, consulte o **Capítulo 9** deste *Manual do Membro*:

- Para recorrer sobre o reembolso de um serviço de saúde, consulte a **Secção F**
- Para recorrer sobre o reembolso de um medicamento, consulte a **Secção G**



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Capítulo 8: Os seus direitos e responsabilidades

Introdução

Este capítulo inclui os seus direitos e responsabilidades como membro do nosso plano. Devemos respeitar os seus direitos. Os termos-chave e as suas definições aparecem por ordem alfabética no último capítulo deste *Manual do Membro*.

Índice

A. O seu direito de obter serviços e informações de uma forma que satisfaça as suas necessidades	175
B. A nossa responsabilidade pelo seu acesso atempado aos serviços e medicamentos cobertos	178
C. A nossa responsabilidade de proteger as suas informações pessoais de saúde (personal health information, PHI).....	179
C1. Como protegemos as suas PHI	179
C2. O seu direito de consultar os seus registos médicos.....	180
D. A nossa responsabilidade de lhe fornecer informações	180
E. Incapacidade dos prestadores da rede de lhe faturar diretamente.....	181
F. O seu direito de sair do nosso plano	181
G. O seu direito de tomar decisões sobre os seus cuidados de saúde	182
G1. O seu direito de conhecer as suas opções de tratamento e tomar decisões.....	182
G2. O seu direito de dizer o que deseja que aconteça se não puder tomar decisões sobre os seus cuidados de saúde	183
G3. O que fazer se as suas instruções não forem seguidas	184
H. O seu direito de apresentar reclamações e solicitar que reconsideremos as nossas decisões	184
H1. O que fazer em caso de tratamento injusto ou para obter mais informações sobre os seus direitos	184



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

I. As suas responsabilidades como membro do plano	185
---	-----

A. O seu direito de obter serviços e informações de uma forma que satisfaça as suas necessidades

Devemos garantir que **todos** os serviços, clínicos e não clínicos, sejam prestados de forma culturalmente competente e acessível, incluindo para pessoas com proficiência limitada em inglês, capacidades de leitura limitadas, incapacidade auditiva ou pessoas com origens culturais e étnicas diversas. Também devemos informá-lo sobre os benefícios do nosso plano e os seus direitos de uma forma que possa compreender. Devemos informá-lo sobre os seus direitos todos os anos em que estiver inscrito no nosso plano.

- Para obter informações de uma forma que possa compreender, contacte os Serviços para Membros. O nosso plano disponibiliza serviços de interpretação gratuitos para responder a perguntas em diferentes idiomas.
- O nosso plano também pode fornecer-lhe materiais noutros idiomas além do inglês, incluindo espanhol e português, e em formatos como letras grandes, braille ou áudio. Para obter materiais num desses formatos alternativos, ligue para os Serviços para Membros ou escreva para Neighborhood Health Plan of Rhode Island, 910 Douglas Pike, Smithfield, RI 02917.
 - Pode solicitar receber este documento e futuros materiais no seu idioma preferido e/ou formato alternativo, ligando para os Serviços aos Membros. É o que se designa por “pedido permanente”. Os Serviços para Membros irão documentar o seu pedido permanente no seu registo de membro para que possa receber materiais agora e no futuro no seu idioma e/ou formato preferido. Pode alterar ou eliminar o seu pedido permanente a qualquer altura, contactando os Serviços para Membros.

Se tiver dificuldade em obter informações sobre o nosso plano devido a problemas de idioma ou deficiência e quiser apresentar uma reclamação, ligue para:

- Medicare através do número 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Os utilizadores de TTY devem ligar para o número 1-877-486-2048.
- Rhode Island Medicaid através do número 1-855-697-4347. Também pode dirigir-se ao escritório local do Departamento de Serviços Humanos para obter assistência pessoalmente. Ligue para o 1-855-697-4347 (TTY 711) para encontrar o escritório do DHS mais próximo de si.
- Gabinete para os Direitos Civis (Office for Civil Rights), através do número 1-800-368-1019. Os utilizadores de TTY devem ligar para o 1-800-537-7697.



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Debemos garantizar que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se le brinden de manera culturalmente competente y accesible, incluso para personas con dominio limitado del inglés, habilidades de lectura limitadas, discapacidad auditiva o con diversos orígenes culturales y étnicos. También debemos informarle sobre los beneficios de nuestro plan y sus derechos de forma que pueda comprenderlos. Debemos informarle sobre sus derechos cada año que participe en INTEGRITY for Duals.

- Para obtener información comprensible, llame a Servicios para Miembros. Nuestro plan cuenta con servicios de interpretación gratuitos para responder preguntas en diferentes idiomas.
- Nuestro plan también puede proporcionarle materiales en otros idiomas, como español y portugués, y en formatos como letra grande, braille o audio. Para obtener materiales en uno de estos formatos alternativos, llame a Servicios para Miembros o escriba a Neighborhood Health Plan of Rhode Island, 910 Douglas Pike, Smithfield, RI 02917.
 - Puede solicitar este documento y materiales futuros en su idioma o formato preferido llamando a Atención al Miembro. Esto se denomina "solicitud permanente". Atención al Miembro documentará su solicitud permanente en su expediente para que pueda recibir los materiales, ahora y en el futuro, en su idioma o formato preferido. Puede modificar o eliminar su solicitud permanente en cualquier momento llamando a Atención al Miembro.

Si tiene problemas para obtener información de nuestro plan debido a problemas de idioma o una discapacidad y desea presentar una queja, llame al:

- Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Medicaid de Rhode Island al 1-855-697-4347 (TTY 711). También puede acudir a su oficina local del Departamento de Servicios Humanos para obtener asistencia en persona. Llame al 1-855-697-4347 (TTY 711) para encontrar la oficina del DHS más cercana.
- Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697.

Devemos garantir que todos os serviços, clínicos e não clínicos, sejam prestados de forma culturalmente competente e acessível, incluindo para pessoas com proficiência limitada em inglês, capacidades de leitura limitadas, incapacidade auditiva ou pessoas com origens culturais e étnicas diversas. Também devemos



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

informá-lo sobre os benefícios do nosso plano e os seus direitos de uma forma que possa compreender. Devemos informá-lo sobre os seus direitos todos os anos em que estiver inscrito no INTEGRITY for Duals.

- Para obter informações de uma forma que possa compreender, contacte os Serviços para Membros. O nosso plano disponibiliza serviços de interpretação gratuitos para responder a perguntas em diferentes idiomas.
- O nosso plano também pode fornecer-lhe materiais noutros idiomas além do inglês, incluindo espanhol e português, e em formatos como letras grandes, braille ou áudio. Para obter materiais num desses formatos alternativos, ligue para os Serviços para Membros ou escreva para Neighborhood Health Plan of Rhode Island, 910 Douglas Pike, Smithfield, RI 02917.
 - Pode solicitar este documento e materiais futuros no idioma e/ou formato de sua preferência, ligando para os Serviços para Membros. Isso é chamado de “pedido permanente”. O departamento de Serviços para Membros registrará o seu pedido permanente no seu arquivo de membro para que possa receber materiais agora e no futuro no idioma e/ou formato de sua escolha. Pode alterar ou eliminar o seu pedido permanente a qualquer momento, ligando para os Serviços para Membros.

Se tiver dificuldade em obter informações sobre o nosso plano devido a problemas de idioma ou deficiência e quiser apresentar uma reclamação, ligue para:

- Medicare: 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Os utilizadores de TTY devem ligar para o número 1-877-486-2048.
- Rhode Island Medicaid através do telefone 1-855-697-4347 (TTY 711). Também pode dirigir-se ao escritório local do Departamento de Serviços Humanos para obter assistência pessoalmente. Ligue para o 1-855-697-4347 (TTY 711) para encontrar o escritório do DHS mais próximo de si.
- Gabinete dos Direitos Cíveis através do telefone 1-800-368-1019. Os utilizadores de TTY devem ligar para o número 1-800-537-7697.



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

B. A nossa responsabilidade pelo seu acesso atempado aos serviços e medicamentos cobertos

Como membro do nosso plano, tem direitos.

- Tem o direito de escolher um prestador de cuidados primários (primary care provider, PCP) na nossa rede. Um prestador da rede é um prestador que trabalha connosco. Pode encontrar mais informações sobre os tipos de prestadores que podem atuar como PCP e como escolher um PCP no **Capítulo 3** deste *Manual do Membro*.
 - Ligue para os Serviços para Membros ou aceda ao *Diretório de Prestadores e Farmácias* para saber mais sobre os prestadores da rede e que médicos estão a aceitar novos pacientes.
- **Não** exigimos que obtenha encaminhamentos.
- Tem o direito de obter serviços cobertos por prestadores da rede dentro de um prazo razoável.
 - Isso inclui o direito de obter serviços oportunos de especialistas.
 - Se não conseguir obter os serviços dentro de um prazo razoável, teremos de pagar pelos cuidados fora da rede.
- Tem o direito de obter serviços de emergência ou cuidados urgentes sem autorização prévia (prior authorization, PA).
- Tem o direito de aviar as suas receitas médicas em qualquer uma das farmácias da nossa rede sem longos atrasos.
- Tem o direito de saber quando pode recorrer a um prestador fora da rede. Para saber mais sobre prestadores fora da rede, consulte o **Capítulo 3** deste *Manual do Membro*.

O **Capítulo 9** deste *Manual do Membro* explica o que pode fazer se achar que não está a receber os seus serviços ou medicamentos dentro de um prazo razoável. Também informa o que pode fazer se recusarmos a cobertura dos seus serviços ou medicamentos e não concordar com a nossa decisão.



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

C. A nossa responsabilidade de proteger as suas informações pessoais de saúde (personal health information, PHI)

Protegemos as suas PHI conforme exigido pelas leis federais e estaduais.

As suas PHI incluem as informações pessoais que nos forneceu quando se inscreveu no nosso plano. Também incluem os seus registos médicos e outras informações médicas e de saúde.

Tem direitos no que diz respeito às suas informações e ao controlo da forma como as suas PHI são utilizadas. Enviamos-lhe um aviso por escrito que o informa sobre esses direitos e explica como protegemos a privacidade das suas PHI. O aviso é designado por “Aviso de Práticas de Privacidade”.

C1. Como protegemos as suas PHI

Garantimos que nenhuma pessoa não autorizada veja ou altere os seus registos.

Exceto nos casos indicados abaixo, não fornecemos as suas PHI a ninguém que não esteja a prestar cuidados de saúde ou a pagar pelos seus cuidados. Se o fizermos, precisamos da sua autorização prévia por escrito. O membro, ou alguém legalmente autorizado a tomar decisões por si, pode dar essa autorização por escrito.

Às vezes, não precisamos da sua autorização prévia por escrito. Estas exceções são permitidas ou exigidas por lei:

- Temos de divulgar as PHI a agências governamentais que verificam a qualidade dos cuidados do nosso plano.
- Temos de divulgar as PHI por decisão judicial.
- Temos de fornecer ao Medicare as suas PHI, incluindo informações sobre os seus medicamentos do Medicare Part D. Se o Medicare divulgar as suas PHI para fins de investigação ou outras utilizações, isso será feito de acordo com as leis federais.
- Somos obrigados a comunicar informações médicas anónimas sobre a utilização e os custos dos cuidados de saúde dos membros à Base de Dados de Reembolsos de Todos os Pagadores (All-Payer Claims Database, APCD) de Rhode Island, HealthFacts RI. As informações pessoais, como o seu nome, número de segurança social, endereço, data de nascimento e número de identificação de membro do Neighborhood INTEGRITY for Duals nunca são divulgadas. Se optar por não incluir as suas informações, pode cancelar a sua inscrição visitando o website www.riapcd-optout.com. Se desejar cancelar por telefone, ligue para a Linha de Apoio ao Consumidor de Seguros de Saúde de



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Rhode Island (RI Health Insurance Consumer Support Line, RI-REACH) através do número 1-855-747-3224.

C2. O seu direito de consultar os seus registos médicos

- Tem o direito de consultar os seus registos médicos e obter uma cópia dos mesmos.
- Tem o direito de nos solicitar a atualização ou correção dos seus registos médicos. Se nos solicitar isso, trabalharemos com o seu prestador de cuidados de saúde para decidir se devem ser feitas alterações.
- Tem o direito de saber se e como partilhamos as suas PHI com terceiros para quaisquer fins que não sejam rotineiros.

Se tiver dúvidas ou preocupações sobre a privacidade das suas PHI, ligue para os Serviços para Membros.

D. A nossa responsabilidade de lhe fornecer informações

Como membro do nosso plano, tem o direito de obter informações sobre o nosso plano, os nossos prestadores da rede e os serviços cobertos.

Se não fala inglês, temos serviços de intérprete para responder às suas perguntas sobre o nosso plano. Para obter um intérprete, ligue para os Serviços para Membros. Este é um serviço gratuito para si. O nosso plano também pode fornecer materiais em espanhol e português. Também podemos fornecer informações em letras grandes, braille ou áudio.

Se desejar informações sobre qualquer um dos seguintes assuntos, ligue para os Serviços para Membros:

- Como escolher ou mudar de planos
- O nosso plano, incluindo:
 - informações financeiras
 - como os membros do plano nos avaliaram
 - o número de recursos apresentados pelos membros
 - como sair do nosso plano
- Os nossos prestadores da rede e as nossas farmácias da rede, incluindo:



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

- como escolher ou mudar de prestadores de cuidados primários
- qualificações dos nossos prestadores e farmácias da rede
- como pagamos aos prestadores da nossa rede
- Serviços e medicamentos cobertos, incluindo:
 - serviços (consulte os **Capítulos 3 e 4** deste *Manual do Membro*) e medicamentos (consulte os **Capítulos 5 e 6** deste *Manual do Membro*) cobertos pelo nosso plano
 - limites da sua cobertura e medicamentos
 - regras que deve seguir para obter serviços e medicamentos cobertos
- Por que algo não está coberto e o que pode fazer a respeito (consulte o **Capítulo 9** deste *Manual do Membro*), incluindo solicitar-nos que:
 - escrever por que algo não está coberto
 - alterar uma decisão que tomámos
 - pagar uma fatura que recebeu

E. Incapacidade dos prestadores da rede de lhe faturar diretamente

Os médicos, hospitais e outros prestadores da nossa rede não podem obrigá-lo a pagar pelos serviços cobertos. Também não podem faturar a diferença ou cobrar-lhe se pagarmos menos do que o valor cobrado pelo prestador. Para saber o que fazer se um prestador da rede tentar cobrar-lhe serviços cobertos, consulte o **Capítulo 7** deste *Manual do Membro*.

F. O seu direito de sair do nosso plano

Ninguém pode obrigá-lo a permanecer no nosso plano se não quiser.

- Tem o direito de obter a maioria dos seus serviços de cuidados de saúde através do Original Medicare ou de outro plano Medicare Advantage (MA).
- Pode obter os benefícios de medicamentos do Medicare Part D através de um plano de medicamentos ou de outro plano MA.
- Consulte o **Capítulo 10** deste *Manual do Membro*



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

- Para obter mais informações sobre quando pode aderir a um novo plano MA ou de benefícios de medicamentos.
- Para obter informações sobre como obterá os seus benefícios do Rhode Island Medicaid se sair do nosso plano.

G. O seu direito de tomar decisões sobre os seus cuidados de saúde

Tem o direito de obter informações completas dos seus médicos e outros prestadores de cuidados de saúde para o ajudar a tomar decisões sobre os seus cuidados de saúde.

G1. O seu direito de conhecer as suas opções de tratamento e tomar decisões

Os seus prestadores devem explicar a sua condição e as suas opções de tratamento de uma forma que possa compreender. Tem o direito de:

- **Conhecer as suas opções.** Tem o direito de ser informado sobre todas as opções de tratamento.
- **Conhecer os riscos.** Tem o direito de ser informado sobre quaisquer riscos envolvidos. Devemos informá-lo com antecedência se algum serviço ou tratamento fizer parte de uma experiência de investigação. Tem o direito de recusar tratamentos experimentais.
- **Obter uma segunda opinião.** Tem o direito de consultar outro médico antes de decidir sobre o tratamento.
- **Dizer não.** Tem o direito de recusar qualquer tratamento. Isso inclui o direito de deixar um hospital ou outra instituição médica, mesmo que o seu médico o aconselhe a não o fazer. Tem o direito de parar de tomar um medicamento prescrito. Se recusar o tratamento ou deixar de tomar um medicamento prescrito, não o excluiremos do nosso plano. No entanto, se recusar o tratamento ou parar de tomar um medicamento, aceita toda a responsabilidade pelo que lhe acontecer.
- **Pedir-nos para explicar por que é que um prestador recusou atendimento.** Tem o direito de obter uma explicação da nossa parte se um prestador recusar cuidados que considera que deveria receber.
- **Pedir-nos para cobrir um serviço ou medicamento que recusamos ou que normalmente não cobrimos.** É o que se designa por decisão de cobertura. O **Capítulo 9** deste *Manual do Membro* explica como nos solicitar uma decisão de cobertura.



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

G2. O seu direito de dizer o que deseja que aconteça se não puder tomar decisões sobre os seus cuidados de saúde

Por vezes, as pessoas não conseguem tomar decisões sobre cuidados de saúde por si mesmas. Antes que isso aconteça consigo, pode:

- Preencher um formulário por escrito **concedendo a alguém o direito de tomar decisões sobre cuidados de saúde por si**, caso alguma vez não consiga tomar essas decisões por si mesmo.
- **Dar aos seus médicos instruções por escrito** sobre como lidar com os seus cuidados de saúde caso não consiga tomar decisões por si mesmo, incluindo os cuidados que não deseja receber.

O documento jurídico que utiliza para dar as suas instruções é designado por “diretiva antecipada”. Existem diferentes tipos de diretivas antecipadas e diferentes nomes para esses documentos. Exemplos disso são o testamento vital e a procuração para cuidados de saúde.

Não é obrigatório ter uma diretiva antecipada, mas pode fazê-lo. Veja o que fazer se quiser utilizar uma diretiva antecipada:

- **Obter o formulário.** Pode obter o formulário junto do seu médico, advogado, assistente social ou em algumas lojas de material de escritório. As farmácias e os consultórios dos prestadores também costumam ter esses formulários. Pode encontrar um formulário gratuito online e fazer o download.
- **Preencha o formulário e assine-o.** O formulário é um documento jurídico. Considere pedir ajuda a um advogado ou outra pessoa de confiança, como um familiar ou o seu PCP, para preencher o formulário.
- **Entregar cópias do formulário às pessoas que precisam saber.** Entregue uma cópia do formulário ao seu médico. Também deve dar uma cópia à pessoa que nomear para 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 estiver a ser hospitalizado e tiver uma diretiva antecipada assinada, **leve uma cópia para o hospital.**
 - O hospital perguntará se tem um formulário de diretiva antecipada assinado e se o traz consigo.
 - Se não tiver um formulário de diretiva antecipada assinado, o hospital tem formulários e perguntará se deseja assinar um.

Tem o direito de:



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

- Coloque a sua diretiva antecipada nos seus registos médicos.
- Altere ou cancele a sua diretiva antecipada a qualquer momento.

Por lei, ninguém pode negar-lhe cuidados ou discriminá-lo com base no facto de ter assinado ou não uma diretiva antecipada. Ligue para os Serviços para Membros para obter mais informações.

G3. O que fazer se as suas instruções não forem seguidas

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

Department of Health
3 Capitol Hill
Providence, RI 02908

H. O seu direito de apresentar reclamações e solicitar que reconsideremos as nossas decisões

O **Capítulo 9** deste *Manual do Membro* informa o que pode fazer se tiver algum problema ou dúvida sobre os serviços ou cuidados cobertos. Por exemplo, pode solicitar-nos que tomemos uma decisão de cobertura, apresentar um recurso para alterar uma decisão de cobertura ou apresentar uma reclamação.

Tem o direito de obter informações sobre recursos e reclamações que outros membros do plano tenham apresentado contra nós. Ligue para os Serviços para Membros para obter essas informações.

H1. O que fazer em caso de tratamento injusto ou para obter mais informações sobre os seus direitos

Se acha que foi tratado injustamente – e **não se trata** de discriminação pelas razões listadas no **Capítulo 11** deste *Manual do Membro* – ou se deseja obter mais informações sobre os seus direitos, ligue para:

- Serviços para Membros.
- O Programa Estadual de Assistência ao Seguro de Saúde (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) fornecido pelo Gabinete para o Envelhecimento Saudável através do número



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

1-888-884-8721. Para mais detalhes sobre o SHIP, consulte o **Capítulo 2, Seção E**.

Medicare através do número 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Os utilizadores de TTY devem ligar para o número 1-877-486-2048. (Também pode ler ou transferir o documento “Direitos e Proteções do Medicare”, disponível no website do Medicare em www.medicare.gov/publications/11534-medicare-rights-and-protections.pdf.)

I. As suas responsabilidades como membro do plano

Como membro do plano, tem a responsabilidade de fazer o que está listado abaixo. Se tiver alguma dúvida, contacte os Serviços para Membros.

- **Leia este *Manual do Membro*** para saber o que o nosso plano cobre e as regras a seguir para obter os serviços e medicamentos cobertos. Para mais detalhes sobre:
 - Serviços cobertos, consulte os **Capítulos 3 e 4** deste *Manual do Membro*. Estes capítulos mostram o que é coberto, o que não é coberto, quais as regras que precisa de seguir e o que paga.
 - Medicamentos cobertos, consulte os **Capítulos 5 e 6** deste *Manual do Membro*.
- **Informe-nos sobre qualquer outro plano de saúde ou cobertura de medicamentos** que possua. Devemos garantir que utiliza todas as suas opções de cobertura quando receber cuidados de saúde. Ligue para os Serviços para Membros se tiver outra cobertura.
- **Informe o seu médico e outros prestadores de cuidados de saúde** que é membro do nosso plano. Mostre o seu Cartão de Membro quando receber serviços ou medicamentos.
- **Ajude os seus médicos** e outros prestadores de cuidados de saúde a prestar-lhe os melhores cuidados.
 - Dê-lhes as informações necessárias sobre si e sobre a sua saúde. Aprenda o máximo que puder sobre os seus problemas de saúde. Siga os planos de tratamento e as instruções acordadas entre si e os seus prestadores.
 - Certifique-se de que os seus médicos e outros prestadores tenham conhecimento de todos os medicamentos que toma. Isso inclui medicamentos



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

sujeitos a receita médica, medicamentos sem receita médica, vitaminas e suplementos.

- Faça todas as perguntas que tiver. Os seus médicos e outros prestadores devem explicar as coisas de uma forma que possa compreender. Se fizer uma pergunta e não compreender a resposta, pergunte novamente.
- **Seja atencioso.** Esperamos que todos os membros do plano respeitem os direitos dos outros. Também esperamos que aja com respeito no consultório do seu médico, em hospitais e em outros consultórios médicos.
- **Pague o que deve.** Enquanto membro do plano, é responsável por estes pagamentos:
 - Prémios do Medicare Part A e Medicare Part B. Para a maioria dos membros do Neighborhood INTEGRITY for Duals, o Medicaid paga o prémio do Medicare Part A e o prémio do Medicare Part B.
 - Para alguns dos medicamentos cobertos pelo nosso plano, deve pagar a sua participação nos custos quando adquirir o medicamento. Este será o valor do copagamento. O **Capítulo 6** explica o que deve pagar pelos seus medicamentos.
 - **Se obtiver quaisquer serviços ou medicamentos que não estejam cobertos pelo nosso plano, deverá pagar o custo total.** (Nota: Se discordar da nossa decisão de não cobrir um serviço ou medicamento, pode apresentar um recurso. Consulte o **Capítulo 9** para saber como apresentar um recurso.
- **Informe-nos se mudar de residência.** Se planeia mudar-se, informe-nos imediatamente. Ligue para os Serviços para Membros.
 - **Se mudar para fora da nossa área de serviço, não poderá permanecer no nosso plano.** Apenas pessoas que residem na nossa área de serviço podem ser membros deste plano. O **Capítulo 1** deste *Manual do Membro* fala sobre a nossa área de serviço.
 - Podemos ajudá-lo a descobrir se vai mudar para fora da nossa área de serviço.
 - Informe o seu novo endereço ao Medicare e ao Rhode Island Medicaid quando se mudar. Consulte o **Capítulo 2** deste *Manual do Membro* para obter os números de telefone do Medicare e do Rhode Island Medicaid.
 - **Se mudar e permanecer na nossa área de serviço, ainda precisamos de saber.** Precisamos de manter o seu registo de adesão atualizado e saber como entrar em contacto consigo.



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

- **Se mudar de endereço, informe a Segurança Social (ou a Caixa de Pensões dos Ferroviários).**
- **Ligue para os Serviços para Membros para obter ajuda se tiver dúvidas ou preocupações.**



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

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

Introdução

Este capítulo contém informações sobre os seus direitos. Leia este capítulo para descobrir o que fazer se:

- Tem algum problema ou reclamação sobre o nosso plano.
- Precisa de um serviço, item ou medicamento que o nosso plano disse que não pagaria.
- Discorda de uma decisão tomada pelo nosso plano de saúde sobre os seus cuidados.
- Acha que os seus serviços cobertos estão a terminar demasiado cedo.

Este capítulo está dividido em diferentes secções para ajudá-lo a encontrar facilmente o que procura. **Se tiver algum problema ou dúvida, leia as partes deste capítulo que se aplicam à sua situação.**

Índice

A. O que fazer se tiver um problema ou questão	191
A1. Sobre os termos jurídicos.....	191
B. Como obter ajuda.....	191
B1. Para mais informações e ajuda	191
C. Compreender as reclamações e recursos do Medicare e do Rhode Island Medicaid no nosso plano	193
D. Problemas com os seus benefícios	193
E. Decisões de cobertura e recursos	193
E1. Decisões de cobertura	194
E2. Recursos.....	194



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

E3. Ajuda com decisões de cobertura e recursos	195
E4. Que secção deste capítulo pode ajudá-lo?	196
F. Cuidados médicos	197
F1. Utilizar esta secção	197
F2. Solicitar uma decisão de cobertura	198
F3. Apresentar um Recurso de Nível 1	201
F4. Apresentar um Recurso de Nível 2	205
F5. Problemas de pagamento	210
G. Medicamentos do Medicare Part D	211
G1. Decisões de cobertura e recursos do Medicare Part D	212
G2. Exceções do Medicare Part D	213
G3. Coisas importantes a saber sobre como solicitar uma exceção	215
G4. Pedir uma decisão de cobertura, incluindo uma exceção	216
G5. Apresentar um Recurso de Nível 1	219
G6. Apresentar um Recurso de Nível 2	221
H. Pedir-nos para cobrir um internamento hospitalar mais longo	223
H1. Informações sobre os seus direitos no Medicare	223
H2. Apresentar um Recurso de Nível 1	225
H3. Apresentar um Recurso de Nível 2	227
I. Pedir-nos para continuar a cobrir determinados serviços médicos	227
I1. Aviso prévio antes do término da sua cobertura	228
I2. Apresentar um Recurso de Nível 1	228
I3. Apresentar um Recurso de Nível 2	230
J. Levar o seu recurso para além do Nível 2	231



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

J1. Próximos passos para serviços e itens do Medicare.....	231
J2. Recursos adicionais do Rhode Island Medicaid.....	232
J3. Níveis de Recurso 3, 4 e 5 para Pedidos de Medicamentos do Medicare Part D.....	233
K. Como apresentar uma reclamação.....	234
K1. Que tipo de problemas devem ser objeto de reclamação.....	234
K2. Reclamações internas.....	236
K3. Reclamações externas.....	237



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

A. O que fazer se tiver um problema ou questão

Este capítulo explica como lidar com problemas e preocupações. O processo que utiliza depende do tipo de problema que tem. Utilize um processo para **decisões de cobertura e recursos** e outro para **apresentação de reclamações** (também designadas por queixas).

Para garantir justiça e rapidez, cada processo tem um conjunto de regras, procedimentos e prazos que nós e o membro devemos seguir.

A1. Sobre os termos jurídicos

Este capítulo contém termos jurídicos relativos a algumas regras e prazos. Muitos destes termos podem ser difíceis de entender, por isso, sempre que possível, utilizamos palavras mais simples em vez de certos termos jurídicos. Utilizamos o menos possível as abreviaturas.

Por exemplo, dizemos:

- “Apresentar uma reclamação” em vez de “apresentar uma queixa”
- “Decisão de cobertura” em vez de “determinação da organização”, “determinação do benefício”, “determinação do risco”, ou “determinação da cobertura”
- “Decisão de cobertura rápida” em vez de “determinação acelerada”
- “Organização de Revisão Independente” (Independent Review Organization, IRO) em vez de “Entidade de Revisão Independente” (Independent Review Entity, IRE)

Conhecer os termos jurídicos adequados pode ajudá-lo a comunicar de forma mais clara, pelo que também os fornecemos.

B. Como obter ajuda

B1. Para mais informações e ajuda

Às vezes, é confuso iniciar ou seguir o processo para lidar com um problema. Isso pode ser especialmente aplicável se não se sentir bem ou tiver pouca energia. Outras vezes, pode não ter as informações necessárias para dar o próximo passo.

Ajuda do nosso plano

Pode contactar o nosso plano através do número 1-844-812-6896 (TTY 711) para obter ajuda na resolução de um problema ou para esclarecer dúvidas.



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

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

Pode ligar para o Programa Estadual de Assistência ao Seguro de Saúde (State Health Insurance Assistance Program, SHIP). Também pode consultar o website deles em www.oha.ri.gov.

Os conselheiros do SHIP podem responder às suas perguntas e ajudá-lo a entender o que fazer em relação ao seu problema. O SHIP não está ligado a nós nem a qualquer companhia de seguros ou plano de saúde. O SHIP tem conselheiros formados em todos os condados, e os serviços são gratuitos. O número de telefone do SHIP é 1-888-884-8721 (TTY 1-401-462-0740).

Ajuda e informações do Medicare

Para obter mais informações e ajuda, pode entrar em contacto com o Medicare. Aqui estão duas maneiras de obter ajuda do Medicare:

- Ligar para o 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Os utilizadores de TTY ligam para o 1-877-486-2048.
- Visitar o website do Medicare (www.medicare.gov).

Ajuda e informações do Rhode Island Medicaid

Para obter mais informações e ajuda, pode entrar em contacto com o Rhode Island 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.

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 INTEGRITY for Duals.

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 devem ligar para o 711. Ou visite o website da Acentra Health em www.acentraqio.com/.



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

C. Compreender as reclamações e recursos do Medicare e do Rhode Island Medicaid no nosso plano

Tem o Medicare e o Rhode Island Medicaid. As informações contidas neste capítulo aplicam-se a **todos** os seus benefícios do Medicare e do Rhode Island Medicaid. Isso é por vezes designado por “processo integrado” pois combina ou integra os processos do Medicare e do Rhode Island Medicaid.

Às vezes, os processos do Medicare e do Rhode Island Medicaid não podem ser combinados. Nessas situações, utiliza-se um processo para um benefício do Medicare e outro processo para um benefício do Rhode Island Medicaid. A **Secção F4** explica estas situações.

D. Problemas com os seus benefícios

Se tiver algum problema ou dúvida, leia as partes deste capítulo que se aplicam à sua situação. A tabela a seguir ajuda a encontrar a secção correta deste capítulo para problemas ou reclamações.

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

Isso inclui problemas relacionados com a cobertura ou não de determinados cuidados médicos (itens médicos, serviços e/ou medicamentos do Medicare Part B), a forma como são cobertos e problemas relacionados com o pagamento dos cuidados médicos.

Sim.	Não.
O meu problema está relacionado com benefícios e cobertura.	O meu problema não está relacionado com benefícios e cobertura.
Consulte a Secção E , “Decisões de cobertura e recursos”.	Consulte a Secção K , “Como apresentar uma reclamação”.

E. Decisões de cobertura e recursos

O processo para solicitar uma decisão de cobertura e apresentar um recurso trata de problemas relacionados com os seus benefícios e cobertura para cuidados médicos (serviços, itens e medicamentos do Medicare Part B, incluindo pagamento). Para simplificar, geralmente referimo-nos a itens médicos, serviços e medicamentos do Medicare Part B como **cuidados**



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

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.

E1. Decisões de cobertura

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. Por exemplo, se o seu prestador da rede do plano o encaminhar para um médico especialista fora da rede, esse encaminhamento será considerado uma decisão favorável, a menos que o seu prestador da rede possa comprovar que recebeu um aviso de recusa padrão para esse médico especialista ou que o serviço encaminhado nunca seja coberto sob nenhuma circunstância (consulte o **Capítulo 4, Seção H** deste *Manual do Membro*).

O membro ou o seu médico também podem contactar-nos e solicitar uma decisão de cobertura. O membro ou o seu médico podem não ter a certeza se cobrimos um serviço médico específico ou se podemos recusar a prestação de cuidados médicos que o membro considera necessários. **Se quiser saber se cobriremos um serviço médico antes de o obter, pode pedir-nos que tomemos uma decisão de cobertura por si.**

Tomamos uma decisão de cobertura sempre que decidimos o que está coberto para o membro e quanto pagamos. Em alguns casos, podemos decidir que um serviço ou medicamento não é coberto ou não é mais coberto pelo Medicare ou pelo Rhode Island Medicaid. Se discordar desta decisão de cobertura, pode apresentar um recurso.

E2. Recursos

Se tomarmos uma decisão de cobertura e não estiver satisfeito com essa decisão, pode “recorrer” da decisão. Um recurso é uma maneira formal de nos pedir para revermos e alterarmos a decisão de cobertura que tomámos.

Quando recorre de uma decisão pela primeira vez, isto é designado por Recurso de Nível 1. Neste recurso, revemos a decisão de cobertura que tomámos para verificar se seguimos todas as regras corretamente. O seu recurso será tratado por revisores diferentes daqueles que tomaram a decisão desfavorável original.

Quando concluirmos a revisão, comunicaremos a nossa decisão. Em determinadas circunstâncias, explicadas mais adiante nesta **Secção F** deste capítulo, pode solicitar uma decisão acelerada ou “decisão de cobertura rápida” ou “recurso rápido” de uma decisão de cobertura.

Se **recusarmos** parte ou a totalidade do seu pedido, enviar-lhe-emos uma carta. Se o seu problema for sobre a cobertura de cuidados médicos do Medicare, a carta informará que enviámos o seu caso para a Organização de Revisão Independente (Independent Review Organization, IRO) para um Recurso de Nível 2. Se o seu problema for sobre a cobertura de um serviço ou item do Medicare Part D ou Medicaid, a carta informará como apresentar um



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Recurso de Nível 2 por si mesmo. Consulte a **Seção F4** para obter mais informações sobre os Recursos de Nível 2. Se o seu problema for sobre a cobertura de um serviço ou item coberto tanto pelo Medicare quanto pelo Medicaid, a carta fornecerá informações sobre os dois tipos de Recursos de Nível 2.

Se não estiver satisfeito com a decisão do Recurso de Nível 2, poderá recorrer a níveis adicionais de recurso.

E3. Ajuda com decisões de cobertura e recursos

Pode pedir ajuda a qualquer um dos seguintes serviços:

- **Serviços para Membros** através dos números indicados no final da página.
- **Programa Estadual de Assistência ao Seguro de Saúde (State Health Insurance Assistance Program, SHIP)** através do número 1-888-884-8721 (TTY 711)
- Ligue para a **The POINT** para obter ajuda gratuita. A The POINT é uma organização independente. Não está relacionada com este plano. O número de telefone é 1-401-462-4444 (TTY 711)
- **O seu médico ou outro prestador.** O seu médico ou outro prestador pode solicitar uma decisão de cobertura ou recorrer em seu nome.
- **Um amigo ou familiar.** Pode nomear outra pessoa para agir em seu nome como seu “representante” e solicitar uma decisão de cobertura ou apresentar um recurso.
- **Um advogado.** Tem direito a um advogado, **mas não é obrigado a ter um advogado** para solicitar uma decisão de cobertura ou apresentar um recurso.
 - Ligue para o seu próprio advogado ou obtenha o nome de um advogado na Ordem dos Advogados local ou outro serviço de encaminhamento. Alguns grupos jurídicos oferecem serviços jurídicos gratuitos se o membro se qualificar.

Preencha o formulário de Nomeação de Representante se quiser que um advogado ou outra pessoa atue como seu representante. O formulário dá a alguém permissão para agir em seu nome.

Ligue para os Serviços para Membros através dos números indicados no final da página e solicite o formulário “Nomeação de Representante”. Também pode obter o formulário visitando www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf ou o nosso website www.nhpri.org/INTEGRITYDuals. **Deve fornecer-nos uma cópia do formulário assinado.**



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

E4. Que secção deste capítulo pode ajudá-lo?

Existem quatro situações que envolvem decisões de cobertura e recursos. Cada situação tem regras e prazos diferentes. Fornecemos detalhes sobre cada um deles numa secção separada deste capítulo. Consulte a secção que se aplica:

- **Secção F**, “Cuidados médicos”. Por exemplo, utilize esta secção se:
 - Não está a receber os cuidados médicos que pretende e acredita que o nosso plano cobre esses cuidados.
 - Não aprovámos os cuidados médicos que o seu prestador pretende prestar-lhe e considera que esses cuidados devem ser cobertos.
 - Recebeu cuidados médicos que considera que devem ser cobertos, mas não estamos a pagar por esses cuidados.
 - Foi informado de que a cobertura dos cuidados médicos que tem recebido será reduzida ou suspensa e discorda da nossa decisão.
- **Secção G**, “Medicamentos do Medicare Part D”. Por exemplo, utilize esta secção se:
 - Quer pedir-nos uma exceção para cobrir um medicamento do Medicare Part D que não consta da nossa Lista de Medicamentos.
 - Quer pedir-nos para dispensar os limites da quantidade do medicamento que recebe.
 - Quer pedir-nos a cobertura de um medicamento que requer autorização prévia (prior authorization, PA).
 - Não aprovámos o seu pedido ou exceção, e o membro, o seu médico ou outro prescritor considera que deveríamos ter aprovado.
- **Secção H**, “Pedir-nos para cobrir um internamento hospitalar mais longo”. Utilize esta secção se estiver num hospital e achar que o prestador pediu que saísse do hospital muito cedo.
- **Secção I**, “Solicitar que continuemos a cobrir determinados serviços médicos” (Esta secção aplica-se apenas aos seguintes serviços: cuidados de saúde ao domicílio, cuidados em instalações de enfermagem especializada e serviços de uma Instalação de Reabilitação em Regime de Ambulatório Abrangente (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF).)



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Se não tiver a certeza de qual secção utilizar, ligue para os Serviços para Membros através dos números indicados no final da página.

F. Cuidados médicos

Esta secção explica o que fazer se tiver problemas em obter cobertura para cuidados médicos ou se desejar que lhe reembolsemos os seus cuidados.

Esta secção trata dos seus benefícios para cuidados médicos, descritos no **Capítulo 4** deste *Manual do Membro*, na tabela de benefícios. Em alguns casos, podem ser aplicadas regras diferentes a um medicamento do Medicare Part B. Quando isso acontece, explicamos como é que as regras para medicamentos do Medicare Part B diferem das regras para serviços e itens médicos.

F1. Utilizar esta secção

Esta secção explica o que pode fazer em qualquer uma das cinco situações seguintes:

1. Considera que cobrimos os cuidados médicos de que necessita, mas não está a receber.

O que pode fazer: Pode solicitar-nos que tomemos uma decisão de cobertura. Consulte a **Secção F2**.

2. Não aprovámos os cuidados médicos que o seu médico ou outro prestador de cuidados de saúde pretende prestar-lhe e considera que deveríamos aprová-los.

O que pode fazer: Pode recorrer da nossa decisão. Consulte a **Secção F3**.

3. Recebeu cuidados médicos que considera estarem cobertos, mas não iremos pagar.

O que pode fazer: Pode recorrer da nossa decisão de não pagar. Consulte a **Secção F5**.

4. Recebeu e pagou por cuidados médicos que pensava que estariam cobertos e quer que os reembolsemos.

O que pode fazer: Pode solicitar-nos o reembolso. Consulte a **Secção F5**.

5. Reduzimos ou suspendemos a sua cobertura para determinados cuidados médicos e considera que a nossa decisão pode prejudicar a sua saúde.

O que pode fazer: Pode recorrer da nossa decisão de reduzir ou suspender os cuidados médicos. Consulte a **Secção F4**.



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

- Se a cobertura for para cuidados hospitalares, cuidados de saúde ao domicílio, cuidados em instalações de enfermagem especializada ou serviços CORF, aplicam-se regras especiais. Consulte a **Secção H** ou a **Secção I** para saber mais.
- Para todas as outras situações que envolvam a redução ou a suspensão da sua cobertura para determinados cuidados médicos, utilize esta secção (**Secção F**) como guia.

F2. Solicitar uma decisão de cobertura

Quando uma decisão de cobertura envolve os seus cuidados médicos, é designada por **determinação de organização integrada**.

O membro, o seu médico ou o seu representante podem solicitar-nos uma decisão de cobertura através de:

- Por telefone: 1-844-812-6896, TTY: 711
- Envio por fax: 1-401-459-6023
- Por escrito: Neighborhood Health Plan of Rhode Island
ATTN: Utilization Management
910 Douglas Pike
Smithfield, RI 02917

Decisão padrão de cobertura

Quando lhe comunicamos a nossa decisão, utilizamos os prazos “padrão”, a menos que concordemos em utilizar os prazos “rápidos”. Uma decisão de cobertura padrão significa que lhe daremos uma resposta dentro de:

- **Sete dias consecutivos** após recebermos o seu pedido de **serviço ou item médico sujeito às nossas regras de autorização prévia**.
- **14 dias consecutivos** após recebermos o seu pedido de **todos os outros serviços ou itens médicos**.
- **72 horas** após recebermos o seu pedido de **medicamento do Medicare Part B**.

Para um item ou serviço médico, podemos demorar até mais 14 dias consecutivos se o membro solicitar mais tempo ou se precisarmos de mais informações que possam beneficiá-lo (como registos médicos de prestadores fora da rede). Se precisarmos de mais tempo para



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

tomar a decisão, informaremos por escrito. **Não podemos demorar mais dias se o seu pedido for para um medicamento do Medicare Part B.**

Se achar que **não devemos** demorar mais dias, pode apresentar uma “reclamação rápida” sobre a nossa decisão de demorar mais dias. Quando faz uma reclamação rápida, respondemos à sua reclamação em 24 horas. O processo para a apresentação de uma reclamação é diferente do processo referente a decisões de cobertura e recursos. Para obter mais informações sobre como apresentar uma reclamação, incluindo uma reclamação rápida, consulte a **Secção K**.

Decisão de cobertura rápida

O termo jurídico para decisão de cobertura rápida é **determinação acelerada**.

Quando nos solicitar uma decisão de cobertura sobre os seus cuidados médicos e a sua saúde exigir uma resposta rápida, peça-nos para tomar uma “decisão de cobertura rápida”. Uma decisão de cobertura rápida significa que lhe daremos uma resposta dentro de:

- **72 horas** após recebermos o seu pedido de **serviço ou item médico**.
- **24 horas** após recebermos o seu pedido de **medicamento do Medicare Part B**.

Para um item ou serviço médico, podemos demorar até mais 14 dias consecutivos se encontrarmos informações que possam beneficiar o membro e que estejam em falta (como registos médicos de prestadores fora da rede) ou se o utilizador precisar de tempo para nos fornecer informações para a revisão. Se precisarmos de mais tempo para tomar a decisão, informaremos por escrito. **Não podemos demorar mais tempo se o seu pedido for para um medicamento do Medicare Part B.**

Se considerar que **não devemos** demorar mais tempo para tomar a decisão de cobertura, pode apresentar uma “reclamação rápida” sobre a nossa decisão de demorar mais tempo. Para obter mais informações sobre como apresentar uma reclamação, incluindo uma reclamação rápida, consulte a **Secção K**. Entraremos em contacto consigo assim que tomarmos uma decisão.

Para obter uma decisão de cobertura rápida, é necessário cumprir dois requisitos:

- Está a solicitar cobertura para itens e/ou serviços médicos que **não recebeu**. Não pode solicitar uma decisão de cobertura rápida sobre a cobertura do pagamento de itens ou serviços que já recebeu.
- Utilizar os prazos padrão **pode causar sérios danos à sua saúde** ou prejudicar a sua capacidade funcional.



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Tomamos automaticamente uma decisão de cobertura rápida, caso o seu médico nos informe que o seu estado de saúde assim o exige. Se apresentar um pedido sem o apoio do seu médico, decidiremos se lhe concedemos uma decisão de cobertura rápida.

- Se decidirmos que a sua saúde não cumpre os requisitos para uma decisão de cobertura rápida, enviamos-lhe uma carta a informar do facto e utilizamos os prazos padrão. A carta diz-lhe:
 - Tomamos automaticamente uma decisão de cobertura rápida, se o seu médico o solicitar.
 - Como pode apresentar uma “reclamação rápida” sobre a nossa decisão de lhe dar uma decisão de cobertura padrão em vez de uma decisão de cobertura rápida. Para obter mais informações sobre como apresentar uma reclamação, incluindo uma reclamação rápida, consulte a **Secção K**.

Se recusarmos parte ou a totalidade do seu pedido, enviaremos uma carta a explicar as razões da recusa.

- Se a nossa resposta for **negativa**, tem o direito de apresentar um recurso. Se acha que cometemos um erro, apresentar um recurso é uma forma formal de nos pedir para rever a nossa decisão e alterá-la.
- Se decidir recorrer, passará para o Nível 1 do processo de recurso (consulte a **Secção F3**).

Em circunstâncias limitadas, podemos indeferir o seu pedido de decisão de cobertura, o que significa que não iremos rever 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 indefermos 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. Esta revisão é designada por recurso. Os recursos são discutidos na próxima secção.



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

F3. Apresentar um Recurso de Nível 1

Para iniciar um recurso relacionado com um serviço ou item recusado, ou para dar continuidade a um serviço ou item que já esteja a receber, o membro, o seu médico ou o seu representante deve contactar-nos. Ligue-nos para 1-844-812-6896 (TTY 711).

Solicite um recurso padrão ou um recurso rápido por escrito ou ligando para 1-844-812-6896 (TTY 711).

- Se o seu médico ou outro prescritor solicitar a continuação de um serviço ou item que já está a receber durante o recurso, poderá ser necessário nomeá-lo como seu representante para agir em seu nome.
- Se alguém que não seja o seu médico apresentar o recurso por si, inclua um formulário de Nomeação de Representante autorizando essa pessoa a representá-lo. Pode obter o formulário visitando www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf ou o nosso website www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.
- Podemos aceitar um pedido de recurso sem o formulário, mas não podemos iniciar ou concluir a nossa revisão até o recebermos. Se não recebermos o formulário antes do prazo final para tomarmos uma decisão sobre o seu recurso:
 - Indeferimos o seu pedido e
 - Enviamos-lhe um aviso por escrito a explicar o seu direito de solicitar à IRO que reveja a nossa decisão de indeferir o seu recurso.
- Deve solicitar um recurso **no prazo de 65 dias consecutivos** a partir da data da carta que enviámos para lhe comunicar a nossa decisão.
- Se não cumprir o prazo e tiver uma razão plausível, talvez lhe possamos dar mais tempo para apresentar o seu recurso. Exemplos de razões válidas incluem situações como ter tido uma doença grave ou termos fornecido informações incorretas sobre o prazo. Explique a razão do atraso do seu recurso quando o apresentar.
- Tem o direito de nos pedir uma cópia das informações referentes ao seu recurso. O membro e o seu médico também podem fornecer-nos mais informações para fundamentar o seu recurso.



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Se a sua saúde exigir, solicite um recurso rápido.

O termo jurídico para “recurso rápido” é “**reconsideração acelerada**”.

- Se recorrer de uma decisão que tomámos sobre a cobertura dos cuidados, o membro e/ou o seu médico decidem se precisa de um recurso rápido.

Concedemos automaticamente um recurso rápido se o seu médico nos informar que a sua saúde assim o exige. Se fizer o seu pedido sem o apoio do seu médico, decidiremos se pode beneficiar de um recurso rápido.

- Se decidirmos que a sua saúde não cumpre os requisitos para um recurso rápido, enviamos-lhe uma carta a informar esse facto e utilizamos os prazos padrão. A carta diz-lhe:
 - Concedemos automaticamente um recurso rápido se o seu médico o solicitar.
 - Como pode apresentar uma “reclamação rápida” sobre a nossa decisão de lhe conceder um recurso padrão em vez de um recurso rápido. Para obter mais informações sobre como apresentar uma reclamação, incluindo uma reclamação rápida, consulte a **Secção K**.

Se informarmos o membro que vamos interromper ou reduzir serviços ou itens que já recebe, poderá continuar a usufruir desses serviços ou itens durante o seu recurso.

- Se decidirmos alterar ou interromper a cobertura de um serviço ou item que recebe, enviaremos um aviso antes de tomarmos qualquer medida.
- Se discordar da nossa decisão, pode apresentar um Recurso de Nível 1.
- Continuamos a cobrir o serviço ou item se solicitar um Recurso de Nível 1 no prazo de dez dias consecutivos a partir da data da nossa carta ou até a data prevista para a ação entrar em vigor, o que ocorrer por último.
 - Se cumprir este prazo, receberá o serviço ou item sem alterações enquanto o seu recurso de Nível 1 estiver pendente.
 - Também receberá todos os outros serviços ou itens (que não sejam objeto do seu recurso) sem alterações.
 - Se não recorrer antes dessas datas, o seu serviço ou item não será continuado enquanto aguarda a decisão do recurso.



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Analizamos o seu recurso e damos-lhe a nossa resposta.

- Quando revemos o seu recurso, analisamos novamente com cuidado todas as informações sobre o seu pedido de cobertura de cuidados médicos.
- Verificamos se seguimos todas as regras quando **recusamos** o seu pedido.
- Recolhemos mais informações, se necessário. Podemos contactá-lo a si ou ao seu médico para obtermos mais informações.

Existem prazos para um recurso rápido

- Quando utilizamos os prazos rápidos, temos de lhe dar uma resposta **no prazo de 72 horas após recebermos o seu recurso**. Damos-lhe a nossa resposta mais cedo se a sua saúde assim o exigir. Se recusarmos um recurso rápido, daremos a si, ao seu médico, ao profissional que prescreveu o medicamento ou ao seu representante uma confirmação verbal dessa recusa.
- 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 para tomar a decisão, informaremos por escrito.
 - Se o seu pedido for para um medicamento do Medicare Part B, não podemos demorar mais tempo para tomar a decisão.
 - Se não lhe dermos uma resposta dentro de 72 horas ou até ao final do tempo adicional que demorámos, teremos de enviar o seu pedido para o Nível 2 do processo de recurso. Em seguida, uma IRO analisa-o. A IRO notificá-lo-á por escrito quando receber o seu recurso. Mais adiante na **Secção F4** deste capítulo, falaremos sobre essa organização e explicaremos o processo de recurso de Nível 2. Se o seu problema for sobre a cobertura de um serviço ou item do Medicaid, pode apresentar um Recurso de Nível 2 junto do Gabinete de Audiência Justa Estadual do Gabinete Executivo de Saúde e Serviços Humanos (Executive Office of Health and Human Services, EOHS), assim que o prazo terminar.
- **Se aceitarmos parte ou a totalidade do seu pedido**, devemos autorizar ou fornecer a cobertura que concordámos em fornecer no prazo de 72 horas após recebermos o seu recurso.
- **Se recusarmos parte ou a totalidade do seu pedido**, enviaremos o seu recurso à IRO para um Recurso de Nível 2.



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Existem prazos para um recurso padrão.

- Quando utilizamos os prazos padrão, devemos dar-lhe a nossa resposta **no prazo de 30 dias consecutivos** após recebermos o seu recurso para cobertura de serviços que não recebeu.
- Se o seu pedido for para um medicamento do Medicare Part B que não recebeu, damos-lhe a nossa resposta **no prazo de sete dias consecutivos** após recebermos o seu recurso ou mais cedo, 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 para tomar a decisão, informaremos por escrito.
 - Se o seu pedido for para um medicamento do Medicare Part B, não podemos demorar mais tempo para tomar a decisão.
 - Se considerar que **não devemos** demorar mais tempo, pode apresentar uma reclamação rápida sobre a nossa decisão. Quando apresenta uma reclamação rápida, respondemos dentro de 24 horas. Para obter mais informações sobre como apresentar reclamações, incluindo reclamações rápidas, consulte a **Secção K**.
 - Se não lhe dermos uma resposta até ao prazo ou até ao final dos dias adicionais que demorámos, teremos de enviar o seu pedido para o Nível 2 do processo de recurso. Em seguida, uma IRO analisa-o. A IRO notificará-lo-á por escrito quando receber o seu recurso. Mais adiante na **Secção F4** deste capítulo, falaremos sobre essa organização e explicaremos o processo de recurso de Nível 2. Se o seu problema for sobre a cobertura de um serviço ou item do Medicaid, pode apresentar um recurso de Nível 2 – Audiência Justa junto do estado assim que o prazo terminar. Em Rhode Island, uma audiência justa é designada por Audiência Justa Estadual.

Se aceitarmos parte ou a totalidade do seu pedido, devemos autorizar ou fornecer a cobertura que concordámos em fornecer **no prazo de 30 dias consecutivos**, ou no prazo de sete dias úteis se o seu pedido for para um medicamento do Medicare Part B, após recebermos o seu recurso.

Se **recusarmos** parte ou a totalidade do seu pedido, **tem direitos de recurso adicionais**:

- Se **recusarmos** parte ou a totalidade do seu pedido, enviar-lhe-emos uma carta.



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

- Se o seu problema for sobre a cobertura de um serviço ou item do Medicare, a carta informa que enviámos o seu caso para a IRO para um Recurso de Nível 2. A IRO notificará-lo-á por escrito quando receber o seu recurso.
- Se o seu problema for sobre a cobertura de um serviço ou item do Rhode Island Medicaid, a carta informa como apresentar por si mesmo um Recurso de Nível 2.

F4. Apresentar um Recurso de Nível 2

Se **recusarmos** parte ou a totalidade do seu Recurso de Nível 1, enviamos-lhe uma carta. Esta carta informa se o Medicare, Rhode Island Medicaid ou ambos os programas geralmente cobrem o serviço ou item.

- Se o seu problema for sobre um serviço ou item que o Medicare normalmente cobre, enviamos automaticamente o seu caso para o Nível 2 do processo de recurso assim que o Recurso de Nível 1 for concluído.
- Se o seu problema for sobre um serviço ou item que o Rhode Island Medicaid normalmente cobre, pode apresentar por si mesmo um Recurso de Nível 2. A carta explica como fazer isso. Também incluímos mais informações mais adiante neste capítulo.
- Se o seu problema for sobre um serviço ou item que **tanto o Medicare quanto o Rhode Island Medicaid** podem cobrir, tem automaticamente direito a um recurso de Nível 2 junto da IRO. Também pode solicitar uma Audiência Justa junto do estado.

Se se qualificou para a continuação dos benefícios quando apresentou o seu Recurso de Nível 1, os seus benefícios para o serviço, item ou medicamento objeto de recurso também podem continuar durante o Nível 2. Consulte a **Secção F3** para obter informações sobre a continuação dos seus benefícios durante os Recursos de Nível 1.

- Se o seu problema for sobre um serviço normalmente coberto apenas pelo Medicare, os seus benefícios para esse serviço não continuam durante o processo de recurso de Nível 2 junto da IRO.
- Se o seu problema for sobre um serviço normalmente coberto apenas pelo Rhode Island Medicaid, os seus benefícios para esse serviço continuarão se apresentar um Recurso de Nível 2 dentro de dez dias consecutivos após receber a nossa carta de decisão.

Quando o seu problema diz respeito a um serviço ou item que o Medicare normalmente cobre



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

A IRO analisa o seu recurso. É uma organização independente contratada pelo Medicare.

O nome formal da Organização de Revisão Independente (Independent Review Organization, IRO) é **Entidade de Revisão Independente**, por vezes designada por **IRE**.

- Esta organização não está ligada a nós e não é uma agência governamental. O Medicare escolheu a empresa para ser a IRO e supervisiona o seu trabalho.
- Enviamos informações sobre o seu recurso (o seu “processo”) para essa organização. Tem direito a uma cópia gratuita do seu processo.
- Tem o direito de fornecer informações adicionais à IRO para fundamentar o seu recurso.
- Os revisores da IRO analisam 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.

- Se teve um recurso rápido no Nível 1, terá automaticamente um recurso rápido no Nível 2. A IRO deve dar-lhe uma resposta ao seu Recurso de Nível 2 **no prazo de 72 horas** após receber o seu recurso.
- Se o seu pedido for relativo a um item ou serviço médico e a IRO precisar de recolher mais informações que possam beneficiá-lo, **isso poderá demorar até mais 14 dias consecutivos**. A IRO não pode demorar mais tempo para tomar uma decisão se o seu pedido for para um medicamento do Medicare Part B.

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

- Se apresentou um recurso padrão ao Nível 1, terá automaticamente um recurso padrão no Nível 2.
- Se o seu pedido for relativo a um item ou serviço médico, a IRO deve dar-lhe uma resposta ao seu Recurso de Nível 2 **no prazo de 30 dias consecutivos** após receber o seu recurso.
- Se o seu pedido for para um medicamento do Medicare Part B, a IRO deve dar-lhe uma resposta ao seu Recurso de Nível 2 **no prazo de sete dias consecutivos** após receber o seu recurso.
- Se o seu pedido for relativo a um item ou serviço médico e a IRO precisar de recolher mais informações que possam beneficiá-lo, **isso poderá demorar até**



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

mais 14 dias consecutivos. A IRO não pode demorar mais tempo para tomar uma decisão se o seu pedido for para um medicamento do Medicare Part B.

A IRO dá-lhe a sua resposta por escrito e explica as razões.

- **Se a IRO aprovar parte ou a totalidade de um pedido de item ou serviço médico,** devemos:
 - Autorizar a cobertura dos cuidados médicos **no prazo de 72 horas, ou**
 - Prestar o serviço **no prazo de 14 dias consecutivos** após recebermos a decisão da IRO para **pedidos padrão, ou**
 - Prestar o serviço **no prazo de 72 horas** a partir da data em que recebermos a decisão da IRO para **pedidos acelerados.**
- **Se a IRO aprovar parte ou a totalidade de um pedido de medicamento do Medicare Part B, devemos autorizar ou fornecer o medicamento do Medicare Part B em disputa:**
 - **no prazo de 72 horas** após recebermos a decisão da IRO para **pedidos padrão, ou**
 - **no prazo de 24 horas** a partir da data em que recebermos a decisão da IRO para **pedidos acelerados.**
- **Se a IRO recusar parte ou a totalidade do seu recurso,** isso significa que concorda que não devemos aprovar o seu pedido (ou parte do seu pedido) de cobertura de cuidados médicos. É o que se designa por “manter a decisão” ou “rejeitar o seu recurso”.
 - Se o seu caso preencher os requisitos, pode decidir se pretende dar seguimento ao seu recurso.
 - Existem três níveis adicionais no processo de recurso após o Nível 2, num total de cinco níveis.
 - Se o seu Recurso de Nível 2 for recusado e cumprir os requisitos para continuar o processo de recurso, deverá decidir se deseja dar seguimento para o Nível 3 e apresentar um terceiro recurso. Os pormenores sobre a forma de o fazer constam do aviso escrito que recebe após o Recurso de Nível 2.



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações,** visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

- Um Juiz de Direito Administrativo (Administrative Law Judge, ALJ) ou juiz de recurso trata de um Recurso de Nível 3. Consulte a **Secção J** para obter mais informações sobre os Recursos de Nível 3, 4 e 5.

Quando o seu problema diz respeito a um serviço ou item normalmente coberto pelo Medicaid, ou que é coberto tanto pelo Medicare como pelo Rhode Island Medicaid

Um Recurso de Nível 2 para serviços que o Rhode Island Medicaid normalmente cobre é uma Audiência Justa com o estado ou com uma organização de Revisão Externa de Rhode Island. Deve solicitar qualquer um destes recursos de Nível 2 por escrito ou por telefone **no prazo de 120 dias consecutivos** a partir da data em que enviámos a carta com a decisão sobre o seu Recurso de Nível 1. A carta que receberá da nossa parte indica onde deve apresentar o seu pedido de Audiência Justa.

Se não cumprir o prazo e tiver uma razão plausível, o EOHHS ou a organização de Revisão Externa de Rhode Island poderá conceder mais tempo para apresentar o seu recurso. Exemplos de uma boa razão são:

- teve uma doença grave, ou
- fornecemos informações incorretas sobre o prazo para solicitar um recurso.

Se o seu problema for sobre um serviço ou item do Medicaid, pode solicitar um Recurso de Nível 2 junto do gabinete de Audiências Justas Estaduais do EOHHS e/ou da organização de Revisão Externa de Rhode Island/Audiência Justa Estadual do EOHHS.

Como posso apresentar um Recurso de Nível 2: Audiência Justa Estadual do EOHHS?

Para iniciar o seu recurso de Nível 2, o membro, o seu médico ou outro prestador, ou o seu representante, devem preencher um formulário para solicitar uma audiência no prazo de 120 dias a partir da data de envio da nossa decisão de Nível 1.

O membro ou o seu representante podem solicitar o formulário:

- Ligando para o Gabinete de Recursos do Gabinete Executivo de Saúde e Serviços Humanos (Executive Office of Health and Human Services, EOHHS) através do número (401) 462-2132 (TTY 711).
- Enviando o seu pedido por e-mail para OHHS.AppealsOffice@ohhs.ri.gov.
- Enviando o pedido por fax para o número (401) 462-0458.

O formulário da Audiência Justa Estadual pode ser enviado por correio, fax ou e-mail. Também pode solicitar uma Audiência Justa Estadual acelerada (rápida) no formulário.



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Pode enviar um pedido de recurso para o seguinte endereço:

EOHHS Appeals Office
Virks Building, 3 West Road
Cranston, RI 02920

O gabinete da Audiência Justa Estadual marcará uma audiência. Enviará uma notificação indicando a data, a hora e o local da audiência, o mais tardar 15 dias antes da data da audiência.

Como posso apresentar um Recurso de Nível 2: Revisão Externa de Rhode Island?

Pode solicitar uma Revisão Externa de Rhode Island entrando em contacto connosco através do número 1-844-812-6896 (TTY 711) no prazo de quatro meses a partir da data de envio da nossa decisão de Nível 1. Encaminharemos as informações do recurso à organização de Revisão Externa de Rhode Island no prazo de cinco dias úteis após a receção do seu pedido de Revisão Externa de Rhode Island. Receberá uma decisão por escrito da organização de Revisão Externa de Rhode Island no prazo de dez dias úteis após a receção de todas as informações necessárias para rever o seu caso, mas no máximo 45 dias a partir da data de receção da solicitação.

Algumas recusas de recurso não são elegíveis para uma Revisão Externa de Rhode Island. Se não tiver a certeza se pode solicitar uma Revisão Externa de Rhode Island, entre em contacto connosco através do número 1-844-812-6896 (TTY 711). Podemos ajudá-lo a descobrir se uma Revisão Externa de Rhode Island está disponível para a sua situação.

O gabinete da Audiência Justa comunica-lhe a sua decisão por escrito e explica as razões.

- Se o gabinete de Audiência Justa **aprovar** parte ou a totalidade de um pedido de um item ou serviço médico, devemos autorizar ou fornecer o serviço ou item **no prazo de 72 horas** após recebermos a sua decisão.
- Se o gabinete de Audiência Justa **recusar** parte ou a totalidade do seu recurso, isso significa que concorda que não devemos aprovar o seu pedido (ou parte do seu pedido) de cobertura de cuidados médicos. É o que se designa por “manter a decisão” ou “rejeitar o seu recurso”.

Se a decisão da IRO ou do gabinete de Audiência Justa for **negativa** para a totalidade ou parte do seu pedido, tem direitos de recurso adicionais.

Se o seu Recurso de Nível 2 foi para a **IRO**, só poderá recorrer novamente se o valor monetário do serviço ou item que deseja atingir um determinado montante mínimo. Um ALJ ou



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

juiz de recurso trata de um Recurso de Nível 3. **A carta que receberá da IRO explica os direitos adicionais de recurso que poderá ter.**

A carta que receberá do gabinete da Audiência Justa descreve a próxima opção de recurso.

E se o gabinete de Audiências Justas Estaduais do EOHHS e/ou a organização de Revisão Externa de Rhode Island e a Entidade de Revisão Independente analisarem o Recurso de Nível 2 e tomarem decisões diferentes?

Se o Gabinete de Audiências Justas do Estado do EOHHS, a organização de Revisão Externa de Rhode Island ou a IRO decidirem **aceitar** a totalidade ou parte do seu pedido, iremos fornecer-lhe o serviço ou item aprovado que mais se aproxima do que pediu no seu recurso.

Consulte a **Secção J** para obter mais informações sobre os seus direitos de recurso após o Nível 2.

F5. Problemas de pagamento

Não permitimos que os nossos prestadores da rede lhe faturem os serviços e itens cobertos. Isso é aplicável mesmo que paguemos ao prestador menos do que ele cobra por um serviço ou item coberto. O membro nunca será obrigado a pagar o saldo de qualquer fatura. A única exceção a isso é se estiver a receber serviços e apoios de longo prazo e o Rhode Island Medicaid determinar que tem de pagar parte do custo desses serviços. É o que se designa por “participação nos custos” e o valor é determinado pelo Rhode Island Medicaid.

Se receber uma fatura por serviços e itens cobertos, envie-a para nós. 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 do nosso plano se tiver seguido as regras para obter serviços ou itens.

Para obter mais informações, consulte o **Capítulo 7** deste *Manual do Membro*. Descreve situações em que poderá precisar de nos pedir para lhe reembolsar ou pagar uma fatura que recebeu de um prestador. Também explica como enviar-nos a documentação necessária para nos solicitar o pagamento.

Se pedir para ser reembolsado, estará a solicitar uma decisão de cobertura. Iremos verificar se o serviço ou item que pagou está coberto e se seguiu todas as regras para utilizar a sua cobertura.

- Se o serviço ou item que pagou estiver coberto e tiver seguido todas as regras, iremos enviar-lhe o pagamento pelo serviço ou item normalmente dentro de 30 dias consecutivos, mas no máximo 60 dias consecutivos após recebermos o seu pedido.



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

- Se ainda não pagou pelo serviço ou item, enviaremos o pagamento diretamente ao prestador. Enviar o pagamento é o mesmo que **aceitar** o seu pedido de decisão de cobertura.
- Se o serviço ou item não estiver coberto ou se não tiver seguido todas as regras, enviar-lhe-emos uma carta a informar que não pagaremos pelo serviço ou item e a explicar o motivo.

Se não concordar com a nossa decisão de não pagar, **pode apresentar um recurso**. Siga o processo de recurso descrito na **Secção F3**. Ao seguir estas instruções, tenha em atenção o seguinte:

- Se apresentar um recurso para que o reembolsemos, teremos de lhe dar uma resposta no prazo de 30 dias consecutivos após recebermos o seu recurso.

Se a nossa resposta ao seu recurso for **negativa** e o **Medicare** normalmente cobrir o serviço ou item, encaminharemos o seu caso para a IRO. Enviaremos uma carta se isso acontecer.

- Se a IRO reverter a nossa decisão e determinar que devemos pagar, teremos de enviar o pagamento ao membro ou ao prestador no prazo de 30 dias consecutivos. Se a resposta ao seu recurso for **positiva** em qualquer fase do processo de recurso após o Nível 2, devemos enviar o pagamento ao membro ou ao prestador de cuidados de saúde no prazo de 60 dias consecutivos.
- Se a IRO **recusar** o seu recurso, isso significa que concorda que não devemos aprovar o seu pedido. É o que se designa por “manter a decisão” ou “rejeitar o seu recurso”. Receberá uma carta a explicar os direitos adicionais de recurso que poderá ter. Consulte a **Secção J** para obter mais informações sobre os níveis adicionais de recurso.

Se a nossa resposta ao seu recurso for **negativa** e o Rhode Island Medicaid normalmente cobrir o serviço ou item, o membro poderá apresentar um Recurso de Nível 2 por ele mesmo. Consulte a **Secção F4** para obter mais informações.

G. Medicamentos do Medicare Part D

Os seus benefícios como membro do nosso plano incluem a cobertura de muitos medicamentos. A maioria destes são medicamentos do Medicare Part D. Existem alguns medicamentos que o Medicare Part D não cobre, mas que o Rhode Island Medicaid pode cobrir. **Esta secção aplica-se apenas aos recursos relativos a medicamentos do Medicare Part D.** No restante desta secção, utilizaremos o termo “medicamento” em vez de “Medicare Part D” sempre que for necessário.



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Para ser coberto, o medicamento deve ser utilizado para uma indicação clinicamente aceite. Isso significa que o medicamento é aprovado pela Administração de Alimentos e Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) ou apoiado por determinadas referências médicas. Consulte o **Capítulo 5** deste *Manual do Membro* para obter mais informações sobre uma indicação clinicamente aceite.

G1. Decisões de cobertura e recursos do Medicare Part D

Seguem-se alguns exemplos de decisões de cobertura que nos solicita para tomar sobre os seus medicamentos do Medicare Part D:

- Pede-nos para abrir uma exceção, incluindo pedir-nos para:
 - cobrir um medicamento do Medicare Part D que não conste na *Lista de Medicamentos* do nosso plano ou
 - suspender uma restrição à nossa cobertura para um medicamento (como limites na quantidade que pode obter)
- Pergunta-nos se um medicamento está coberto no seu caso (por exemplo, quando o medicamento consta da *Lista de Medicamentos* do nosso plano, mas temos de o aprovar antes de o cobrir)

NOTA: 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.

A decisão inicial de cobertura dos seus medicamentos do Medicare Part D é designada por “**determinação de cobertura**”.

- Pedir-nos para pagar por um medicamento que já comprou. Trata-se de um pedido de decisão de cobertura sobre o pagamento.

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. Utilize a tabela abaixo para o ajudar.



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Em qual destas situações se encontra?			
Precisa de um medicamento que não consta da nossa <i>Lista de Medicamentos</i> ou precisa que dispense uma regra ou restrição sobre um medicamento que cobrimos.	Quer que cubramos um medicamento da nossa <i>Lista de Medicamentos</i> e considera que cumpre as regras ou restrições do plano (como obter aprovação prévia) para o medicamento de que necessita.	Quer pedir-nos para lhe reembolsarmos um medicamento que já recebeu e pagou.	Informámo-lo que não cobriremos nem pagaremos por um medicamento da forma que pretende.
Pode solicitar-nos para abrir uma exceção. (Trata-se de um tipo de decisão de cobertura.)	Pode solicitar-nos uma decisão de cobertura.	Pode solicitar-nos o reembolso. (Trata-se de um tipo de decisão de cobertura.)	Pode apresentar um recurso. (Isto significa que nos pede para reconsiderar.)
Comece pela Secção G2 e, em seguida, consulte as Secções G3 e G4 .	Consulte a Secção G4 .	Consulte a Secção G4 .	Consulte a Secção G5 .

G2. Exceções do Medicare Part D

Se não cobrimos um medicamento da forma que o membro pretende, pode solicitar-nos para abrir uma “exceção”. Se recusarmos o seu pedido de exceção, poderá recorrer da nossa decisão.

Quando solicita uma exceção, o seu médico ou outro prescritor precisa de explicar as razões médicas pelas quais precisa da exceção.

Solicitar a cobertura de um medicamento que não consta da nossa *Lista de Medicamentos* ou a remoção de uma restrição a um medicamento é, por vezes, designado por “**exceção ao formulário**”.



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Seguem-se alguns exemplos de exceções que o membro, o seu médico ou outro prescritor podem solicitar que façamos:

1. Cobertura de um medicamento que não consta da nossa *Lista de Medicamentos*

- Se concordarmos em abrir uma exceção e cobrir um medicamento que não consta da nossa *Lista de Medicamentos*, o membro fará o copagamento aplicável aos medicamentos do Escalão 4.
- Não é possível obter uma exceção ao valor do copagamento exigido para o medicamento.

2. Retirar uma restrição para um medicamento coberto

- Aplicam-se regras ou restrições adicionais a determinados medicamentos da nossa *Lista de Medicamentos* (consulte o **Capítulo 5** deste *Manual do Membro* para obter mais informações).
- Regras e restrições adicionais para determinados medicamentos incluem:
 - Ser obrigado a utilizar a versão genérica de um medicamento em vez do medicamento de marca.
 - Obter a nossa aprovação prévia antes de concordarmos em cobrir o medicamento para o membro. Isto é, por vezes, designado por “autorização prévia (prior authorization, PA)”
 - Ser necessário experimentar um medicamento diferente antes de concordarmos em cobrir o medicamento que solicita. Isto é, por vezes, designado por “terapia escalonada”.
 - Limites de quantidade. Para determinados medicamentos, existem restrições relacionadas com a quantidade de medicamento que pode obter.
- Se concordarmos com uma exceção para si e dispensarmos uma restrição, poderá solicitar uma exceção ao valor do copagamento que é obrigado a pagar.

3. Alterar a cobertura de um medicamento para um escalão de coparticipação nos custos mais baixo. Todos os medicamentos da nossa *Lista de Medicamentos* estão classificados num dos cinco escalões de coparticipação nos custos. Em geral, quanto menor o número do escalão de coparticipação nos custos, menor será o valor do seu copagamento.



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

- A nossa *Lista de Medicamentos* inclui frequentemente mais de um medicamento para tratar uma condição específica. São designadas por medicamentos “alternativos”.
- Se um medicamento alternativo para a sua condição médica estiver num escalão de coparticipação nos custos mais baixa do que o medicamento que toma, pode solicitar-nos que o cubramos pelo valor da coparticipação nos custos do medicamento alternativo. Isso reduziria o valor do seu copagamento no medicamento.
- Se aprovarmos o seu pedido de exceção de classificação e houver mais de um escalão de coparticipação nos custos mais baixo com medicamentos alternativos que não pode tomar, normalmente pagará o valor mais baixo.

G3. Coisas importantes a saber sobre como solicitar uma exceção

O seu médico ou outro prescritor deve informar-nos as razões médicas.

O seu médico ou outro prescritor deve enviar-nos uma declaração explicando as razões médicas para 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. São designadas por medicamentos “alternativos”. Se um medicamento alternativo for tão eficaz quanto o medicamento que solicitou e não causar mais efeitos colaterais ou outros problemas de saúde, geralmente **não** aprovamos o seu pedido de exceção. Se nos solicitar uma exceção de classificação, geralmente **não** aprovamos o seu pedido de exceção, a menos que todos os medicamentos alternativos nos escalões de coparticipação nos custos mais baixos não funcionem tão bem para si ou sejam suscetíveis de causar uma reação adversa ou outros danos.

Podemos aceitar ou recusar o seu pedido.

- Se **aceitarmos** o seu pedido de exceção, a exceção geralmente dura até o final do ano civil. 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 de exceção, poderá apresentar um recurso. Consulte a **Secção G5** para obter informações sobre como recorrer caso a nossa resposta seja **negativa**.

A secção que se segue informa-o acerca de como solicitar uma decisão de cobertura, incluindo uma exceção.



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

G4. Pedir uma decisão de cobertura, incluindo uma exceção

- Solicite o tipo de decisão de cobertura que deseja ligando para 1-844-812-6896 (TTY 711), escrevendo ou enviando um fax. Isto pode ser feito pelo membro, pelo seu representante ou pelo seu médico (ou outro prescritor). Inclua o seu nome, informações de contacto e informações sobre o pedido de reembolso.
- O membro, o seu médico (ou outro prescritor) ou outra pessoa que atue em seu nome pode solicitar uma decisão de cobertura. Também pode pedir a um advogado que atue em seu nome.
- Consulte a **Secção E3** para saber como nomear alguém como seu representante.
- Não é necessário dar permissão por escrito ao seu médico ou outro prescritor para solicitar uma decisão de cobertura em seu nome.
- Se quiser pedir o reembolso de um medicamento, consulte o **Capítulo 7** deste *Manual do Membro*.
- Se solicitar uma exceção, envie-nos uma “declaração de apoio”. A declaração de apoio inclui as razões médicas do seu médico ou outro prescritor para o pedido de exceção.
- O seu médico ou outro prescritor pode enviar-nos a declaração de apoio por fax ou correio. Também podem informar-nos por telefone e, em seguida, enviar a declaração por fax ou correio.
- Também pode enviar um pedido eletrónico de determinação de cobertura online. O formulário eletrónico está disponível no nosso website, em <https://www.nhpri.org/medicare-medicaid/integrityduals/pharmacy-benefits-2027/>. Se o seu estado de saúde assim o exigir, solicite-nos uma “decisão de cobertura rápida.”

Utilizamos os “prazos padrão”, a menos que concordemos em utilizar os “prazos rápidos”.

- Uma **decisão de cobertura padrão** significa que lhe daremos uma resposta dentro de 72 horas após recebermos a declaração do seu médico.
- Uma **decisão de cobertura rápida** significa que lhe daremos uma resposta dentro de 24 horas após recebermos a declaração do seu médico.



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

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

Pode obter uma decisão de cobertura rápida se:

- É para um medicamento que não recebeu. Não é possível obter uma decisão de cobertura rápida se nos solicitar o reembolso de um medicamento que já comprou.
- A sua saúde ou capacidade funcional seriam seriamente prejudicadas se utilizássemos os prazos padrão.

Se o seu médico ou outro prescritor nos informar que a sua saúde requer uma decisão de cobertura rápida, concordamos e concedemos essa cobertura. Enviamos-lhe uma carta a informar sobre isso.

- Se solicitar uma decisão de cobertura rápida sem o apoio do seu médico ou outro prescritor, decidimos se recebe uma decisão de cobertura rápida.
- Se decidirmos que a sua condição médica não cumpre os requisitos para uma decisão de cobertura rápida, utilizamos os prazos padrão.
 - Enviamos-lhe uma carta a informar sobre isso. A carta também informa como apresentar uma reclamação sobre a nossa decisão.
 - Pode apresentar uma reclamação rápida e obter uma resposta em 24 horas. Para obter mais informações sobre como apresentar reclamações, incluindo reclamações rápidas, consulte a **Secção K**.

Prazos para uma decisão de cobertura rápida

- Se utilizarmos os prazos rápidos, devemos dar-lhe a nossa resposta no prazo de 24 horas após recebermos o seu pedido. Se solicitar uma exceção, dar-lhe-emos a nossa resposta no prazo de 24 horas após recebermos a declaração de apoio do seu médico. Damos-lhe a nossa resposta mais cedo se a sua saúde assim o exigir.
- Se não cumprirmos esse prazo, enviamos o seu pedido para o Nível 2 do processo de recurso para revisão por uma IRO. Consulte a **Secção G6** para obter mais informações sobre um Recurso de Nível 2.



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

- Se **aceitarmos** parte ou a totalidade do seu pedido, concederemos a cobertura no prazo de 24 horas após recebermos o seu pedido ou a declaração de apoio do seu médico.
- Se **recusarmos** parte ou a totalidade do seu pedido, enviar-lhe-emos uma carta com as razões. A carta também informa como pode apresentar um recurso.

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

- Se utilizarmos os prazos padrão, devemos dar-lhe a nossa resposta no prazo de 72 horas após recebermos o seu pedido. Se solicitar uma exceção, dar-lhe-emos a nossa resposta no prazo de 72 horas após recebermos a declaração de apoio do seu médico. Damos-lhe a nossa resposta mais cedo se a sua saúde assim o exigir.
- Se não cumprirmos esse prazo, enviamos o seu pedido para o Nível 2 do processo de recurso para revisão por uma IRO.
- Se **aceitarmos** parte ou a totalidade do seu pedido, concederemos a cobertura no prazo de 72 horas após recebermos o seu pedido ou a declaração de apoio do seu médico para uma exceção.
- Se **recusarmos** parte ou a totalidade do seu pedido, enviar-lhe-emos uma carta com as razões. A carta também informa como apresentar um recurso.

Prazos para uma decisão padrão de cobertura 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, enviamos o seu pedido para o Nível 2 do processo de recurso para revisão por uma IRO.
- Se **aceitarmos** parte ou a totalidade do seu pedido, reembolsá-lo-emos no prazo de 14 dias consecutivos.
- Se **recusarmos** parte ou a totalidade do seu pedido, enviar-lhe-emos uma carta com as razões. A carta também informa como apresentar um recurso.



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

G5. Apresentar um Recurso de Nível 1

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

- Inicie o seu **recurso padrão** ou **rápido** ligando para o número 1-844-812-9896 (TTY 711), escrevendo ou enviando um fax. Isto pode ser feito pelo membro, pelo seu representante ou pelo seu médico (ou outro prescritor). Inclua o seu nome, informações de contacto e informações relativas ao seu recurso.
- Deve solicitar um recurso **no prazo de 65 dias consecutivos** a partir da data da carta que enviámos para lhe comunicar a nossa decisão.
- Se não cumprir o prazo e tiver uma razão plausível, talvez lhe possamos dar mais tempo para apresentar o seu recurso. Exemplos de razões válidas incluem situações como ter tido uma doença grave ou termos fornecido informações incorretas sobre o prazo. Explique a razão do atraso do seu recurso quando o apresentar.
- Tem o direito de nos pedir uma cópia das informações referentes ao seu recurso. O membro e o seu médico também podem fornecer-nos mais informações para fundamentar o seu recurso.

Se a sua saúde exigir, solicite um recurso rápido.

Um recurso rápido é também designado por “**redeterminação acelerada**”.

- Se 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 um recurso rápido são os mesmos do que para uma decisão de cobertura rápida. Consulte a **Secção G4** para obter mais informações.

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

- Revemos o seu recurso e examinamos novamente todas as informações sobre o seu pedido de cobertura.
- Verificamos se seguimos as regras quando **recusamos** o seu pedido.



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

- Podemos contactá-lo a si, ao seu médico ou a outro prescritor para obtermos mais informações.

Prazos para um recurso rápido no Nível 1

- Se utilizarmos os prazos rápidos, devemos dar-lhe a nossa resposta **no prazo de 72 horas** após recebermos o seu recurso.
 - Damos-lhe a nossa resposta mais cedo se a sua saúde assim o exigir.
 - Se não lhe dermos uma resposta no prazo de 72 horas, devemos enviar o seu pedido para o Nível 2 do processo de recurso. Em seguida, uma IRO analisa-o. Consulte a **Secção G6** para obter informações sobre a organização de revisão e o processo de recurso de Nível 2.
- Se **aceitarmos** parte ou a totalidade do seu pedido, devemos fornecer a cobertura acordada no prazo de 72 horas após recebermos o seu recurso.
- Se **recusarmos** parte ou a totalidade do seu pedido, enviamos-lhe uma carta a explicar as razões e a informar sobre como pode recorrer da decisão.

Prazos para um recurso padrão no Nível 1

- Se utilizarmos os prazos padrão, teremos de lhe dar a nossa resposta **no prazo de sete dias consecutivos** após recebermos o seu recurso relativo a um medicamento que não recebeu.
- Tomaremos uma decisão mais cedo se não tiver obtido o medicamento e o seu estado de saúde assim o exigir. Se acredita que a sua saúde o exige, solicite um recurso rápido.
 - Se não lhe dermos uma decisão no prazo de sete dias consecutivos, teremos de enviar o seu pedido para o Nível 2 do processo de recurso. Em seguida, uma IRO analisa-o. Consulte a **Secção G6** para obter informações sobre a organização de revisão e o processo de recurso de Nível 2.

Se **aceitarmos** parte ou a totalidade do seu pedido:

- Devemos **fornecer a cobertura** que concordámos em fornecer tão rapidamente quanto a sua saúde exigir, mas **no prazo máximo de sete dias consecutivos** após recebermos o seu recurso.
- Devemos **enviar-lhe o pagamento** pelo medicamento que comprou **no prazo de 30 dias consecutivos** após recebermos o seu recurso.



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Se **recusarmos** parte ou a totalidade do seu pedido:

- Enviamos-lhe uma carta a explicar as razões e a informar sobre como pode recorrer da decisão.
- Devemos dar-lhe a nossa resposta sobre o reembolso de um medicamento que comprou **no prazo de 14 dias consecutivos** após recebermos o seu recurso.
 - Se não lhe dermos uma decisão no prazo de 14 dias consecutivos, devemos enviar o seu pedido para o Nível 2 do processo de recurso. Em seguida, uma IRO analisa-o. Consulte a **Secção G6** para obter informações sobre a organização de revisão e o processo de recurso de Nível 2.
- Se **aceitarmos** parte ou a totalidade do seu pedido, devemos efetuar o pagamento no prazo de 30 dias consecutivos após a receção do seu pedido.
- Se **recusarmos** parte ou a totalidade do seu pedido, enviamos-lhe uma carta a explicar as razões e a informar sobre como pode recorrer da decisão.

G6. Apresentar um Recurso de Nível 2

Se **recusarmos** o seu Recurso de Nível 1, pode aceitar a nossa decisão ou apresentar outro recurso. Se decidir apresentar outro recurso, deverá utilizar o processo de recurso de Nível 2. O **IRO** revê a nossa decisão quando **recusamos** o seu primeiro recurso. Esta organização decide se devemos alterar a nossa decisão.

O nome formal da “Organização de Revisão Independente (Independent Review Organization, IRO)” é “**Entidade de Revisão Independente**”, por vezes designada por “**IRE**”.

Para apresentar um Recurso de Nível 2, o membro, o seu representante, o seu médico ou outro prescriptor devem contactar a IRO **por escrito** e solicitar uma revisão do seu caso.

- Se **recusarmos** o seu Recurso de Nível 1, a carta que lhe enviarmos incluirá **instruções sobre como apresentar um Recurso de Nível 2** junto da IRO. As instruções indicam quem pode apresentar o Recurso de Nível 2, quais os prazos que deve cumprir e como contactar a organização.
- Quando apresenta um recurso à IRO, enviamos as informações que temos sobre o seu recurso à organização. Essas informações são designadas por “processo”. **Tem direito a uma cópia gratuita do seu processo.**



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

- Tem o direito de fornecer informações adicionais à IRO para fundamentar o seu recurso.

A IRO revê o seu Recurso de Nível 2 do Medicare Part D e dá-lhe uma resposta por escrito. Consulte a **Secção F4** para obter mais informações sobre a IRO.

Prazos para um recurso rápido no Nível 2

Se a sua saúde assim o exigir, solicite à IRO um recurso rápido.

- Se concordarem com um recurso rápido, devem dar-lhe uma resposta **no prazo de 72 horas** após receberem o seu pedido de recurso.
- Se **aceitarem** parte ou a totalidade do seu pedido, devemos fornecer a cobertura de medicamentos aprovada **no prazo de 24 horas** após recebermos a decisão da IRO.

Prazos para um recurso padrão no Nível 2

Se tiver um recurso padrão no Nível 2, a IRO deve dar-lhe uma resposta:

- **no prazo de sete dias consecutivos** após receber o seu recurso por um medicamento que não recebeu.
- **no prazo de 14 dias consecutivos** após receber o seu recurso para reembolso de um medicamento que comprou.

Se a IRO **aceitar** parte ou a totalidade do seu pedido:

- Devemos fornecer a cobertura de medicamentos aprovada **no prazo de 72 horas** após recebermos a decisão da IRO.
- Devemos reembolsá-lo pelo medicamento que comprou no prazo de 30 dias consecutivos após recebermos a decisão da IRO.
- Se a IRO **recusar** o seu recurso, isso significa que concorda com a nossa decisão de não aprovar o seu pedido. É o que se designa por “manter a decisão” ou “rejeitar o seu recurso”.

Se a IRO **recusar** o seu Recurso de Nível 2, tem direito a um Recurso de Nível 3 se o valor monetário da cobertura de medicamentos que solicita atingir um valor monetário mínimo. Se o valor monetário da cobertura de medicamentos que solicitou for inferior ao mínimo exigido, não poderá apresentar outro recurso. Nesse caso, a decisão do Recurso de Nível 2 é definitiva. A IRO enviará uma carta a informar o valor monetário mínimo necessário para continuar com um Recurso de Nível 3.



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Se o valor monetário do seu pedido cumprir o requisito, decide se pretende dar seguimento ao recurso.

- Existem três níveis adicionais no processo de recurso após o Nível 2.
- Se a IRO **recusar** o seu Recurso de Nível 2 e cumprir os requisitos para continuar o processo de recurso, deve:
 - Decidir se deseja apresentar um Recurso de Nível 3.
 - Consultar a carta que a IRO lhe enviou após o seu Recurso de Nível 2 para obter detalhes sobre como apresentar um Recurso de Nível 3.

Um ALJ ou juiz de recurso trata dos Recursos de Nível 3. Consulte a **Secção J** para obter informações sobre os Recursos de Nível 3, 4 e 5.

H. Pedir-nos para cobrir um internamento hospitalar mais longo

Quando é internado num hospital, tem direito a receber todos os serviços hospitalares que cobrimos e que são necessários para diagnosticar e tratar a sua doença ou lesão. Para obter mais informações sobre a cobertura hospitalar do nosso plano, consulte o **Capítulo 4** deste *Manual do Membro*.

Durante o seu internamento hospitalar coberto, o seu médico e a equipa do hospital trabalham 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”.
- O seu médico ou a equipa do hospital informarão a sua data de alta.

Se achar que está a ser solicitado a deixar o hospital muito cedo ou se estiver preocupado com os cuidados após a alta, pode solicitar um internamento hospitalar mais longo. Esta secção informa-o acerca de como apresentar esse pedido.

H1. Informações sobre os seus direitos no Medicare

Dentro de dois dias após a sua admissão no hospital, alguém do hospital, como um enfermeiro ou assistente social, irá entregar-lhe um aviso por escrito designado por “Mensagem importante do Medicare sobre os seus direitos”. Todos os beneficiários do Medicare recebem uma cópia deste aviso sempre que são internados num hospital.

Se não receber o aviso, peça-o a qualquer funcionário do hospital. Se precisar de ajuda, ligue para os Serviços para Membros através dos números indicados no final da página. Também



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

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

- **Leia o aviso** com atenção e faça perguntas se não compreender. O aviso informa sobre os seus direitos como paciente em regime de internamento, incluindo os seus direitos a:
 - Obter serviços cobertos pelo Medicare durante e após o seu internamento hospitalar. Tem o direito de saber quais são esses serviços, quem os pagará e onde os pode obter.
 - Participar de todas as decisões sobre a duração do seu internamento hospitalar.
 - Saber onde relatar quaisquer preocupações que tenha sobre a qualidade dos cuidados hospitalares.
 - Recorrer se achar que está a receber alta do hospital muito cedo.
- **Assinar o aviso** para mostrar que o recebeu e compreende os seus direitos.
 - O membro ou alguém agindo em seu nome pode assinar o aviso.
 - Assinar o aviso **apenas** mostra que recebeu as informações sobre os seus direitos. Assinar **não** significa que concorda com a data de alta que o seu médico ou a equipa hospitalar lhe tenham comunicado.
- **Guarde a sua cópia** do aviso assinado para ter as informações caso precise delas.

Se assinar o aviso mais de dois dias antes do dia em que sair do hospital, receberá outra cópia antes de receber alta.

Pode consultar uma cópia do aviso com antecedência se:

- Ligar para os Serviços para Membros através dos números indicados no final da página
- Ligar para o Medicare através do número 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227). Os utilizadores de TTY devem ligar para o número 1-877-486-2048.
- Visite www.cms.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im.



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

H2. Apresentar um Recurso de Nível 1

Para solicitar que cubramos os seus serviços hospitalares em regime de internamento por um período mais longo, apresente um recurso. A Organização de Melhoria da Qualidade (Quality Improvement Organization, QIO) analisa o Recurso de Nível 1 para determinar se a data de alta planeada é clinicamente adequada para si.

A QIO é um grupo de médicos e outros profissionais de cuidados de saúde pagos pelo governo federal. Esses especialistas verificam e ajudam a melhorar a qualidade dos serviços prestados às pessoas com Medicare. Não fazem parte do nosso plano.

Em Rhode Island, a QIO é a Acentra Health. Ligue para o 1-888-319-8452. As informações de contacto também constam do aviso “Mensagem Importante do Medicare Sobre os seus Direitos” e no **Capítulo 2**.

Ligue para a QIO antes de sair do hospital e, no máximo, até à data de alta prevista.

- **Se ligar antes de sair**, poderá permanecer no hospital após a data prevista de alta sem pagar por isso enquanto aguarda a decisão da QIO sobre o seu recurso.
- **Se não ligar para recorrer** e decidir permanecer no hospital após a data prevista de alta, poderá pagar todos os custos dos cuidados hospitalares que receber após a data prevista de alta.

Peça ajuda se precisar. Se tiver dúvidas ou precisar de ajuda a qualquer momento:

- Ligue para os Serviços para Membros através dos números indicados no final da página.
- Ligue para o Programa Estadual de Assistência ao Seguro de Saúde (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) através do número 1-888-884-8721.

Pedir uma revisão rápida. Aja rapidamente e entre em contacto com a QIO para solicitar uma revisão rápida da sua alta hospitalar.

O termo jurídico para “revisão rápida” é “revisão imediata” ou “revisão acelerada”.

O que acontece durante a revisão rápida



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

- Os revisores da QIO perguntam ao membro ou ao seu representante por que razão acha que a cobertura deve continuar após a data de alta planeada. Não é obrigatório escrever uma declaração, mas pode fazê-lo.
- Os revisores analisam as suas informações médicas, conversam com o seu médico e analisam as informações que o hospital e o nosso plano lhes forneceram.
- Ao meio-dia do dia seguinte ao dia em que os revisores informarem o nosso plano sobre o seu recurso, receberá uma carta com a data de alta planeada. A carta também apresenta as razões pelas quais o seu médico, o hospital e nós achamos que essa é a data de alta correta e clinicamente adequada para si.

O termo jurídico para esta explicação por escrito é “**Aviso Detalhado de Alta Hospitalar**”. Pode obter uma amostra ligando para os Serviços para Membros através dos números indicados no final da página ou para o número 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). (Os utilizadores de TTY devem ligar para 1-877-486-2048.) Também pode consultar um modelo de aviso online em www.cms.gov/medicare/forms-notice/beneficiary-notice-initiative/ffs-ma-im.

No prazo de um dia útil após obter todas as informações necessárias, a QIO dará uma resposta ao seu recurso.

Se a QIO **aceitar** o seu recurso:

- Forneceremos os seus serviços hospitalares em regime de internamento cobertos enquanto forem clinicamente necessários.

Se a QIO **recusar** o seu recurso:

- Acreditam que a data de alta planeada é clinicamente adequada.
- A nossa cobertura para os seus serviços em regime de internamento terminará ao meio-dia do dia seguinte ao dia em que a QIO lhe der a resposta ao seu recurso.
- Poderá ter de pagar o custo total dos cuidados hospitalares recebidos após o meio-dia do dia seguinte ao da resposta da QIO ao seu recurso.
- Pode apresentar um Recurso de Nível 2 se a QIO recusar o seu Recurso de Nível 1 e permanecer no hospital após a data de alta planeada.



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

H3. Apresentar um Recurso de Nível 2

Para um Recurso de Nível 2, deve solicitar à QIO que analise novamente a decisão tomada no seu Recurso de Nível 1. Ligue para o 1-888-319-8452.

Deve solicitar esta revisão **no prazo de 60 dias consecutivos** após a data em que a QIO **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.

Os revisores da QIO irão:

- Analise novamente com atenção todas as informações relacionadas com o seu recurso.
- Informa-o sobre a decisão relativa ao seu Recurso de Nível 2 no prazo de 14 dias consecutivos a partir da data de receção do seu pedido de segunda revisão.

Se a QIO **aceitar** o seu recurso:

- Devemos reembolsar o membro pelos custos com cuidados hospitalares desde o meio-dia do dia seguinte à data em que a QIO indeferiu o seu Recurso de Nível 1.
- Forneceremos os seus serviços hospitalares em regime de internamento cobertos enquanto forem clinicamente necessários.

Se a QIO **recusar** o seu recurso:

- Concordam com a decisão sobre o seu Recurso de Nível 1 e não a alterarão.
- Fornecem uma carta que informa o que pode fazer se quiser continuar o processo de recurso e apresentar um Recurso de Nível 3.

Um ALJ ou juiz de recurso trata dos Recursos de Nível 3. Consulte a **Secção J** para obter informações sobre os Recursos de Nível 3, 4 e 5.

I. Pedir-nos para continuar a cobrir determinados serviços médicos

Esta secção trata apenas de três tipos de serviços que poderá obter:

- serviços de cuidados de saúde ao domicílio
- cuidados de enfermagem especializada numa instituição de enfermagem especializada, e



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

- cuidados de reabilitação em regime de ambulatório num centro CORF aprovado pelo Medicare. Isso geralmente significa que está a receber tratamento para uma doença ou acidente ou que está a recuperar de uma operação cirúrgica delicada.

Com qualquer um desses três tipos de serviços, tem o direito de receber os serviços cobertos pelo plano enquanto o médico determinar que precisa deles.

Quando decidirmos deixar de cobrir qualquer um desses serviços, devemos informá-lo **antes** do término dos seus serviços. Quando a cobertura desse serviço terminar, deixaremos de os pagar.

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.

I1. Aviso prévio antes do término da sua cobertura

Enviamos-lhe um aviso por escrito pelo menos dois dias antes de deixarmos de pagar pelos seus cuidados de saúde. É o que se designa por “Aviso de Não Cobertura pelo Medicare”. O aviso informa a data em que deixaremos de cobrir os seus cuidados e como recorrer da nossa decisão.

O membro ou o seu representante devem assinar o aviso para confirmar que o receberam. Assinar o aviso **apenas** confirma que recebeu a informação. Assinar **não** significa que concorda com a nossa decisão.

I2. Apresentar um Recurso de Nível 1

Se considerar que estamos a encerrar a cobertura dos seus cuidados médicos prematuramente, pode recorrer da nossa decisão. Esta secção informa-o sobre o processo de Recurso de Nível 1 e o que fazer.

- **Cumpra os prazos.** Os prazos são importantes. Compreenda e cumpra os prazos aplicáveis às tarefas que deve realizar. O nosso plano também deve respeitar os prazos. Se considerar que não estamos a cumprir os nossos prazos, pode apresentar uma reclamação. Consulte a **Secção K** para obter mais informações sobre reclamações.
- **Peça ajuda se precisar.** Se tiver dúvidas ou precisar de ajuda a qualquer momento:
 - Ligue para os Serviços para Membros através dos números indicados no final da página.



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

- Ligue para o Programa Estadual de Assistência ao Seguro de Saúde (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) através do número 1-888-884-8721.
- **Entre em contacto com a QIO.**
 - Consulte a **Secção H2** ou o **Capítulo 2** deste *Manual do Membro* para obter mais informações sobre a QIO e como entrar em contacto com ela.
 - Peça-lhes para analisar o seu recurso e decidir se alteram a decisão do nosso plano.
- **Aja rapidamente e solicite um “recurso de urgência.** Pergunte à QIO se é clinicamente adequado encerrarmos a cobertura dos seus serviços médicos.

Prazo para entrar em contacto com esta organização

- Deve contactar a QIO para iniciar o seu recurso até ao meio-dia do dia anterior à data efetiva indicada no “Aviso de Não Cobertura pelo Medicare” que lhe enviámos.

O termo jurídico para o aviso por escrito é “**Aviso de Não Cobertura pelo Medicare**”.

Para obter uma cópia de amostra, ligue para os Serviços para Membros através dos números indicados no final da página ou ligue para o Medicare através do número 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Os utilizadores de TTY devem ligar para o número 1-877-486-2048. Ou obtenha uma cópia online em www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/FFS-Expedited-Determination-Notices.

O que acontece durante um recurso de urgência

- Os revisores da QIO perguntam ao membro ou ao seu representante por que razão acha que a cobertura deve continuar. Não é obrigatório escrever uma declaração, mas pode fazê-lo.
- Os revisores analisam as suas informações médicas, conversam com o seu médico e analisam as informações que o nosso plano lhes forneceu.
- O nosso plano também lhe envia um aviso por escrito a explicar as razões para encerrar a cobertura dos seus serviços. Receberá o aviso até ao final do dia em que os revisores nos informarem sobre o seu recurso.



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

O termo jurídico para a explicação do aviso é “**Explicação Detalhada de Não Cobertura**”.

- Os revisores comunicam a sua decisão no prazo de um dia útil após obterem todas as informações necessárias.

Se a QIO **aceitar** o seu recurso:

- Forneceremos os serviços cobertos enquanto forem clinicamente necessários.

Se a QIO **recusar** o seu recurso:

- A sua cobertura termina na data em que o informámos.
- Deixaremos de pagar os custos destes cuidados na data indicada no aviso.
- Pagará o custo total desses cuidados se decidir continuar com os cuidados de saúde ao domicílio, cuidados em instalações de enfermagem especializada ou serviços CORF após a data em que a sua cobertura terminar
- Decide se pretende continuar com esses serviços e apresentar um Recurso de Nível 2.

I3. Apresentar um Recurso de Nível 2

Para um Recurso de Nível 2, deve solicitar à QIO que analise novamente a decisão tomada no seu Recurso de Nível 1. Ligue para o 1-888-319-8452.

Deve solicitar esta revisão **no prazo de 60 dias consecutivos** após a data em que a QIO **recusou** o seu Recurso de Nível 1. **Só** pode solicitar essa revisão se continuar com os cuidados após a data em que a sua cobertura para os cuidados terminou.

Os revisores da QIO irão:

- Analise novamente com atenção todas as informações relacionadas com o seu recurso.
- Informa-o sobre a decisão relativa ao seu Recurso de Nível 2 no prazo de 14 dias consecutivos a partir da data de receção do seu pedido de segunda revisão.

Se a QIO **aceitar** o seu recurso:

- Reembolsamos os custos dos cuidados que recebeu desde a data em que informamos que a sua cobertura terminaria.



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

- Forneceremos cobertura para os cuidados enquanto forem clinicamente necessários.

Se a QIO **recusar** o seu recurso:

- Concordam com a nossa decisão de encerrar os seus cuidados e não a alterarão.
- Fornecem uma carta que informa o que pode fazer se quiser continuar o processo de recurso e apresentar um Recurso de Nível 3.

Um ALJ ou juiz de recurso trata dos Recursos de Nível 3. Consulte a **Secção J** para obter informações sobre os Recursos de Nível 3, 4 e 5.

J. Levar o seu recurso para além do Nível 2

J1. Próximos passos para serviços e itens do Medicare

Se apresentou um Recurso de Nível 1 e um Recurso de Nível 2 para serviços ou itens do Medicare e ambos os seus recursos foram recusados, poderá ter direito a níveis adicionais de recurso.

Se o valor monetário do serviço ou item do Medicare que recorreu não atingir um determinado valor monetário mínimo, não poderá continuar com o recurso. Se o valor monetário for alto o suficiente, pode continuar o processo de recurso. A carta que receberá da IRO para o seu recurso de Nível 2 explica quem contactar e o que fazer para solicitar um recurso de Nível 3.

Recurso de Nível 3

O Nível 3 do processo de recurso é uma audiência perante um ALJ. A pessoa que toma a decisão é um ALJ ou um juiz de recurso que trabalha para o governo federal.

Se o ALJ ou o juiz de recurso **aceitar** o seu recurso, temos o direito de recorrer de uma decisão de Nível 3 que seja favorável para o membro.

- Se decidirmos **recorrer** da decisão, enviaremos uma cópia do pedido de Recurso de Nível 4 com todos os documentos anexos. Podemos aguardar pela decisão do Recurso de Nível 4 antes de autorizar ou fornecer o serviço em disputa.
- Se decidirmos **não recorrer** da decisão, devemos autorizar ou fornecer o serviço dentro de 60 dias consecutivos após recebermos a decisão do ALJ ou do juiz de recurso.



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

- Se o ALJ ou o juiz de recurso **recusar** o seu recurso, o processo de recurso pode não estar encerrado.
- Se decidir **aceitar** esta decisão que rejeita o seu recurso, o processo de recurso está encerrado.
- Se decidir **não aceitar** esta decisão que rejeita o seu recurso, pode prosseguir 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) revê o seu recurso e dá-lhe uma resposta. O Conselho faz parte do governo federal.

Se o Conselho **aceitar** o seu Recurso de Nível 4 ou recusar o nosso pedido de revisão de uma decisão de Recurso de Nível 3 favorável para si, temos o direito de recorrer para o Nível 5.

- Se decidirmos **recorrer** da decisão, informá-lo-emos por escrito.
- Se decidirmos **não recorrer** da decisão, devemos autorizar ou fornecer-lhe o serviço no prazo de 60 dias consecutivos após recebermos a decisão do Conselho.

Se o Conselho **recusar** ou negar o nosso pedido de revisão, o processo de recurso pode não estar encerrado.

- Se decidir **aceitar** esta decisão que rejeita o seu recurso, o processo de recurso está encerrado.
- Se decidir **não aceitar** esta decisão que rejeita o seu recurso, poderá continuar para o próximo nível do processo de revisão. O aviso que receber informará se pode avançar para um Recurso de Nível 5 e o que deve fazer.

Recurso de Nível 5

- Um juiz do Tribunal Federal Distrital analisará o seu recurso e todas as informações fornecidas e, em seguida, tomará uma decisão **positiva** ou **negativa**. Esta é a decisão final. Não há outros níveis de recurso além do Tribunal Federal Distrital.

J2. Recursos adicionais do Rhode Island Medicaid

Também tem outros direitos de recurso se o seu recurso for sobre serviços ou itens que o Rhode Island Medicaid normalmente cobre. A carta que receberá do gabinete da Audiência Justa irá informá-lo sobre o que fazer se quiser continuar com o processo de recurso. O Nível 3



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

do processo de recurso para um serviço, item ou medicamento do Medicaid é no Tribunal Estadual.

J3. Níveis de Recurso 3, 4 e 5 para Pedidos de Medicamentos do Medicare 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 seus recursos tiverem sido recusados.

Se o valor do medicamento que recorreu atingir um determinado valor monetário, poderá avançar para níveis adicionais de recurso. A resposta por escrito que receberá ao seu Recurso de Nível 2 explica quem contactar e o que fazer para solicitar um Recurso de Nível 3.

Recurso de Nível 3

O Nível 3 do processo de recurso é uma audiência perante um ALJ. A pessoa que toma a decisão é um ALJ ou um juiz de recurso que trabalha para o governo federal.

Se o ALJ ou o juiz de recurso **aceitar** o seu recurso:

- O processo de recurso está concluído.
- Devemos autorizar ou fornecer a cobertura de medicamentos aprovada dentro de 72 horas (ou 24 horas para um recurso acelerado) ou efetuar o pagamento no prazo máximo de 30 dias consecutivos após recebermos a decisão.

Se o ALJ ou o juiz de recurso **recusar** o seu recurso, o processo de recurso pode não estar encerrado.

- Se decidir **aceitar** esta decisão que rejeita o seu recurso, o processo de recurso está encerrado.
- Se decidir **não aceitar** esta decisão que rejeita o seu recurso, pode prosseguir 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 analisa o seu recurso e dá-lhe uma resposta. O Conselho faz parte do governo federal.

Se o Conselho **aceitar** o seu recurso:

- O processo de recurso está concluído.



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

- Devemos autorizar ou fornecer a cobertura de medicamentos aprovada dentro de 72 horas (ou 24 horas para um recurso acelerado) ou efetuar o pagamento no prazo máximo de 30 dias consecutivos após recebermos a decisão.

Se o Conselho **recusar** o seu recurso ou se o Conselho negar o pedido de revisão, o processo de recurso pode não estar encerrado.

- Se decidir **aceitar** a decisão que indefere o seu recurso, o processo de recurso está encerrado.
- Se decidir **não aceitar** esta decisão que rejeita o seu recurso, poderá continuar para o próximo nível do processo de revisão. O aviso que receber informará se pode avançar para um Recurso de Nível 5 e o que deve fazer.

Recurso de Nível 5

- Um juiz do Tribunal Federal Distrital analisará o seu recurso e todas as informações fornecidas e, em seguida, tomará uma decisão **positiva** ou **negativa**. Esta é a decisão final. Não há outros níveis de recurso além do Tribunal Federal Distrital.

K. Como apresentar uma reclamação

K1. Que tipo de problemas devem ser objeto de reclamação

O processo de reclamação é utilizado apenas para determinados tipos de problemas, tais como problemas relacionados com a qualidade dos cuidados, tempos de espera, coordenação dos cuidados e atendimento ao cliente. Seguem-se alguns exemplos dos tipos de problemas tratados pelo processo de reclamação.

Reclamação	Exemplo
Qualidade dos seus cuidados médicos	• Está insatisfeito com a qualidade dos cuidados, como os cuidados que recebeu no hospital.
Respeito pela sua privacidade	• Acha que alguém não respeitou o seu direito à privacidade ou divulgou informações confidenciais sobre si.



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Reclamação	Exemplo
Desrespeito, mau apoio ao cliente ou outros comportamentos negativos	• Um prestador de cuidados de saúde ou membro da equipa foi rude ou desrespeitoso consigo. • A nossa equipa tratou-o mal. • Acha que está a ser excluído do nosso plano.
Acessibilidade e assistência linguística	• Não pode aceder fisicamente aos serviços e instalações e serviços de cuidados de saúde num consultório médico ou de um prestador. • O seu médico ou prestador não disponibiliza um intérprete para a língua que fala que não seja o inglês (como a língua gestual americana ou o espanhol). • O seu prestador não lhe oferece outras adaptações razoáveis de que necessita e que solicita.
Tempos de espera	• Tem dificuldade em conseguir uma consulta ou espera demasiado tempo para a conseguir. • Os médicos, farmacêuticos ou outros profissionais de saúde, os Serviços para Membros ou outros funcionários do plano fazem-no esperar demasiado tempo.
Limpeza	• Considera que a clínica, o hospital ou o consultório médico não são limpos.
Informações que recebe da nossa parte	• Considera que não lhe enviámos um aviso ou uma carta que deveria ter recebido. • Considera que as informações escritas que lhe enviámos são demasiado difíceis de compreender.



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Reclamação	Exemplo
Pontualidade relacionada com decisões de cobertura ou recursos	- Acha que não cumprimos os nossos prazos para tomar uma decisão de cobertura ou responder ao seu recurso. - Considera que, após obter uma decisão de cobertura ou recurso a seu favor, não cumprimos os prazos para aprovar ou prestar-lhe o serviço ou reembolsá-lo por determinados serviços médicos. - Considera que não enviámos o seu caso à IRO atempadamente.

Existem diferentes tipos de reclamações. Pode apresentar uma reclamação interna e/ou uma reclamação externa. Uma reclamação interna é apresentada e analisada pelo nosso plano. Uma reclamação externa é apresentada e analisada por uma organização não afiliada ao nosso plano. Se precisar de ajuda para apresentar uma reclamação interna e/ou externa, pode ligar para os Serviços para Membros através do número 1-844-812-6896 (TTY 711) ou para o Provedor de Cuidados de Saúde da RIPIN através do número 1-855-747-3224 (TTY 711).

O termo jurídico para uma “reclamação” é “**queixa**”.

O termo jurídico para “apresentar uma reclamação” é “**apresentar uma queixa**”.

K2. Reclamações internas

Para apresentar uma reclamação interna, ligue para os Serviços para Membros através do número 1-844-812-6896 (TTY 711). Pode apresentar a reclamação a qualquer momento, a menos que seja sobre um medicamento da Medicare Part D. Se a reclamação for sobre um medicamento do Medicare Part D, deve apresentá-la **no prazo de 60 dias consecutivos** após ter ocorrido o problema sobre o qual deseja reclamar.

- Se houver mais alguma coisa que precise fazer, os Serviços para Membros irão informá-lo.
- Também pode escrever a sua reclamação e enviá-la para nós. Se apresentar a sua reclamação por escrito, responderemos à sua reclamação por escrito.



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

O termo jurídico para “reclamação rápida” é “**queixa acelerada**”.

Se possível, responderemos imediatamente. Se nos contactar por telefone com uma reclamação, talvez possamos dar-lhe uma resposta na mesma chamada telefónica. Se o seu estado de saúde exigir que respondamos rapidamente, faremos isso.

- Respondemos à maioria das reclamações no prazo de 30 dias consecutivos. Se não tomarmos uma decisão no prazo de 30 dias consecutivos porque precisamos de mais informações, notificá-lo-emos por escrito. Também fornecemos uma atualização do estado e o tempo estimado para receber a resposta.
- Se apresentar uma reclamação porque recusámos o seu pedido de uma “decisão de cobertura rápida” ou um “recurso rápido”, concedemos-lhe automaticamente uma “reclamação rápida” e respondemos à sua reclamação no prazo de 24 horas.
- Se apresentar uma reclamação porque demorámos mais tempo do que o previsto para tomar uma decisão de cobertura ou recurso, atribuímos-lhe automaticamente uma “reclamação rápida” e respondemos à sua reclamação no prazo de 24 horas.

Se não concordarmos com parte ou com a totalidade da sua reclamação, informá-lo-emos e apresentaremos as nossas razões. Respondemos independentemente de concordarmos ou não com a reclamação.

K3. Reclamações externas

Medicare

Pode comunicar a sua reclamação ao Medicare ou enviá-la para o Medicare. O Formulário de Reclamação do Medicare está disponível em: www.medicare.gov/my/medicare-complaint. Não é necessário apresentar uma reclamação ao Neighborhood INTEGRITY for Duals antes de apresentar uma reclamação ao Medicare.

O Medicare leva as suas reclamações a sério e utilizará essas informações para ajudar a melhorar a qualidade do programa Medicare.

Se tiver outros comentários ou preocupações, ou se achar que o plano de saúde não está a resolver o seu problema, também pode ligar para 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Os utilizadores de TTY devem ligar para 1-877-486-2048. A chamada é gratuita.



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Pode comunicar a sua reclamação ao Departamento de Saúde de Rhode Island ou ao Gabinete do Comissário de Seguros de Saúde (Office of the Health Insurance Commissioner, OHIC) de Rhode Island.

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).**Gabinete para os Direitos Civis (Office for Civil Rights, OCR)**

Pode apresentar uma reclamação ao OCR do Departamento de Saúde e Serviços Humanos (Department of Health and Human Services, HHS) se considerar que não foi tratado de forma justa. Por exemplo, pode apresentar uma reclamação sobre acesso para pessoas com deficiência ou assistência linguística. O número de telefone do OCR é 1-800-368-1019. Os utilizadores de TTY devem ligar para o 1-800-537-7697. Pode visitar www.hhs.gov/ocr para obter mais informações.

Também pode entrar em contacto com o escritório local do OCR em: 1-401-462-6427 (TTY 1-800-745-6575).

Também pode ter direitos ao abrigo da Lei dos Americanos com Deficiência (Americans with Disability Act, ADA) e das Leis Gerais de Rhode Island, parágrafos 42-87. Pode contactar o número 1-800-514-0301 (TTY 1-833-610-1264).

QIO

Quando a sua reclamação é sobre a qualidade do atendimento, tem duas opções:

- Pode apresentar a sua reclamação sobre a qualidade dos cuidados diretamente à QIO.
- Pode apresentar a sua reclamação à QIO e ao nosso plano. Se apresentar uma reclamação à QIO, trabalharemos com eles para resolver a sua reclamação.

A QIO 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. Para saber mais sobre a QIO, consulte a **Secção H2** ou o **Capítulo 2** deste *Manual do Membro*.

Em Rhode Island, a QIO é designada por Acentra Health. O número de telefone da Acentra Health é 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 devem ligar para o 711.



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Capítulo 10: Cancelar a sua adesão ao nosso plano

Introdução

Este capítulo explica como pode cancelar a sua adesão ao nosso plano e quais são as suas opções de cobertura de saúde após sair do nosso plano. Se sair do nosso plano, continuará nos programas Medicare e Rhode Island Medicaid, desde que seja elegível. Os termos-chave e as suas definições aparecem por ordem alfabética no último capítulo deste *Manual do Membro*.

Índice

A. Quando pode cancelar a sua adesão ao nosso plano	240
B. Como cancelar a sua adesão ao nosso plano	241
C. Como obter os serviços do Medicare e do Rhode Island Medicaid separadamente	241
C1. Os seus serviços Medicare	241
C2. Os seus serviços Rhode Island Medicaid.....	245
D. Os seus itens médicos, serviços e medicamentos até ao fim da sua adesão ao nosso plano	246
E. Outras situações em que a sua adesão ao nosso plano termina.....	246
F. Regras contra pedir que saia do nosso plano por qualquer razão relacionada com a saúde	248
G. O seu direito de apresentar uma reclamação se cancelarmos a sua adesão ao nosso plano	248
H. Como obter mais informações sobre como cancelar a sua adesão ao plano	248



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

A. Quando pode cancelar a sua adesão ao nosso plano

A maioria das pessoas com Medicare pode terminar a sua inscrição em determinadas alturas do ano. Como tem o Rhode Island Medicaid, tem algumas opções para cancelar a sua adesão ao nosso plano, em qualquer mês do ano.

Além disso, pode cancelar a sua adesão ao nosso plano durante os seguintes períodos de cada ano:

- O **Período de Inscrição Aberta**, que decorre de 15 de outubro a 7 de dezembro. Se escolher um novo plano durante este período, a sua inscrição no nosso plano termina a 31 de dezembro e a sua inscrição no novo plano começa a 1 de janeiro.
- O **Período de Inscrição Aberta do Medicare Advantage (MA)**, que vai de 1 de janeiro a 31 de março e também para novos beneficiários do Medicare 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. Se escolher um novo plano durante este período, a sua adesão ao novo plano começa no primeiro dia do mês seguinte.

Poderá haver outras situações em que é elegível para fazer uma alteração à sua inscrição. Por exemplo, quando:

- se mudar para fora da nossa área de serviço,
- a sua elegibilidade para o Rhode Island Medicaid ou Extra Help mudou, **ou**
- se mudou recentemente, está atualmente a receber cuidados ou acabou de sair de uma instalação de enfermagem ou de um hospital de cuidados prolongados.

A sua adesão termina no último dia do mês em que recebermos o seu pedido de cancelamento do nosso plano. Por exemplo, se recebermos o seu pedido a 18 de janeiro, a sua cobertura com o nosso plano termina a 31 de janeiro. Se aderir a outro plano, a sua nova cobertura terá início no primeiro dia do mês seguinte (1 de fevereiro, neste exemplo).

Se sair do nosso plano, pode obter informações sobre as suas:

- Opções do Medicare na tabela da **Secção C1**.
- Serviços do Medicaid na **Secção C2**.

Pode obter mais informações sobre como cancelar a sua adesão ligando para:



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

- Serviços para Membros através do número de telefone indicado no final da página. O número para utilizadores de TTY também está listado.
- Medicare através do número 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Os utilizadores de TTY devem ligar para o número 1-877-486-2048.
- O Programa Estadual de Assistência ao Seguro de Saúde (State Health Insurance Assistance Program, SHIP), através do número 1-888-884-8721. Os utilizadores de TTY ligam para o 711.

NOTA: Se estiver num programa de gestão de medicamentos (drug management program, DMP), poderá não ser possível alterar os planos. Consulte o **Capítulo 5** deste *Manual do Membro* para obter informações sobre programas de gestão de medicamentos.

B. Como cancelar a sua adesão ao nosso plano

Se decidir cancelar a sua adesão, pode fazê-lo inscrevendo-se noutro plano do Medicare ou mudar para o Original Medicare. No entanto, se quiser mudar do nosso plano para o Original Medicare, mas ainda não tiver selecionado um plano de medicamentos Medicare separado, deve solicitar o cancelamento da sua adesão ao nosso plano. Existem duas formas de solicitar o cancelamento da sua inscrição:

- Pode enviar-nos um pedido por escrito. Contacte os Serviços para Membros através do número indicado no final desta página se precisar de mais informações sobre como fazer isso.
- Contacte o Medicare através do número 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Os utilizadores de TTY (pessoas com dificuldades auditivas ou de fala) devem ligar para o número 1-877-486-2048. Ao ligar para o número 1-800-MEDICARE, também pode inscrever-se noutro plano de saúde ou de medicamentos do Medicare. Mais informações sobre como obter os seus serviços Medicare ao sair do nosso plano estão disponíveis na tabela na página 238.

C. Como obter os serviços do Medicare e do Rhode Island Medicaid separadamente

Tem opções para obter os seus serviços Medicare e Medicaid se decidir sair do nosso plano.

C1. Os seus serviços Medicare

Tem três opções para obter os serviços do Medicare listados abaixo em qualquer mês do ano. Tem uma opção adicional listada abaixo durante certas épocas do ano, incluindo o **Período de**



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Inscrição Aberta e o **Período de Inscrição Aberta do Medicare Advantage** ou outras situações descritas na **Secção A**. Ao escolher uma dessas opções, encerra automaticamente a sua adesão ao nosso plano.

1. Pode mudar para: Um plano do Programa de Cuidados Integrais para Idosos (PACE), se for elegível.	Eis o que deve fazer: Contacte o Medicare através do número 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Os utilizadores de TTY devem ligar para o número 1-877-486-2048. Para consultas sobre o Programa de Cuidados Integrados para Idosos (Program of All-Inclusive Care for the Elderly, PACE), ligue para 1-877-781-7223 (TTY 1-800-745-5555). Se precisar de ajuda ou mais informações: • Ligue para o Programa Estadual de Assistência ao Seguro de Saúde (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) através do número 1-888-884-8721 (TTY 711), das 8:30 a.m. às 4 p.m., de segunda a sexta-feira. Para obter mais informações ou encontrar um escritório local do SHIP na sua área, visite www.oha.ri.gov.
---	---



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

2. Pode mudar para: Original Medicare com um plano de medicamentos Medicare separado	Eis o que deve fazer: Contacte o Medicare através do número 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Os utilizadores de TTY devem ligar para o número 1-877-486-2048. Se precisar de ajuda ou mais informações: • Ligue para o Programa Estadual de Assistência ao Seguro de Saúde (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) através do 1-888-884-8721 (TTY 711), das 8:30 a.m. às 4 p.m., de segunda a sexta-feira. Para obter mais informações ou encontrar um escritório local do SHIP na sua área, visite www.oha.ri.gov. OU Inscriva-se num novo plano de medicamentos Medicare. Será automaticamente desinscrito do nosso plano quando a sua cobertura do Original Medicare começar. Será inscrito na Taxa de Serviço (Fee for Service, FFS) do Rhode Island Medicaid para os seus serviços Medicaid.
--	--



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

3. Pode mudar para:

O Original Medicare, sem um plano de medicamentos do Medicare separado, caso tenha um motivo válido para cancelar a inscrição.

NOTA: Se mudar para o Original Medicare, e não se inscrever num plano de medicamentos Medicare separado, a Medicare poderá inscrevê-lo num plano de medicamentos, a menos que diga ao Medicare que não quer aderir.

Só deve deixar a cobertura de medicamentos se tiver cobertura de medicamentos de outra fonte, como uma entidade patronal ou sindicato. Se tiver dúvidas sobre se precisa de cobertura de medicamentos, ligue para o Programa Estadual de Assistência ao Seguro de Saúde (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) através do número 1-888-884-8721 (TTY 711), de segunda a sexta-feira, das 8:30 a.m. às 4 p.m. Para obter mais informações ou encontrar um escritório local do SHIP na sua área, visite www.oha.ri.gov.

Eis o que deve fazer:

Contacte o Medicare através do número 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Os utilizadores de TTY devem ligar para o número 1-877-486-2048.

Se precisar de ajuda ou mais informações:

- Ligue para o Programa Estadual de Assistência ao Seguro de Saúde (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) através do número 1-888-884-8721 (TTY 711), das 8:30 a.m. às 4 p.m., de segunda a sexta-feira. Para obter mais informações ou encontrar um escritório local do SHIP na sua área, visite www.oha.ri.gov.

Será automaticamente desinscrito do nosso plano quando a sua cobertura do Original Medicare começar.

Será inscrito na Taxa de Serviço (Fee for Service, FFS) do Rhode Island Medicaid para os seus serviços Medicaid.



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

4. Pode mudar para: Qualquer plano de saúde do Medicare durante determinadas alturas do ano, incluindo o Período de Inscrição Aberta e o Período de Inscrição Aberta do Medicare Advantage ou outras situações descritas na Secção A.	Eis o que deve fazer: Contacte o Medicare através do número 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Os utilizadores de TTY devem ligar para o número 1-877-486-2048. Para consultas sobre o Programa de Cuidados Integrados para Idosos (Program of All-Inclusive Care for the Elderly, PACE), ligue para 1-877-781-7223 (TTY 1-800-745-5555). Se precisar de ajuda ou mais informações: Ligue para o Programa Estadual de Assistência ao Seguro de Saúde (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) através do número 1-888-884-8721 (TTY 711), das 8:30 a.m. às 4 p.m., de segunda a sexta-feira. Para obter mais informações ou encontrar um escritório local do SHIP na sua área, visite www.oha.ri.gov. OU Inscriva-se num novo plano do Medicare. Será automaticamente cancelada a sua inscrição no nosso plano Medicare quando a cobertura do seu novo plano tiver início. Será inscrito na Taxa de Serviço (Fee for Service, FFS) do Rhode Island Medicaid para os seus serviços Medicaid.
--	--

C2. Os seus serviços Rhode Island Medicaid

Para perguntas sobre como obter os serviços do Rhode Island Medicaid, incluindo serviços e apoios de longo prazo (long-term services and supports, LTSS) após sair do nosso plano, contacte o DHS através do número 1-855-697-4347. Os utilizadores de TTY devem ligar para o



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

711. O horário de funcionamento é segunda, terça, quinta e sexta-feira, das 8:30 a.m. às 3 p.m. Pergunte como é que a adesão a outro plano ou o regresso ao Original Medicare afeta a forma como obtém a sua cobertura Rhode Island Medicaid.

D. Os seus itens médicos, serviços e medicamentos até ao fim da sua adesão ao nosso plano

Se sair do nosso plano, poderá demorar algum tempo até que a sua adesão termine e a sua nova cobertura Medicare e Medicaid comece. Durante esse período, continuará a receber os seus medicamentos e cuidados de saúde através do nosso plano até que o seu novo plano comece.

- Recorra aos prestadores da nossa rede para receber cuidados médicos.
- Recorra às farmácias da nossa rede, incluindo através dos nossos serviços de farmácia por correspondência, para aviar as suas receitas médicas.
- Se estiver hospitalizado no dia em que a sua adesão ao Neighborhood INTEGRITY for Duals terminar, o nosso plano cobrirá o seu internamento hospitalar até receber alta. Isso acontecerá mesmo que a sua nova cobertura de saúde comece antes de receber alta.

E. Outras situações em que a sua adesão ao nosso plano termina

Estes são os casos em que devemos encerrar a sua adesão ao nosso plano:

- Se houver uma interrupção na sua cobertura do Medicare Part A e Medicare Part B.
- Se já não se qualificar para o Medicaid. O nosso plano é para pessoas que se qualificam tanto para o Medicare como para o Medicaid.
- Se for elegível e estiver a participar nos programas Ticket to Work ou Sherlock Plan do Rhode Island Medicaid.
- Se for internado no Hospital Eleanor Slater ou no Hospital Psiquiátrico de Rhode Island por um período superior a sete dias.
- Se sair da nossa área de serviço.
- Se estiver fora da nossa área de serviço por mais de seis meses.



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

- Se mudar de casa ou fizer uma viagem longa, ligue para os Serviços para Membros para saber se o local para onde vai mudar ou viajar está na área de serviço do nosso plano.
- Se for preso ou encarcerado por um crime.
- Se mentir ou ocultar informações sobre outros seguros que tenha para medicamentos.
- Se não for cidadão ou nacional dos Estados Unidos, nem um não cidadão elegível.
 - Para ser membro do nosso plano, tem de ser cidadão ou nacional dos Estados Unidos, ou um não cidadão elegível.
 - Os Centros de Serviços Medicare e Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) notificam-nos se não for elegível para continuar como membro nesta base.
 - Teremos de cancelar a sua inscrição se não cumprir este requisito.

Se perder a elegibilidade para o Neighborhood INTEGRITY for Duals, mas se previr que a volte a adquirir no prazo de três meses, continuaremos a prestar todos os benefícios do Medicare cobertos pelo Neighborhood INTEGRITY for Duals. Quando a sua cobertura do Rhode Island Medicaid terminar, não pagaremos os seus benefícios do Rhode Island Medicaid. O valor que paga pelos serviços cobertos pelo Medicare pode aumentar durante este período.

Vamos ajudá-lo a recuperar a sua elegibilidade para o Rhode Island Medicaid. Se a sua elegibilidade para o Rhode Island Medicaid for restabelecida enquanto ainda estiver inscrito no nosso plano para a sua cobertura do Medicare, retomaremos o pagamento dos seus benefícios do Rhode Island Medicaid e a sua inscrição connosco continuará em vigor. Se não conseguir recuperar a elegibilidade para o Rhode Island Medicaid no prazo de três meses, iremos cancelar a sua inscrição no programa Neighborhood INTEGRITY for Duals. Se recuperar a elegibilidade para o Rhode Island Medicaid após o cancelamento da sua inscrição, terá de contactar-nos para se inscrever novamente no plano.

Só podemos fazer com que saia do nosso plano pelas seguintes razões, se obtivermos primeiro a autorização do Medicare e do Medicaid:

- Se nos fornecer intencionalmente informações incorretas ao inscrever-se no nosso plano e essas informações afetarem a sua elegibilidade para o nosso plano.



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

- Se se comportar continuamente de uma forma perturbadora e dificultar a prestação de cuidados médicos a si e a outros membros do nosso plano.
- Se deixar outra pessoa utilizar o seu Cartão de Membro para obter cuidados médicos. (O Medicare poderá solicitar ao Inspetor Geral que investigue o seu caso se encerrarmos a sua adesão por esse motivo.)

F. Regras contra pedir que saia do nosso plano por qualquer razão relacionada com a saúde

Não podemos pedir que saia do nosso plano por qualquer razão relacionada com a sua saúde. Se considera que estamos a pedir que saia 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 devem ligar para o 1-877-486-2048.

G. O seu 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. Também pode consultar o **Capítulo 9** deste *Manual do Membro* para obter informações sobre como apresentar uma reclamação.

H. Como obter mais informações sobre como cancelar a sua adesão ao plano

Se tiver dúvidas ou quiser mais informações sobre como cancelar a sua adesão, pode ligar para os Serviços para Membros através do número indicado no final desta página.



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Capítulo 11: Avisos legais

Introdução

Este capítulo inclui avisos legais que se aplicam à sua adesão ao nosso plano. Os termos-chave e as suas definições aparecem por ordem alfabética no último capítulo deste *Manual do Membro*.

Índice

A. Aviso sobre leis	250
B. Aviso sobre não discriminação	250
C. Aviso sobre o Medicare como segundo pagador e o Rhode Island Medicaid como pagador de último recurso.....	251



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

A. Aviso sobre leis

Muitas leis aplicam-se a este *Manual do Membro*. Essas leis podem afetar os seus direitos e responsabilidades, mesmo que não estejam incluídas ou explicadas neste *Manual do Membro*. As principais leis aplicáveis são as leis federais sobre os programas Medicare e Rhode Island Medicaid. Outras leis federais e estaduais também podem ser aplicáveis.

B. Aviso sobre não discriminação

Todas as empresas ou agências que trabalham com o Medicare e o Medicaid devem obedecer às leis que protegem contra discriminação ou tratamento injusto. Não discriminamos nem tratamos de forma diferente devido à sua raça, etnia, nacionalidade, cor da pele, religião, sexo, idade, deficiência mental ou física, estado de saúde, histórico de lesões, histórico médico, informações genéticas, elegibilidade para seguro ou local de residência dentro da área de serviço. Além disso, não pode ser tratado de forma diferente devido aos seus recursos de saúde, comportamento, identidade de gênero, expressão de gênero, capacidade mental, recebimento de cuidados de saúde ou utilização de serviços de cuidados de saúde.

É nossa responsabilidade tratá-lo sempre com dignidade e respeito.

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 Cívicos, através do número 1-800-368-1019. Os utilizadores de TTY podem ligar para o número 1-800-537-7697. Também pode visitar www.hhs.gov/ocr para obter mais informações.
- Ligue para o Gabinete de Direitos Cívicos local.
 - Comissão de Direitos Humanos de Rhode Island, pelo número 1-401-462-6427. Os utilizadores de TTY devem ligar para o número 711. Pode visitar www.richr.ri.gov/ para obter mais informações.
 - Oficial de Ligação com a Comunidade do Departamento de Serviços Humanos de Rhode Island, pelo número 1-401-462-6427. Os utilizadores de TTY ligam para o 711.
- Se tiver alguma deficiência e precisar de ajuda para aceder a serviços de cuidados de saúde ou a um prestador, ligue para os Serviços para Membros. Se tiver alguma reclamação, como um problema com o acesso para cadeiras de rodas, os Serviços para Membros poderão ajudá-lo.



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

C. Aviso sobre o Medicare como segundo pagador e o Rhode Island Medicaid como pagador de último recurso

Às vezes, outra pessoa deve pagar primeiro pelos serviços que lhe prestamos. Por exemplo, se tiver um acidente de carro ou se se ferir no trabalho, o seguro ou a Indemnização por Acidente de Trabalho devem pagar primeiro.

Temos o direito e a responsabilidade de cobrar pelos serviços cobertos pelo Medicare para os quais o Medicare não é o primeiro pagador.

Cumprimos as leis e regulamentos federais e estaduais relacionados com a responsabilidade legal de terceiros pelos serviços de cuidados de saúde prestados aos membros. Tomamos todas as medidas razoáveis para garantir que o Rhode Island Medicaid seja o pagador de último recurso.



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Capítulo 12: Definições de palavras importantes

Introdução

Este capítulo inclui termos-chave utilizados ao longo do *Manual do Membro*, com as suas definições. Os termos estão listados por ordem alfabética. Se não conseguir encontrar o termo que procura ou se precisar de mais informações além da definição, contacte os Serviços para Membros.

Atividades da vida diária (Activities of daily living, ADL): As coisas que as pessoas fazem num dia normal, como comer, ir à casa de banho, vestir-se, tomar banho ou escovar os dentes.

Juiz de direito administrativo: Um juiz que analisa um recurso de nível 3.

Programa de Assistência a Medicamentos para SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP): Um programa que ajuda indivíduos elegíveis que vivem com VIH/SIDA a ter acesso a fármacos essenciais para o tratamento do VIH.

Centro cirúrgico em regime de ambulatório: Uma instalação que oferece cirurgias em regime de ambulatório a pacientes que não necessitam de cuidados hospitalares e que não devem precisar de mais de 24 horas de cuidados.

Recurso: Uma forma de contestar a nossa ação, caso considere que cometemos um erro. Pode solicitar-nos que alteremos uma decisão de cobertura, apresentando um recurso. O **Capítulo 9** deste *Manual do Membro* explica os recursos, incluindo como apresentar um recurso.

Saúde Comportamental: Um termo abrangente que se refere a transtornos de saúde mental e abuso de substâncias.

Produto biológico: Um medicamento feito a partir de fontes naturais e vivas, como células animais, células vegetais, bactérias ou leveduras. Os produtos biológicos são mais complexos do que outros medicamentos e não podem ser copiados com exatidão, por isso as formas alternativas são designadas por biossimilares. (Ver também “Produto Biológico Original” e “Biossimilar”).

Biossimilar: Um produto biológico muito semelhante, mas não idêntico, ao produto biológico original. Os biossimilares são tão seguros e eficazes quanto o produto biológico original. Alguns biossimilares podem substituir o produto biológico original na farmácia sem a necessidade de uma nova receita médica. (Ir para “Biossimilar intercambiável”).



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Medicamentos de marca: Um medicamento fabricado e vendido pela empresa que o criou originalmente. Os medicamentos de marca têm os mesmos ingredientes do que as versões genéricas dos medicamentos. Os medicamentos genéricos são normalmente fabricados e vendidos por outras empresas farmacêuticas e, geralmente, só ficam disponíveis após o término da patente do medicamento de marca.

Gestor de cuidados: Uma pessoa responsável que trabalha consigo, com o plano de saúde e com os seus prestadores de cuidados para garantir que recebe os cuidados de que necessita.

Plano de cuidados: Consulte "Plano de cuidados individualizado".

Equipa de cuidados: Consulte "Equipa de cuidados interdisciplinar".

Fase de cobertura catastrófica: A fase do benefício de medicamentos do Medicare Part D em que o nosso plano paga todos os custos dos seus medicamentos até ao final do ano. Começa esta fase quando o membro (ou outras partes qualificadas em seu nome) gastou \$2,400 em medicamentos cobertos pelo Medicare Part D durante o ano. Não paga nada por isso.

Centros de Serviços Medicare e Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS): A agência federal responsável pelo Medicare. O **Capítulo 2** deste *Manual do Membro* explica como entrar em contacto com os CMS.

Reclamação: Uma declaração escrita ou oral afirmando que tem um problema ou preocupação sobre os serviços ou cuidados cobertos. Isso inclui quaisquer preocupações sobre a qualidade do serviço, a qualidade dos seus cuidados, os nossos prestadores da rede ou as nossas farmácias da rede. O nome formal para “apresentar uma reclamação” é “apresentar uma queixa”.

Instalação de reabilitação em regime de ambulatório abrangente (comprehensive outpatient rehabilitation facility, CORF): Uma instituição que presta principalmente serviços de reabilitação após uma doença, acidente ou operação cirúrgica delicada. Oferece uma variedade de serviços, incluindo fisioterapia, serviços sociais ou psicológicos, terapia respiratória, terapia ocupacional, terapia da fala e serviços de avaliação do ambiente doméstico.

Continuidade dos Cuidados (Continuity of Care, COC): Uma abordagem para garantir que a equipa de cuidados centrada no paciente esteja envolvida de forma cooperativa na gestão contínua dos cuidados de saúde, com o objetivo comum de prestar cuidados médicos de alta qualidade. A continuidade dos cuidados promove a segurança do paciente e garante a qualidade dos cuidados ao longo do tempo. Promover a continuidade dos



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

cuidados inclui partilhar informações médicas dos pacientes entre os prestadores e também garantir que o paciente tenha transições seguras e coordenadas entre diferentes instalações e prestadores.

Copagamento: Um valor fixo que paga como sua participação nos custos de cada vez que recebe determinados medicamentos. Por exemplo, pode pagar \$2 ou \$5 por um medicamento.

Coparticipação nos custos: Valores que deve pagar ao receber determinados serviços ou medicamentos. A coparticipação nos custos inclui copagamentos.

Escala de coparticipação nos custos: Um grupo de medicamentos com o mesmo copagamento. Todos os medicamentos da *Lista de Medicamentos Cobertos* (também conhecida como *Lista de Medicamentos*) estão classificados num dos cinco escalões de coparticipação nos custos. Em geral, quanto mais alto for o escalão de coparticipação nos custos, mais alto será o custo do medicamento.

Decisão de cobertura: Uma decisão sobre que benefícios cobrimos. Isso inclui decisões sobre medicamentos e serviços cobertos ou o valor que pagamos pelos seus serviços de saúde. O **Capítulo 9** deste *Manual do Membro* explica como nos solicitar uma decisão de cobertura.

Medicamentos cobertos: O termo que utilizamos para designar todos os medicamentos sujeitos a receita médica e medicamentos sem receita médica (over-the-counter, OTC) cobertos pelo nosso plano.

Serviços cobertos: O termo geral que utilizamos para designar todos os cuidados de saúde, serviços e apoios de longo prazo, fornecimentos, medicamentos sujeitos a receita médica e sem receita médica, equipamentos e outros serviços cobertos pelo nosso plano.

Taxa diária de coparticipação nos custos: Uma taxa que pode ser aplicada quando o seu médico prescreve menos do que o fornecimento de um mês completo de determinados medicamentos 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: Digamos que o copagamento pelo seu medicamento para um mês inteiro (um fornecimento de 30 dias) seja de \$1.35. Isso significa que o valor que paga pelo medicamento é inferior a \$0.05 por dia. Se receber um fornecimento de sete dias do medicamento, o seu pagamento será inferior a \$0.05 por dia multiplicado por sete dias, num pagamento total inferior a \$0.35.



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Cancelamento da inscrição: O processo de cancelamento da sua adesão ao nosso plano. O cancelamento da sua inscrição no plano pode ser voluntário (por sua escolha) ou involuntário (não por sua escolha).

Programa de gestão de medicamentos (Drug management program, DMP): Um programa que ajuda a garantir que os membros utilizem com segurança os opióides prescritos e outros fármacos frequentemente consumidos de forma abusiva.

Escalões de medicamentos: Grupos de medicamentos na nossa *Lista de Medicamentos*. Medicamentos genéricos, de marca ou sem receita médica (over-the-counter, OTC) são exemplos de escalões de medicamentos. Todos os medicamentos da *Lista de Medicamentos* estão classificados num dos cinco escalões.

Plano para pessoas com necessidades especiais e dupla elegibilidade (Dual eligible special needs plan, D-SNP): Plano de saúde que presta serviços a pessoas elegíveis tanto para o Medicare quanto para o Medicaid. O nosso plano é um D-SNP.

Equipamento médico duradouro (durable medical equipment, DME): Certos itens que o seu médico prescreve para utilizar em sua própria casa. Exemplos desses itens são cadeiras de rodas, muletas, sistemas de colchões motorizados, fornecimentos para diabéticos, camas hospitalares encomendadas por um prestador para utilização doméstica, bombas de infusão IV, dispositivos geradores de fala, equipamentos e fornecimentos de oxigénio, nebulizadores e andadores.

Emergência: Uma emergência médica quando o membro, ou qualquer outra pessoa com conhecimentos médios sobre saúde e medicina, acredita que tem sintomas médicos que requerem atenção médica imediata para evitar a morte, perda de uma parte do corpo ou perda ou comprometimento grave de uma função corporal (e, se for uma mulher grávida, perda do feto). Os sintomas médicos podem ser uma doença, lesão, dor grave ou uma condição médica que se agrave rapidamente.

Cuidados de emergência: Serviços cobertos prestados por um prestador formado para prestar serviços de emergência e necessários para tratar uma emergência médica ou de saúde comportamental.

Exceção: Permissão para obter cobertura para um medicamento que normalmente não é coberto ou para utilizar o medicamento sem certas regras e limitações.

Serviços excluídos: Serviços que não estão cobertos por este plano de saúde.



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações,** visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Extra Help: Programa Medicare que ajuda pessoas com rendimentos e recursos limitados a reduzir os custos com medicamentos do Medicare Part D, tais como prêmios, franquias e copagamentos. O programa Extra Help é também designado por “Subsídio de Baixo Rendimento” ou “LIS”.

Medicamento genérico: Um medicamento aprovado pela FDA para utilizar em substituição a um medicamento de marca. Um medicamento genérico tem os mesmos ingredientes do que um medicamento de marca. Geralmente é mais barato e tem a mesma eficácia do que o medicamento de marca.

Queixa: Uma reclamação que fizer sobre nós ou um dos nossos prestadores ou farmácias da rede. Isso inclui reclamações sobre a qualidade do seu atendimento ou a qualidade do serviço prestado pelo seu plano de saúde.

Plano de saúde: Uma organização composta por médicos, hospitais, farmácias, prestadores de longo prazo e outros prestadores. Também conta com coordenadores de cuidados para ajudá-lo a gerir todos os seus prestadores e serviços. Todos eles trabalham em conjunto para fornecer os cuidados de que necessita.

Avaliação dos riscos para a saúde (health risk assessment, HRA): Uma análise do seu histórico médico e condição atual. É utilizada para conhecer o seu estado de saúde e como ele poderá mudar no futuro.

Auxiliar de saúde ao domicílio: Uma pessoa que presta serviços que não requerem as competências de um enfermeiro ou terapeuta licenciado, tais como ajuda com cuidados pessoais (como tomar banho, usar a casa de banho, vestir-se ou realizar os exercícios prescritos). Os auxiliares de saúde ao domicílio não possuem uma licença de enfermagem nem fornecem serviços de terapia.

Cuidados paliativos: Um programa de cuidados e apoio para ajudar pessoas com prognóstico terminal a viverem confortavelmente. Um prognóstico terminal significa que foi clinicamente confirmado que uma pessoa se encontra numa fase terminal da doença, ou seja, que tem uma esperança de vida de seis meses ou menos.



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações,** visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

- Um beneficiário com prognóstico terminal tem o direito de optar por cuidados paliativos.
- Uma equipa especialmente formada de profissionais e cuidadores presta cuidados à pessoa como um todo, incluindo as suas necessidades físicas, emocionais, sociais e espirituais.
- Somos obrigados a fornecer uma lista de prestadores de cuidados paliativos na sua área geográfica.

Organização de Revisão Independente (Independent Review

Organization, IRO): Uma organização independente contratada pelo Medicare que analisa recursos de nível 2. 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. O nome formal é **Entidade de Revisão Independente**.

Plano de cuidados individualizado (individualized care plan, ICP) ou

Plano de Cuidados: Um plano sobre os serviços que irá receber e como os irá receber. O seu plano pode incluir serviços médicos, serviços de saúde comportamental e serviços e apoios de longo prazo.

Fase de cobertura inicial: A fase antes das suas despesas totais com medicamentos do Medicare Part D atingirem \$2,400. Isso inclui os valores que pagou, o que o nosso plano pagou em seu nome e o subsídio para pessoas com baixos rendimentos. Começa nesta fase quando aviar a sua primeira receita médica do ano. Durante esta fase, pagamos parte dos custos dos seus medicamentos e o membro paga a sua participação.

Regime de internamento: Um termo usado quando é formalmente admitido no hospital para receber serviços médicos especializados. Se não for formalmente admitido, poderá ainda ser considerado um paciente em regime de ambulatório em vez de um paciente em regime de internamento, mesmo que passe a noite no hospital.

Biossimilar intercambiável: Um biossimilar que pode ser substituído na farmácia sem necessidade de uma nova receita médica, pois cumpre requisitos adicionais relativos ao potencial de substituição automática. A substituição automática na farmácia está sujeita à legislação estadual.

Equipa de cuidados interdisciplinar (interdisciplinary care team, ICT)

ou equipa de cuidados: Uma equipa de cuidados de saúde pode incluir médicos, enfermeiros, conselheiros ou outros profissionais de saúde que estão lá para o ajudar a receber os cuidados de que necessita. A sua equipa de cuidados também o ajuda a elaborar um plano de cuidados.



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Lista de Medicamentos Cobertos (Lista de Medicamentos): Uma lista dos medicamentos sujeitos a receita médica e medicamentos sem receita médica (over-the-counter, OTC) que cobrimos. Escolhemos os medicamentos desta lista com a ajuda de médicos e farmacêuticos. A *Lista de Medicamentos* informa se há alguma regra que precisa de seguir para obter os seus medicamentos. A *Lista de Medicamentos* é, por vezes, designada por “formulário”.

Serviços e apoios de longo prazo (long-term services and supports, LTSS): Os serviços e apoios de longo prazo ajudam a melhorar uma condição médica de longo prazo. A maioria destes serviços ajuda-o a permanecer na sua casa, para que não tenha de ir para uma instalação de enfermagem ou hospital. Os LTSS incluem Serviços Comunitários e Instalações de Enfermagem (Nursing Facilities, NF).

Subsídio de baixo rendimento (Low-income subsidy, LIS): Consulte “Extra Help”

Medicaid (ou Assistência médica): Um programa executado pelo governo federal e pelo estado que ajuda pessoas com rendimentos e recursos limitados, a pagar por serviços e apoios de longo prazo e custos médicos.

Clinicamente necessário: Descreve os serviços, fornecimentos ou medicamentos necessários para prevenir, diagnosticar ou tratar uma condição médica ou para manter o seu estado de saúde atual. Isto inclui cuidados que impedem o membro de ir para um hospital ou instalação de enfermagem. Significa também que os serviços, fornecimentos ou medicamentos cumprem as normas 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). As pessoas com Medicare podem obter a sua cobertura de saúde Medicare através do Original Medicare ou de um plano de cuidados geridos (consulte “Plano de saúde”).

Medicare Advantage: Um programa do Medicare, também conhecido como “Medicare Part C” ou “MA”, que oferece planos MA através de empresas privadas. O Medicare paga a essas empresas para cobrir os seus benefícios do Medicare.

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



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações,** visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

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.

Conselho de Recursos do Medicare (Conselho): Um conselho que analisa um recurso de nível 4. O Conselho faz parte do Governo Federal.

Serviços cobertos pelo Medicare: Serviços cobertos pelo Medicare Part A e Medicare Part B. Todos os planos de saúde do Medicare, incluindo o nosso plano, devem cobrir todos os serviços cobertos pelo Medicare Part A e Medicare Part B.

Programa de prevenção da diabetes do Medicare (Medicare diabetes prevention program, MDPP): Um programa estruturado de mudança de comportamentos de saúde que oferece formação em mudanças alimentares a longo prazo, aumento da atividade física e estratégias para superar desafios para manter a perda de peso e um estilo de vida saudável.

Beneficiário no Medicare-Medicaid: Uma pessoa que se qualifica para a cobertura do Medicare e do Medicaid. Um beneficiário no Medicare-Medicaid também é designado por “indivíduo com dupla elegibilidade”.

Medicare Part A: O programa Medicare que cobre a maioria dos cuidados hospitalares, de enfermagem especializada, de saúde domiciliária e de cuidados paliativos clinicamente necessários.

Medicare Part B: O programa Medicare que cobre serviços (tais como exames laboratoriais, cirurgias e consultas médicas) e fornecimentos (tais como cadeiras de rodas e andadores) que são clinicamente necessários para tratar uma doença ou condição. O Medicare Part B também cobre muitos serviços preventivos e de rastreio.

Medicare Part C: O programa Medicare, também conhecido como “Medicare Advantage” ou “MA”, permite que as seguradoras de saúde privadas ofereçam benefícios do Medicare através de um Plano MA.

Medicare Part D: O programa de benefícios farmacêuticos do Medicare. Chamamos este programa de “Part D” para abreviar. O Medicare Part D cobre medicamentos em regime de ambulatório, vacinas e alguns fornecimentos não cobertos pelo Medicare Part A ou Medicare Part B ou pelo Medicaid. O nosso plano inclui o Medicare Part D.

Medicamentos do Medicare Part D: Medicamentos cobertos pelo Medicare Part D. O Congresso exclui especificamente certas categorias de medicamentos da cobertura do Medicare Part D. O Medicaid pode cobrir alguns desses medicamentos.



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações,** visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Gestão de Terapêutica 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. Consulte o **Capítulo 5** deste *Manual do Membro* para obter mais informações.

Membro (membro do nosso plano ou membro do plano): Uma pessoa com Medicare e Medicaid que se qualifica para obter serviços cobertos, que se inscreveu no nosso plano e cuja inscrição foi confirmada pelos Centros de Serviços Medicare e Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) e pelo estado.

Manual do Membro e Informações de Divulgação: Este documento, juntamente com o seu formulário de inscrição e quaisquer outros anexos ou cláusulas adicionais, explica a sua cobertura, o que devemos fazer, os seus direitos e o que deve fazer como membro do nosso plano.

Serviços para Membros: Um departamento do nosso plano responsável por responder às suas perguntas sobre adesões, queixas, reclamações e recursos. Consulte o **Capítulo 2** deste *Manual do Membro* para obter mais informações sobre os Serviços para Membros.

Farmácia da rede: Uma farmácia (loja de medicamentos) que concordou em aviar receitas médicas para os membros do nosso plano. Chamamos-lhes “farmácias da rede” porque concordaram em trabalhar com o nosso plano. Na maioria dos casos, cobrimos as suas receitas médicas apenas quando elas são aviadas numa das farmácias da nossa rede.

Prestador da rede: “Prestador” é o termo geral que utilizamos para médicos, enfermeiros e outras pessoas que lhe prestam serviços e cuidados. O termo também inclui hospitais, agências de saúde ao domicílio, clínicas e outros locais que prestam serviços de cuidados de saúde, fornecem equipamentos médicos e oferecem serviços e apoios de longo prazo.

- São licenciados ou certificados pelo Medicare e pelo estado para prestar serviços de cuidados de saúde.
- Chamamos-lhes “prestadores da rede” quando concordam em trabalhar com o nosso plano de saúde, aceitam o nosso pagamento e não cobram aos membros um valor adicional.
- Enquanto for membro do nosso plano, deve utilizar os prestadores da rede para obter os serviços cobertos. Os prestadores da rede também são designados por “prestadores do plano”.



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Lar ou instalação de enfermagem: Um local que presta cuidados a pessoas que não podem receber cuidados em casa, mas que não precisam de ficar no hospital.

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.

Provedor: Um organismo no seu estado que atua como seu defensor. O gabinete pode responder às suas perguntas caso tenha algum problema ou reclamação e podem ajudar o membro a saber o que fazer. Os serviços do provedor de justiça são gratuitos. Pode encontrar mais informações nos **Capítulos 2 e 9** deste *Manual do Membro*.

Determinação da organização: O nosso plano toma uma decisão da organização quando nós, ou um dos nossos prestadores, decidimos se os serviços são cobertos ou quanto paga pelos serviços cobertos. As determinações da organização são designadas por “decisões de cobertura”. O **Capítulo 9** deste *Manual do Membro* explica as decisões de cobertura.

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 designado por produto de referência.

Original Medicare (Medicare tradicional ou Medicare com pagamento por serviço prestado): O governo oferece o Original Medicare. No Original Medicare, os serviços são cobertos através do pagamento a médicos, hospitais e outros prestadores de cuidados de saúde de valores determinados pelo Congresso.

- Pode recorrer a qualquer médico, hospital ou outro prestador de cuidados de saúde que aceite o Medicare. O Original Medicare tem duas partes: Medicare Part A (seguro hospitalar) e Medicare Part B (seguro médico).
- O Original Medicare está disponível em todo o território dos Estados Unidos.
- Se não quiser fazer parte do nosso plano, pode optar pelo Original Medicare.

Farmácia fora da rede: Uma farmácia que não concordou em trabalhar com o nosso plano para coordenar ou fornecer medicamentos cobertos aos membros do nosso plano. O nosso plano não cobre a maioria dos medicamentos obtidos em farmácias fora -da -rede, a menos que se apliquem determinadas condições.

Prestador fora da rede ou Estabelecimento fora da rede: Um prestador ou estabelecimento que não é empregado, detido ou operado pelo nosso plano e não está sob



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

contrato para prestar serviços cobertos aos membros do nosso plano. O **Capítulo 3** deste *Manual do Membro* explica o que são prestadores ou instalações fora da rede.

Despesas incorridas: A exigência de coparticipação nos custos para que os membros paguem parte dos serviços ou medicamentos que recebem também é designada por exigência de despesas “incorridas”. Consulte a definição de “coparticipação nos custos” acima.

Medicamentos sem receita médica (over-the-counter, OTC): Os medicamentos sem receita médica são medicamentos ou remédios que uma pessoa pode comprar sem receita médica de um profissional de saúde.

Part A: Consulte “Medicare Part A”.

Part B: Consulte “Medicare Part B”.

Part C: Consulte “Medicare Part C”.

Part D: Consulte “Medicare Part D”.

Medicamentos do Part D: Consulte “Medicamentos do Medicare Part D”.

Período de elegibilidade continuada presumida: Um período de elegibilidade continuada presumida, também conhecido como período de presunção, é uma extensão temporária da adesão ao plano para pessoas que perderam temporariamente a elegibilidade para um plano especializado, como um Plano para Necessidades Especiais com Dupla Elegibilidade (Dual-Eligible Special Needs Plan, D-SNP), porque deixaram de cumprir determinados critérios. Este estatuto temporário permite que o beneficiário permaneça no plano por um período específico, durante o qual é razoável esperar que recupere a elegibilidade, evitando assim interrupções na cobertura e nos cuidados de saúde.

Informações pessoais de saúde (também designadas por Informações de saúde protegidas (Protected health information, PHI): Informações sobre si e a sua saúde, tais como o seu nome, endereço, número de segurança social, consultas médicas e histórico médico. Consulte o nosso Aviso sobre Práticas de Privacidade para obter mais informações sobre como protegemos, utilizamos e divulgamos as suas PHI, bem como os seus direitos em relação às suas PHI.

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 Papanicolaou, vacinas contra a gripe e mamografias de rastreio).



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações,** visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Prestador de cuidados primários (Primary care provider, PCP): O médico ou outro prestador que consulta primeiro para a maioria dos problemas de saúde. Eles garantem que recebe os cuidados necessários para se manter saudável.

- Também podem conversar com outros médicos e prestadores de cuidados de saúde sobre os seus cuidados e encaminhá-lo para eles.
- Em muitos planos de saúde do Medicare, o membro deve consultar o seu prestador de cuidados primários antes de consultar qualquer outro prestador de cuidados de saúde.
- Consulte o **Capítulo 3** deste *Manual do Membro* para obter informações sobre como obter cuidados de prestadores de cuidados primários.

Autorização prévia (Prior authorization, PA): Uma aprovação que deve obter antes de poder obter um serviço ou medicamento específico ou utilizar um prestador fora da rede. O nosso plano pode não cobrir o serviço ou medicamento se não obtiver aprovação prévia.

O nosso plano cobre alguns serviços médicos da rede apenas se o seu médico ou outro prestador da rede receber uma autorização prévia (PA) da nossa parte.

- Os serviços cobertos que necessitam da PA do nosso plano estão indicados no **Capítulo 4** deste *Manual do Membro*.

O nosso plano cobre alguns medicamentos apenas se obtiver PA através de nós.

- Os medicamentos cobertos que necessitam da PA do nosso plano estão assinalados na *Lista de Medicamentos Cobertos* e as regras estão publicadas no nosso website.

Programa de Cuidados Integrados para Idosos (Program of All-Inclusive Care for the Elderly, PACE): Um programa que cobre os benefícios do Medicare e do Medicaid para pessoas com 55 anos ou mais que precisam de um nível mais elevado de cuidados para viver em casa.

Próteses e órteses: Dispositivos médicos prescritos pelo seu médico ou outro prestador de cuidados de saúde, 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 que ajudam



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

a melhorar a qualidade dos cuidados prestados às pessoas com Medicare. O governo federal paga à QIO para verificar e melhorar os cuidados prestados aos pacientes. Consulte o **Capítulo 2** deste *Manual do Membro* para obter informações sobre a QIO.

Limites de quantidade: Um limite na quantidade de um medicamento que pode ter. Podemos limitar a quantidade do medicamento que cobrimos por receita médica.

Ferramenta de Benefícios em Tempo Real: Um portal ou candidatura informática na qual os beneficiários podem consultar informações completas, precisas, atualizadas, clinicamente adequadas e específicas sobre os medicamentos e benefícios cobertos. Isso inclui valores de coparticipação nos custos, medicamentos alternativos que podem ser utilizados para a mesma doença que um determinado medicamento e restrições de cobertura (autorização prévia, terapia escalonada, limites de quantidade) aplicáveis a medicamentos alternativos.

Encaminhamento: Um encaminhamento é a aprovação do seu prestador de cuidados primários (primary care provider, PCP) para utilizar um prestador que não seja o seu PCP. Se não obtiver aprovação prévia, poderemos não cobrir os serviços. Não precisa de encaminhamento para consultar determinados especialistas, como especialistas em saúde feminina. Pode encontrar mais informações sobre encaminhamentos nos **Capítulos 3 e 4** deste *Manual do Membro*.

Serviços de reabilitação: Tratamento que recebe para o ajudar a recuperar de uma doença, acidente ou operação cirúrgica delicada. Estes serviços incluem cuidados de reabilitação em regime de internamento, fisioterapia (em regime de ambulatório), terapia da fala e linguagem e terapia ocupacional. Consulte o **Capítulo 4** deste *Manual do Membro* para saber mais sobre os serviços de reabilitação.

Rhode Island Medicaid: Este é o nome do programa Rhode Island Medicaid. O Rhode Island Medicaid é administrado pelo estado e financiado pelo estado e pelo governo federal. Ajuda pessoas com rendimentos e recursos limitados a pagar serviços e apoios de longo prazo, bem como despesas médicas.

- Cobre serviços adicionais e alguns medicamentos não cobertos pelo Medicare.
- Os programas Medicaid variam de estado para estado, mas a maioria dos custos com cuidados de saúde é coberta se o membro se qualificar tanto para o Medicare quanto para o Medicaid.

Área de serviço: Uma área geográfica onde um plano de saúde aceita membros se limitar a adesão com base no local onde as pessoas residem. Para planos que limitam os médicos e hospitais que pode utilizar, geralmente é a área onde pode obter serviços de rotina (não urgentes). Apenas pessoas que residem na nossa área de serviço podem inscrever-se no nosso plano.



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações,** visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Instalação de enfermagem especializada (skilled nursing facility,

SNF): Uma instituição de enfermagem com pessoal e equipamento para prestar cuidados de enfermagem especializados e, na maioria dos casos, serviços de reabilitação especializados e outros serviços de saúde relacionados.

Cuidados em 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 prestados em instalações de enfermagem especializada incluem fisioterapia ou injeções intravenosas (intravenous, IV) que podem ser administradas por um enfermeiro ou médico.

Especialista: Médico que presta cuidados de saúde para uma doença específica ou parte do corpo.

Audiência Estadual: Se o seu médico ou outro prestador solicitar um serviço do Medicaid que não aprovamos, ou se não continuarmos a pagar por um serviço do Medicaid que já tem, pode solicitar uma Audiência Estadual. Se a Audiência Estadual for decidida a seu favor, teremos de lhe prestar o serviço que solicitou.

Terapia escalonada: Uma regra de cobertura que exige que experimente outro medicamento antes de cobrirmos o medicamento que solicitou.

Cuidados urgentes necessários: Cuidados que recebe por uma doença, lesão ou condição imprevista que não é uma emergência, mas que necessita de cuidados imediatos. Pode obter cuidados urgentes necessários de prestadores fora da rede quando não for possível recorrer aos prestadores da rede devido ao tempo, local ou circunstâncias, ou quando não for razoável obter esses serviços (por exemplo, quando estiver fora da área de serviço do nosso plano e precisar de cuidados médicos imediatos para uma condição não prevista, mas que não seja uma emergência médica).

Declaração de Divulgação da PRA De acordo com a Lei de Redução da Burocracia (Paperwork Reduction Act) de 1995, nenhuma pessoa é obrigada a responder a uma recolha de informação, a menos que esta apresente um número de controlo OMB válido. O número de controlo OMB válido para esta recolha de informação é 0938-1444. 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



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações,** visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Serviços para Membros do Neighborhood INTEGRITY for Duals

TELEFONE	1-844-812-6896 As chamadas para este número são gratuitas. Ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), 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). Os Serviços para Membros também dispõem de serviços de intérpretes linguísticos gratuitos para quem não fala inglês.
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. 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 910 Douglas Pike Smithfield, RI 02917
WEBSITE	www.nhpri.org/INTEGRITYDuals



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY for Duals através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., sete dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, das 8 a.m. às 8 p.m., de segunda a sexta-feira (pode deixar uma mensagem de voz aos sábados, domingos e feriados federais). A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.