



Neighborhood **INTEGRITY** (Plano Medicare-Medicaid) **Manual de Membro de 2024**

Plano de Saúde Neighborhood de Rhode Island - *Manual do Membro* INTEGRITY

1 de janeiro de 2024 - 31 de dezembro de 2024

A sua cobertura de saúde e medicamentos ao abrigo do Plano de Saúde Neighborhood de Rhode Island (Neighborhood) INTEGRITY Medicare - Plano Medicaid

Introdução ao *Manual do Membro*

Este manual informa-o sobre a sua cobertura no Neighborhood INTEGRITY (Plano Medicare-Medicaid) até 31 de dezembro de 2024. 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. Os serviços e apoios a longo prazo ajudam-no a permanecer em casa em vez de ir para um lar de idosos ou para um hospital. Os termos-chave e as suas definições aparecem por ordem alfabética no último capítulo do *Manual do Membro*.

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

Este plano Neighborhood INTEGRITY é oferecido pelo Plano de Saúde Neighborhood de Rhode Island. Quando este *Manual do Membro* diz "nós", "nos" ou "nosso", significa o Plano de Saúde Neighborhood de Rhode Island. Quando diz "o plano" ou "o nosso plano", significa Neighborhood INTEGRITY.

Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-844-812-6896 (TTY 711). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

我們提供免費的翻譯服務，幫助您解答關於健康或藥物保險的任何疑問。如果您需要此翻譯服務，請致電 1-844-812-6896 (TTY 711)。我們的中文工作人員很樂意幫助您。這是一項免費服務。

您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-844-812-6896 (TTY 711)。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-844-812-6896 (TTY 711). Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-844-812-6896 (TTY 711). Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-844-812-6896 (TTY 711) sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 (TDD 711), das 8h00 às 20h00, de segunda a sexta-feira; das 8h00 às 12h00 ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-844-812-6896 (TTY 711). Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-844-812-6896 (TTY 711) 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-844-812-6896 (TTY 711). Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول بمساعدتك. هذه . سيقوم شخص ما يتحدث العربية (TTY 711) 1-844-812-6896 على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على الرقم خدمة مجانية.

हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं। एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-844-812-6896 (TDD 711) पर फोन करें। कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है।

È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-844-812-6896 (TTY 711). Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-844-812-6896 (TDD 711). Irá encontrar alguém que fale o idioma português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-844-812-6896 (TTY 711). Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-844-812-6896 (TTY 711). Ta usługa jest bezpłatna.

当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするため
に、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、1-844-812-6896 (TTY
711)にお電話ください。日本語を話す人 者が支援いたします。これは無料のサービスです。

យើងមានសេវាអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដើម្បីឆ្លើយរាល់សំណួរដែលអ្នកអាចមានអំពីគម្រោងសុខភាព និងផ្ទាល់មាត់យើងខ្ញុំ។
ដើម្បីទទួលបានអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ គ្រាន់តែហៅទូរសព្ទមកយើងខ្ញុំតាមរយៈលេខ 1-844-812-6896 (TDD 711)។
អ្នកដែលនិយាយខ្មែរឆ្លើយអ្នកបាន។ នេះជាសេវាឥតគិតថ្លៃ។

Este documento pode ser obtido gratuitamente noutros formatos, como impressão em caracteres grandes, braille ou áudio. Contacte os Serviços para Membros através do número 1-844-812-6896, das 8h00 às 20h00, de segunda a sexta-feira; das 8h00 às 12h00 ao sábado. Os utilizadores de TDD devem ligar para o 711. A chamada é gratuita.

Pode pedir para receber este documento e futuros materiais no seu idioma preferido e/ou num formato alternativo, telefonando para os Serviços para Membros. É o que se chama um "pedido permanente". Os Serviços para Membros documentarão o seu pedido permanente no seu registo de membro para



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 (TDD 711), das 8h00 às 20h00, de segunda a sexta-feira; das 8h00 às 12h00 ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações,** visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

que possa receber materiais agora e no futuro na sua língua e/ou formato preferido. Pode alterar ou eliminar o seu pedido de permanência em qualquer altura, contactando os Serviços para Membros.



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 (TDD 711), das 8h00 às 20h00, de segunda a sexta-feira; das 8h00 às 12h00 ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Manual do Membro do Neighborhood INTEGRITY

Índice

Capítulo 1: Começar como membro	6
Capítulo 2: Números de telefone e recursos importantes	15
Capítulo 3: Utilizar a cobertura do plano para os seus cuidados de saúde e outros serviços cobertos	29
Capítulo 4: Tabela de Benefícios	49
Capítulo 5: Obter os seus medicamentos sujeitos a receita médica em ambulatório através do plano	115
Capítulo 6: O que paga pelos seus medicamentos sujeitos a receita médica Medicare e Medicaid ...	136
Capítulo 7: Pedir-nos para pagar uma fatura que recebeu por serviços ou medicamentos cobertos..	143
Capítulo 8: Os seus direitos e responsabilidades.....	149
Capítulo 9: O que fazer se tiver um problema ou queixa (decisões de cobertura, recursos, queixas)	164
Capítulo 10: Terminar a sua adesão ao nosso plano Medicare-Medicaid	216
Capítulo 11: Avisos Legais	223
Capítulo 12: Definições de palavras importantes	226



Isonção de Responsabilidade

- ❖ O Plano de Saúde Neighborhood de Rhode Island é um plano de saúde que tem contratos com o Medicare e o Rhode Island Medicaid para fornecer benefícios de ambos os programas aos inscritos.
- ❖ A cobertura do Neighborhood INTEGRITY é uma cobertura de saúde qualificada chamada "cobertura essencial mínima". Satisfaz o requisito de responsabilidade partilhada individual da Lei de Proteção do Doente e Cuidados Acessíveis (ACA). Visite o sítio Web do Serviço de Receitas Internas (IRS) em www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obter mais informações sobre o requisito de responsabilidade partilhada individual.
- ❖ Se obtiver ou se tornar elegível para serviços e apoios a longo prazo, poderá ter de pagar parte do custo destes serviços. Isto é conhecido como "comparticipação nos custos" e o montante é determinado pelo Rhode Island Medicaid.



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 (TDD 711), das 8h00 às 20h00, de segunda a sexta-feira; das 8h00 às 12h00 ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Capítulo 1: Começar como membro

Introdução

Este capítulo inclui informações sobre o Neighborhood INTEGRITY, um plano de saúde que cobre todos os seus serviços Medicare e Rhode Island Medicaid, e a sua adesão ao mesmo. Também lhe diz o que esperar e que outras informações irá receber do Neighborhood INTEGRITY. Os termos-chave e as suas definições aparecem por ordem alfabética no último capítulo do *Manual do Membro*.

Índice

A. Bem-vindo ao Neighborhood INTEGRITY	7
B. Informações sobre o Medicare e o Medicaid	7
B1. Medicare	7
B2. Medicaid	7
C. Vantagens deste plano.....	8
D. Área de serviço do Neighborhood INTEGRITY	9
E. O que o torna elegível para ser um membro do plano	9
F. O que esperar quando aderir pela primeira vez a um plano de saúde	9
G. O seu plano de cuidados de saúde	10
H. Prémio do plano mensal Neighborhood INTEGRITY	10
I. O Manual do Membro	10
J. Outras informações importantes que receberá da nossa parte.....	10
J1. O seu Cartão de Identificação de Membro Neighborhood INTEGRITY	11
J2. <i>Diretório de Prestadores e Farmácias</i>	11
J3. <i>Lista de Medicamentos Cobertos</i>	13
J4. <i>A Explicação dos Benefícios</i>	13
K. Como manter o seu registo de membro atualizado.....	14
K1. A privacidade das informações pessoais de saúde (PHI).....	14



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 (TDD 711), das 8h00 às 20h00, de segunda a sexta-feira; das 8h00 às 12h00 ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

A. Bem-vindo ao Neighborhood INTEGRITY

O Neighborhood INTEGRITY é um Plano Medicare-Medicaid. Um plano Medicare-Medicaid é uma organização composta por médicos, hospitais, farmácias, prestadores de serviços e apoios a longo prazo e outros prestadores. Dispõe também de um gestor de cuidados e de uma equipa de cuidados para o ajudar a gerir todos os seus prestadores e serviços. Todos eles trabalham em conjunto para prestar os cuidados de que necessita.

O Neighborhood INTEGRITY foi aprovado pelo Estado de Rhode Island e pelos Centros para os Serviços Medicare e Medicaid (CMS) para fornecer-lhe serviços como parte da Iniciativa de Cuidados Integrados.

A Iniciativa de Cuidados Integrados é um programa de demonstração gerido conjuntamente por Rhode Island e pelo governo federal com o objetivo de prestar melhores cuidados de saúde às pessoas que têm tanto o Medicare como o Medicaid. No âmbito desta demonstração, o estado e o governo federal pretendem testar novas formas de melhorar a forma como obtém os seus serviços de saúde Medicare e Medicaid.

B. Informações sobre o Medicare e o Medicaid

B1. Medicare

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

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

B2. Medicaid

O Medicaid é 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. Cobre serviços extras e medicamentos não cobertos pelo Medicare. Em Rhode Island, o Medicaid é chamado de Rhode Island Medicaid.

Cada Estado decide:

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



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 (TDD 711), das 8h00 às 20h00, de segunda a sexta-feira; das 8h00 às 12h00 ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

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

O Medicare e o estado de Rhode Island devem aprovar o Neighborhood INTEGRITY todos os anos. 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 aprovam o 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 deste plano

Agora irá obter todos os seus serviços cobertos pelo Medicare e Rhode Island Medicaid do Neighborhood INTEGRITY, incluindo medicamentos sujeitos a receita médica. **Não tem de pagar mais para aderir a este plano de saúde.**

O Neighborhood INTEGRITY ajudará a fazer com que os seus benefícios do Medicare e do Rhode Island Medicaid funcionem melhor em conjunto e funcionem melhor para si. Algumas das vantagens incluem:

- Poderá trabalhar com **um** único plano de saúde para **todas** as suas necessidades de seguro de saúde.
- Terá uma equipa de cuidados que ajudou a formar. A sua equipa de cuidados pode incluir médicos, enfermeiros, conselheiros ou outros profissionais de saúde que estão lá para o ajudar a obter os cuidados de que necessita.
- Poderá ter um gestor de cuidados. Esta é uma pessoa que trabalha consigo, com o Neighborhood INTEGRITY e com os seus prestadores de cuidados para garantir que recebe os cuidados de que necessita.
- Poderá dirigir os seus próprios cuidados com a ajuda da sua equipa de cuidados e do seu gestor de cuidados.
- A equipa de cuidados e o gestor de cuidados trabalharão consigo para elaborar um plano de cuidados especificamente concebido para satisfazer as suas necessidades de saúde. A equipa de cuidados será responsável pela coordenação dos serviços de que necessita. Isto significa, por exemplo:
 - A sua equipa de cuidados de saúde irá certificar-se de que os seus prestadores de cuidados de saúde têm conhecimento de todos os medicamentos que toma, para que possam reduzir quaisquer efeitos secundários.



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 (TDD 711), das 8h00 às 20h00, de segunda a sexta-feira; das 8h00 às 12h00 ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

- A sua equipa de cuidados irá certificar-se de que os resultados das suas análises são partilhados com todos os seus médicos e outros prestadores de cuidados.

D. Área de serviço do Neighborhood INTEGRITY

A nossa área de serviço é o Estado de Rhode Island.

Apenas as pessoas que vivem na nossa área de serviço podem obter o Neighborhood INTEGRITY.

Se se mudar para fora de Rhode Island, não pode manter-se neste plano. Consulte o Capítulo 8, Secção J, para obter mais informações sobre os efeitos da mudança para fora da nossa área de serviço.

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

É elegível para o nosso plano desde que:

- tenha 21 anos de idade ou mais, **e**
- viva na nossa área de serviço (os indivíduos encarcerados não são considerados como vivendo na área geográfica de serviço, mesmo que estejam fisicamente localizados nela), **e**
- tenha a Parte A e a Parte B do Medicare e é elegível para a Parte D, **e**
- seja cidadão dos Estados Unidos ou está legalmente presente nos Estados Unidos, **e**
- seja elegível para o Rhode Island Medicaid.

F. O que esperar quando aderir pela primeira vez a um plano de saúde

Quando aderir ao plano pela primeira vez, receberá uma avaliação nos primeiros 90 dias.

Alguém da nossa equipa de gestão de cuidados entrará em contacto consigo por telefone para completar a avaliação consigo. Com base nas suas necessidades, poderá receber uma avaliação mais abrangente no prazo de 45 dias a contar da data de entrada em vigor da sua inscrição. A avaliação exaustiva analisará em profundidade as suas necessidades, capacidades e serviços de que poderá necessitar.

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

Após 180 dias, terá de utilizar médicos e outros prestadores de serviços na rede do Neighborhood INTEGRITY. Um prestador da rede é um prestador que trabalha com o plano de saúde. Consulte o Capítulo 3, Secção D para obter mais informações sobre como obter cuidados.



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 (TDD 711), das 8h00 às 20h00, de segunda a sexta-feira; das 8h00 às 12h00 ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

G. O seu plano de cuidados de saúde

O seu plano de cuidados é o plano dos serviços de saúde que irá receber e como os irá receber.

Após a avaliação, a sua equipa de cuidados de saúde reunir-se-á consigo para falar sobre os serviços de saúde que precisa e deseja. Em conjunto, o doente e a sua equipa de cuidados de saúde elaborarão o seu plano de cuidados.

Todos os anos, a sua equipa de cuidados de saúde trabalhará consigo para atualizar o seu plano de cuidados de saúde se os serviços de saúde de que necessita e deseja sofrerem alterações.

H. Prémio do plano mensal Neighborhood INTEGRITY

O Neighborhood INTEGRITY não tem um prémio de plano mensal.

I. O Manual do Membro

Este *Manual do Membro* faz parte do nosso contrato com o mesmo. Isto significa que temos de seguir todas as regras deste documento. Se pensa que fizemos algo que vai contra estas regras, pode recorrer ou contestar a nossa ação. Para obter informações sobre como recorrer, consulte o Capítulo 9, Secção D, ou ligue para 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Pode solicitar um *Manual de Membro* ligando para os Serviços para Membros através do número 1-844-812-6896. Pode também consultar o *Manual do Membro* em www.nhpri.org/INTEGRITY ou descarregá-lo a partir deste sítio Web.

O contrato está em vigor durante os meses em que está inscrito no Neighborhood INTEGRITY.

J. Outras informações importantes que receberá da nossa parte

Já deve ter recebido um Cartão de Identificação de Membro do Neighborhood INTEGRITY, informações sobre como aceder a um *Diretório de Prestadores e Farmácias*, uma *Lista de Equipamentos Médicos Duradouros* e informações sobre como aceder a uma *Lista de Medicamentos Cobertos*.



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 (TDD 711), das 8h00 às 20h00, de segunda a sexta-feira; das 8h00 às 12h00 ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

J1. O seu Cartão de Identificação de Membro Neighborhood INTEGRITY

Sob o nosso plano, terá um cartão para os seus serviços Medicare e Rhode Island Medicaid, incluindo serviços e apoios a longo prazo e receitas que são cobertas pelo plano Neighborhood INTEGRITY. Deve apresentar este cartão quando receber serviços ou receitas médicas. Aqui está um exemplo de cartão para lhe mostrar como será o seu:



Se o seu cartão for danificado, perdido ou roubado, contacte imediatamente os Serviços para Membros e enviar-lhe-emos um novo cartão.

Enquanto for Membro do nosso plano, não precisa de usar o seu cartão Medicare vermelho, branco e azul ou seu cartão Rhode Island Medicaid ("anchor") para obter serviços que são cobertos pelo Neighborhood INTEGRITY. Guarde o seu cartão Medicare num local seguro, para o caso de vir a precisar dele mais tarde. **Utilize o seu cartão Rhode Island Medicaid ("anchor") para serviços dentários e transporte médico não urgente (NEMT).** Consulte o Capítulo 4 para obter mais informações sobre quando utilizar o seu cartão Rhode Island Medicaid ("anchor"). Se mostrar o seu cartão Medicare em vez do seu Cartão de Identificação de Membro do Neighborhood INTEGRITY, o prestador pode cobrar o Medicare em vez do nosso plano, e o membro pode receber uma fatura. Consulte o Capítulo 7, Secção A, para saber o que fazer se receber uma fatura de um prestador.

J2. Diretório de Prestadores e Farmácias

O *Diretório de Prestadores e Farmácias* lista os fornecedores e farmácias na rede do Neighborhood INTEGRITY. Enquanto for membro do nosso plano, tem de utilizar os prestadores da rede para obter os serviços cobertos. Existem algumas exceções quando adere pela primeira vez ao nosso plano (consulte a página 41).

Pode solicitar um Diretório de Prestadores e Farmácias (em formato eletrónico ou em papel) ligando para os Serviços para Membros através do número 1-844-812-6896. Os pedidos de cópias impressas do Diretório de Prestadores e Farmácias ser-lhe-ão enviados por correio no prazo de três dias úteis. Pode também consultar o *Diretório de Prestadores e Farmácias* em www.nhpri.org/INTEGRITY ou descarregá-lo do sítio Web.



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 (TDD 711), das 8h00 às 20h00, de segunda a sexta-feira; das 8h00 às 12h00 ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

O Diretório de Prestadores e Farmácias lista os profissionais de saúde (como médicos, enfermeiros e psicólogos), instalações (como hospitais ou clínicas) e prestadores de apoio (como prestadores de Cuidados de Saúde Diurnos para Adultos e Cuidados de Saúde ao Domicílio) que pode ver como Membro do Neighborhood INTEGRITY. Este diretório também indica as farmácias que um Membro pode utilizar para obter incluindo medicamentos sujeitos a receita médica.

O Diretório de Prestadores e Farmácias contém o endereço e as informações de contacto do fornecedor e da farmácia, bem como outros detalhes, tais como dias e horas de funcionamento, especialidades e competências para todos os prestadores e farmácias na rede do Neighborhood INTEGRITY.

Definição de fornecedores de rede

- Os prestadores de rede do Neighborhood INTEGRITY incluem:
 - Médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde que pode consultar como Membro do nosso plano;
 - Clínicas, hospitais, instalações de enfermagem e outros locais que prestam serviços de saúde ao nosso plano; e
 - Agências de saúde ao domicílio, fornecedores de equipamento médico duradouro e outros que forneçam bens e serviços que obtém através do Medicare ou do Rhode Island Medicaid.

Os prestadores da rede concordaram em aceitar o pagamento do nosso plano pelos serviços cobertos como pagamento integral. Se obtiver ou se tornar elegível para serviços e apoios a longo prazo, poderá ter de pagar parte do custo destes serviços. Isto é conhecido como "comparticipação nos custos" e o montante é determinado pelo Rhode Island Medicaid.

Definição de farmácias da rede

- As farmácias da rede são farmácias (drogarias) que concordaram 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.

Contacte os Serviços para Membros através do número 1-844-812-6896 para obter mais informações. Tanto os Serviços para Membros como o website do Neighborhood INTEGRITY podem fornecer-lhe as informações mais atualizadas sobre as alterações na nossa rede de farmácias e prestadores.

Lista de Equipamentos Médicos Duradouros (DME)



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 (TDD 711), das 8h00 às 20h00, de segunda a sexta-feira; das 8h00 às 12h00 ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Com este *Manual do Membro*, enviámos-lhe a Lista de Equipamentos Médicos Duradouros do Neighborhood INTEGRITY. Esta lista indica-lhe as marcas e os fabricantes de DME que cobrimos. A lista mais recente de marcas, fabricantes e fornecedores está também disponível no nosso sítio Web em www.nhpri.org/INTEGRITY. Consulte o [Capítulo 4](#) para saber mais sobre DME.

J3. Lista de Medicamentos Cobertos

O plano tem uma *Lista de Medicamentos Cobertos*. Chamamos-lhe "Lista de Medicamentos", para abreviar. Indica quais os medicamentos sujeitos a receita médica que estão cobertos pelo Neighborhood INTEGRITY.

A lista de medicamentos também indica se existem regras ou restrições relativamente a alguns medicamentos, como por exemplo um limite da quantidade que pode obter. Para mais informações sobre estas regras e restrições, consulte o Capítulo 5, Secção C.

Todos os anos, enviar-lhe-emos informações sobre como aceder à lista de medicamentos, mas podem ocorrer algumas alterações durante o ano. Para obter as informações mais atualizadas sobre os medicamentos que são cobertos, visite www.nhpri.org/INTEGRITY ou ligue para 1-844-812-6896.

J4. A Explicação dos Benefícios

Sempre que utilizar os benefícios referentes a medicamentos sujeitos a receita médica de Parte D, enviar-lhe-emos um relatório de resumo para o ajudar a compreender e a manter um registo dos pagamentos referentes aos seus medicamentos sujeitos a receita médica da Parte D. Este relatório de resumo é designado por *Explicação dos benefícios* (ou "EDB").

A EOB informa-o do montante total que o membro, ou outros em seu nome, tem usado nos seus incluindo medicamentos sujeitos a receita médica da Parte D, e o valor total que nós pagámos por cada um dos seus medicamentos sujeitos a receita médica Parte D, durante o mês. A EOB tem mais informações sobre os medicamentos que toma. O Capítulo 6 fornece mais informações sobre a EOB e como pode ajudá-lo a acompanhar a sua cobertura de medicamentos.

A EOB também está disponível quando pedir uma. Para pedir uma cópia, contacte os Serviços para Membros.

Tem a opção de receber a sua Explicação dos Benefícios da Parte D eletronicamente. A versão eletrónica fornece as mesmas informações, no mesmo formato, do documento em papel da Explicação dos Benefícios, que recebe hoje. Para começar a receber uma Explicação dos Benefícios eletrónica, vá a www.caremark.com ou ligue para os Serviços para Membros para se registar. Receberá uma notificação por correio eletrónico 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.



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 (TDD 711), das 8h00 às 20h00, de segunda a sexta-feira; das 8h00 às 12h00 ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

K. Como manter o seu registo de membro atualizado

Pode manter o seu registo de membro atualizado comunicando-nos sempre que as suas informações forem alteradas.

Os prestadores e as farmácias da rede do plano precisam de ter as informações corretas sobre si.

Utilizam o seu registo de membro para saber quais os serviços e medicamentos que recebe e quanto lhe custam. Por isso, é muito importante que nos ajude a manter os seus dados atualizados.

Informe-nos do seguinte:

- alterações no seu nome, no seu endereço ou no seu número de telefone
- alterações em qualquer outra cobertura de seguro de saúde, como do seu empregador, do empregador do seu cônjuge ou empregador do seu parceiro doméstico, ou da compensação dos trabalhadores
- quaisquer reclamações de responsabilidade, tais como indemnizações de um acidente de automóvel
- admissão num lar de idosos ou hospital
- cuidados num hospital ou numa sala de emergência que esteja fora da área ou fora da rede
- alterações de quem é o seu cuidador (ou alguém responsável por si)
- o membro faz parte ou vai fazer parte de um estudo de pesquisa clínica (NOTA: Não é obrigado a informar o seu plano sobre os estudos de pesquisa clínica dos quais pretende participar, mas incentivamos a fazê-lo).

Se alguma informação for alterada, informe-nos ligando para os Serviços para Membros através do número 1-844-812-6896.

K1. A privacidade das informações pessoais de saúde (PHI)

As informações no seu registo de membro podem incluir informações pessoais de saúde (PHI). As leis exigem que mantenhamos as suas PHI privadas. Garantimos que as suas PHI estão protegidas. Para mais informações sobre como protegemos as suas PHI, consulte o Capítulo 8, Secção C1.



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 (TDD 711), das 8h00 às 20h00, de segunda a sexta-feira; das 8h00 às 12h00 ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Capítulo 2: Números de telefone e recursos importantes

Introdução

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

Índice

A. Como contactar os Serviços para Membros do Neighborhood INTEGRITY	16
A1. Quando contactar os Serviços para Membros	16
B. Como contactar o seu gestor de cuidados	19
B1. Quando contactar o seu gestor de cuidados	19
C. Como contactar a Linha de Aconselhamento de Enfermagem	20
C1. Quando contactar a Linha de Aconselhamento de Enfermagem	20
D. Como contactar a Linha de Crise de Saúde Comportamental	21
D1. Quando contactar a Linha de Crise de Saúde Comportamental	21
E. Como contactar o Programa de Assistência de Seguro de Saúde do Estado (SHIP) e o Programa de Apoio à Inscrição Medicare-Medicaid (MME)	21
E1. Quando falar com um conselheiro do SHIP	22
E2. Quando falar com um conselheiro do MME	22
F. Como contactar a Organização para a Melhoria da Qualidade (QIO)	23
F1. Quando contactar a KEPRO	23
G. Como contactar o Medicare	23
H. Como contactar o Rhode Island Medicaid	24
H1. Informações gerais sobre os programas Medicaid	24
H2. Informações sobre os Serviços e Apoios a Longo Prazo (LTSS) do Medicaid	25



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 (TDD 711), das 8h00 às 20h00, de segunda a sexta-feira; das 8h00 às 12h00 ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

I. Como entrar em contacto o Provedor de Cuidados de Saúde RIPIN (Healthcare Advocate).....	25
J. Como contactar a Aliança para Melhores Cuidados de Longa Duração.....	26
K. Outros recursos	26

A. Como contactar os Serviços para Membros do Neighborhood INTEGRITY

TELEFONE	1-844-812-6896 Esta chamada é gratuita. Das 8:00 às 20:00 horas, de segunda a sexta-feira; das 8:00 às 12:00 horas ao sábado. Aos sábados à tarde, domingos e feriados, pode ser-lhe pedido que deixe uma mensagem. A sua chamada será respondida no dia útil seguinte. Dispomos de serviços de intérpretes gratuitos para pessoas que não falam inglês.
TDD	711 Esta chamada é gratuita. Das 8:00 às 20:00 horas, de segunda a sexta-feira; das 8:00 às 12:00 horas ao sábado. Aos sábados à tarde, domingos e feriados, pode ser-lhe pedido que deixe uma mensagem. A sua chamada será respondida no dia útil seguinte.
CORREIO	Neighborhood Health Plan of Rhode Island A/C: Serviços para Membros 910 Douglas Pike Smithfield, RI 02917
SÍTIO WEB	www.nhpri.org/INTEGRITY

A1. Quando contactar os Serviços para Membros

- perguntas sobre o plano
- perguntas sobre pedidos de indemnização, faturação ou cartões de identificação de membro
- decisões de cobertura sobre os seus cuidados de saúde
 - Uma decisão de cobertura sobre os seus cuidados de saúde é uma decisão sobre:



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 (TDD 711), das 8h00 às 20h00, de segunda a sexta-feira; das 8h00 às 12h00 ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

- os seus benefícios e serviços cobertos, **ou**
 - o montante que pagaremos pelos seus serviços de saúde.
- Se tiver dúvidas sobre uma decisão de cobertura sobre os cuidados de saúde, ligue-nos.
- Para saber mais sobre as decisões de cobertura, consulte o Capítulo 9, Secção D.
- recursos sobre os seus cuidados de saúde
 - Um recurso é uma maneira formal de pedir-nos para rever uma decisão que tomámos sobre a sua cobertura e solicitar-nos que seja alterada, se achar que cometemos um erro.
 - Para saber mais sobre como recorrer, consulte o Capítulo 9, Secção D.
- queixas sobre os seus cuidados de saúde
 - Pode apresentar uma queixa contra nós ou qualquer prestador (incluindo um prestador que não pertença à rede ou à rede). Um prestador da rede é um prestador que trabalha com o plano de saúde. Também pode apresentar uma queixa a nós ou à Organização para a Melhoria da Qualidade sobre a qualidade dos cuidados que recebeu (consulte a Secção F abaixo).
 - Se a sua queixa for sobre uma decisão de cobertura relativa aos seus cuidados de saúde, pode apresentar um recurso (consulte a secção acima).
 - Pode enviar uma queixa sobre o Neighborhood INTEGRITY diretamente para o Medicare. Pode utilizar um formulário em linha em www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Ou pode telefonar para o número 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para pedir ajuda.
 - Para saber mais sobre como apresentar uma queixa sobre os seus cuidados de saúde, consulte o Capítulo 9, Secção J.
- 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 montante que pagaremos pelos seus medicamentos.
 - Isto aplica-se aos seus medicamentos Parte D, medicamentos sujeitos a receita médica do Rhode Island Medicaid e medicamentos de venda livre do Rhode Island Medicaid.



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 (TDD 711), das 8h00 às 20h00, de segunda a sexta-feira; das 8h00 às 12h00 ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

- Para mais informações sobre as decisões de cobertura dos medicamentos sujeitos a receita médica, consulte o Capítulo 9, Secções E e F.
- recursos sobre os seus medicamentos
 - Um recurso é uma forma de nos pedir para alterar uma decisão de cobertura.
 - Pode solicitar um recurso para os seus medicamentos sujeitos a receita médica Medicaid ou Parte D ligando para os Serviços para Membros através do número 1-844-812-6896 (TDD 711). Os medicamentos que não fazem parte dos medicamentos da Parte D são codificados como "DP" na nossa Lista de Medicamentos; estes medicamentos são Medicaid.
 - Para mais informações sobre como apresentar um recurso sobre os seus medicamentos sujeitos a receita médica, consulte o Capítulo 9, Secções E e F.
- queixas sobre os seus medicamentos
 - Pode apresentar uma queixa contra nós ou contra qualquer farmácia. Isto inclui uma queixa sobre os seus medicamentos sujeitos a receita médica.
 - Se a sua queixa for sobre uma decisão de cobertura relativa aos seus medicamentos sujeitos a receita médica, pode apresentar um recurso. (Consulte a secção acima).
 - Pode enviar uma queixa sobre o Neighborhood INTEGRITY diretamente para o Medicare. Pode utilizar um formulário online www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Ou pode telefonar para o número 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para pedir ajuda.
 - Para mais informações sobre como apresentar uma queixa sobre os seus medicamentos sujeitos a receita médica, consulte o Capítulo 9, Secção J.
- pagamento de cuidados de saúde ou medicamentos que já pagou
 - Para mais informações sobre como solicitar o seu reembolso ou o pagamento de uma fatura que recebeu, consulte o Capítulo 7, Secção A.

Se nos pedir para pagar uma conta e negarmos qualquer parte do seu pedido, pode recorrer da nossa decisão. Para mais informações sobre os recursos, consulte o Capítulo 9, Secções E3 e F5.



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 (TDD 711), das 8h00 às 20h00, de segunda a sexta-feira; das 8h00 às 12h00 ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

B. Como contactar o seu gestor de cuidados

Um Gestor de Cuidados é um profissional de saúde licenciado (pode ser um Enfermeiro Registrado (RN) ou um assistente social) 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 8:00 às 20:00 horas, de segunda a sexta-feira; das 8:00 às 12:00 horas ao sábado. Aos sábados à tarde, domingos e feriados, pode ser-lhe pedido que deixe uma mensagem. A sua chamada será respondida no dia útil seguinte. Dispomos de serviços de intérpretes gratuitos para pessoas que não falam inglês.
TDD	711 Esta chamada é gratuita. Das 8:00 às 20:00 horas, de segunda a sexta-feira; das 8:00 às 12:00 horas ao sábado. Aos sábados à tarde, domingos e feriados, pode ser-lhe pedido que deixe uma mensagem. A sua chamada será respondida no dia útil seguinte.
CORREIO	Neighborhood Health Plan of Rhode Island A/C: Gestão de Cuidados 910 Douglas Pike Smithfield, RI 02917
SÍLIO WEB	www.nhpri.org/INTEGRITY

B1. Quando contactar o seu gestor de cuidados

- perguntas sobre os seus cuidados de saúde
- perguntas sobre como obter serviços de saúde comportamental, transporte e serviços de longo prazo e apoio social (LTSS)

Os indivíduos que têm um nível alto ou mais alto de necessidade de cuidados, e que de outra forma necessitariam de cuidados institucionais, podem ser elegíveis para Serviços de Longo Prazo e Apoio Social (LTSS) nas suas casas. Os LTSS são uma variedade de serviços e apoios que ajudam os



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 (TDD 711), das 8h00 às 20h00, de segunda a sexta-feira; das 8h00 às 12h00 ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

idosos e as pessoas com deficiência a satisfazer as suas necessidades diárias de assistência e a melhorar a qualidade das suas vidas para que possam permanecer em segurança na comunidade.

Às vezes, pode conseguir ajuda para suas necessidades diárias de cuidados de saúde e de vida. É possível que consiga obter estes serviços:

- cuidados de enfermagem qualificados
- fisioterapia
- terapia ocupacional
- terapia da fala
- serviços sociais médicos
- cuidados de saúde ao domicílio

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. As enfermeiras podem ajudá-lo a decidir qual o melhor lugar para receber os seus cuidados, como o seu médico, cuidados de urgência ou sala de emergência. Também podem ajudar a responder a perguntas sobre as suas preocupações de saúde, perguntas sobre medicamentos 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. Dispomos de serviços de intérpretes gratuitos para pessoas que não falam inglês.
TDD	711 Esta chamada é gratuita. 24 horas por dia, 7 dias por semana.

C1. Quando contactar a Linha de Aconselhamento de Enfermagem

- perguntas sobre os seus cuidados de saúde



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 (TDD 711), das 8h00 às 20h00, de segunda a sexta-feira; das 8h00 às 12h00 ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

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 uso de substâncias.

TELEFONE	1-401-443-5995 Esta chamada é gratuita. 24 horas por dia, 7 dias por semana. Dispomos de serviços de intérpretes gratuitos para pessoas que não falam inglês.
TDD	711 Esta chamada é gratuita. 24 horas por dia, 7 dias por semana.

D1. Quando contactar a Linha de Crise de Saúde Comportamental

- perguntas sobre os serviços de saúde comportamental
- perguntas sobre serviços de distúrbio por uso de substâncias

E. Como contactar o Programa de Assistência de Seguro de Saúde do Estado (SHIP) e o Programa de Apoio à Inscrição Medicare-Medicaid (MME)

O Programa de Assistência de Seguro de Saúde do Estado (SHIP) oferece aconselhamento de seguro de saúde gratuito a pessoas com Medicare. Em Rhode Island, o SHIP é fornecido pelo Gabinete de Envelhecimento Saudável (OHA - Office of Healthy Aging).

O Programa de Apoio à Inscrição Medicare-Medicaid (MME) dá aconselhamento gratuito e individual sobre seguros de saúde a pessoas com Medicare e Medicaid. Em Rhode Island, o MME é fornecido pelo The POINT.

O SHIP e o The POINT não estão relacionados com nenhuma companhia de seguro ou plano de saúde.



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 (TDD 711), das 8h00 às 20h00, de segunda a sexta-feira; das 8h00 às 12h00 ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

TELEFONE	SHIP de Rhode Island: 1-888-884-8721 Das 8:30 às 16:00, de segunda a sexta-feira The POINT: 1-401-462-4444 Das 8:30 às 16:00, de segunda a sexta-feira
TDD	711
CORREIO	Office of Health Aging, Louis Pasteur Building 57 Howard Avenue Cranston, RI 02920 Ao cuidado de: SHIP Program
SÍTIO WEB	www.oha.ri.gov

E1. Quando falar com um conselheiro do SHIP

- perguntas sobre o seu seguro de saúde Medicare
 - Os conselheiros do SHIP podem responder às suas perguntas sobre a alteração para um novo plano Medicare e podem ajudá-lo a:
 - entender as suas escolhas de plano,
 - entender os seus direitos,
 - apresentar queixas sobre os seus cuidados de saúde ou tratamento, e
 - corrigir problemas com as suas contas.

E2. Quando falar com um conselheiro do MME

- perguntas sobre as suas opções de seguro de saúde porque é elegível para Medicare e Medicaid
 - Os conselheiros do MME no The POINT podem ajudá-lo a:
 - compreender as suas escolhas de seguro de saúde através de opções de aconselhamento individual,
 - entender os seus direitos,
 - resolver quaisquer problemas com a elegibilidade do Medicaid, e
 - aceder a cobertura de medicamentos sujeitos a receita médica temporária Parte D, se necessário



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 (TDD 711), das 8h00 às 20h00, de segunda a sexta-feira; das 8h00 às 12h00 ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

F. Como contactar a Organização para a Melhoria da Qualidade (QIO)

O nosso estado tem uma organização chamada KEPRO. Este é um grupo de médicos e outros profissionais de saúde que ajudam a melhorar a qualidade dos cuidados para as pessoas com Medicare. A KEPRO não está relacionada com o nosso plano.

TELEFONE	1-888-319-8452
TDD	1-844-843-4776 Este número destina-se a pessoas com problemas de audição ou de fala. É necessário dispor de um equipamento telefónico especial para o chamar.
CORREIO	KEPRO 5700 Lombardo Center Drive, Suite 100 Seven Hills, OH 44131
SÍTIO WEB	www.keproqio.com

F1. Quando contactar a KEPRO

- perguntas sobre os seus cuidados de saúde
 - Pode apresentar uma queixa sobre os cuidados que recebeu se:
 - tiver um problema com a qualidade do cuidado,
 - achar que sua estadia no hospital está a terminar muito cedo, **ou**
 - achar que o seu cuidado domiciliário de saúde, o serviço de enfermagem especializado ou a unidade de reabilitação ambulatória (CORF - Centro de Reabilitação Ambulatório Integral) estão a terminar muito cedo.

G. Como contactar o Medicare

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

A agência federal responsável do Medicare são os Centro dos Serviços Medicare e Medicaid ou CMS.



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 (TDD 711), das 8h00 às 20h00, de segunda a sexta-feira; das 8h00 às 12h00 ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

TELEFONE	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) As chamadas para este número são gratuitas, 24 horas por dia, sete dias por semana.
TDD	1-877-486-2048 A chamada é gratuita. Este número destina-se a pessoas com problemas de audição ou de fala. É necessário dispor de um equipamento telefónico especial para o chamar.
SÍTIO WEB	www.medicare.gov Esta é a página oficial do Medicare. Fornece-lhe informações atualizadas sobre o Medicare. Também pode encontrar informações sobre hospitais, casas de repouso, médicos, agências de saúde domiciliares, instituições de hemodiálise, instalações de reabilitação para doentes internados e lares de idosos. Inclui páginas e números de telefone úteis. Também contém folhetos que pode imprimir diretamente do seu computador. Se não tiver um computador, a sua biblioteca local ou centro sénior pode ajudá-lo a visitar esta página utilizando o computador. Ou pode telefonar para o Medicare através do número acima e dizer o que está à procura. Eles irão encontrar as informações na página, irão imprimir e irão enviar para si.

H. Como contactar o Rhode Island Medicaid

O Medicaid ajuda com os cuidados de saúde e serviços de longo prazo e suporta os custos para as pessoas com rendimentos e recursos limitados.

Está inscrito no Medicare e Medicaid. Se tiver perguntas sobre a ajuda que recebe do Medicaid, ligue para o Rhode Island Medicaid.

H1. Informações gerais sobre os programas Medicaid

TELEFONE	1-855-697-4347 Das 8:30 às 15:30, de segunda a sexta-feira
TDD	711
CORREIO	Virks Building, 3 West Road, Cranston, RI 02920
SÍTIO WEB	www.dhs.ri.gov



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 (TDD 711), das 8h00 às 20h00, de segunda a sexta-feira; das 8h00 às 12h00 ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

H2. Informações sobre os Serviços e Apoios a Longo Prazo (LTSS) do Medicaid

TELEFONE	1-401-574-8474 Das 8:30 às 15:30, de segunda a sexta-feira
TDD	711
CORREIO	DHS Long-Term Services and Supports P.O. Box 8709, Cranston, RI 02920
EMAIL	dhs.ltss@dhs.ri.gov
SÍTIO WEB	www.dhs.ri.gov
FAX	1-401-574-9915

I. Como entrar em contacto o Provedor de Cuidados de Saúde RIPIN (Healthcare Advocate)

O Provedor de Cuidados de Saúde RIPIN trabalha como um advogado em seu nome. Podem responder a perguntas se tiver um problema ou uma queixa e podem ajudá-lo a compreender o que deve fazer. O Provedor de Cuidados de Saúde RIPIN também ajuda as pessoas inscritas no Neighborhood INTEGRITY com serviço ou problemas de faturação. Não estão ligados ao nosso plano ou a qualquer companhia de seguros ou plano de saúde. Os seus serviços são gratuitos.

TELEFONE	1-855-747-3224 Das 8:00 às 17:00, de segunda a sexta-feira
TDD	711
CORREIO	300 Jefferson Boulevard, Warwick, RI 02888
EMAIL	HealthcareAdvocate@ripin.org
SÍTIO WEB	www.ripin.org/services/



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 (TDD 711), das 8h00 às 20h00, de segunda a sexta-feira; das 8h00 às 12h00 ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

J. Como contactar a Aliança para Melhores Cuidados de Longa Duração

A Aliança para Melhores Cuidados de Longa Duração é um programa de mediação que ajuda as pessoas a aprender sobre lares de idosos e outras facilidades de cuidados a longo prazo. Também ajuda a resolver problemas entre estes contextos e os residentes ou as suas famílias.

TELEFONE	1-401-785-3340 ou 1-888-351-0808 Das 9:00 às 16:30, de segunda a sexta-feira
TDD	711
CORREIO	422 Post Road, Suite 204 Warwick, RI 02888
SÍTIO WEB	www.alliancebltc.org

K. Outros recursos

O **Gabinete de Envelhecimento Saudável de Rhode Island** ajuda a fornecer informações aos idosos, às suas famílias e aos seus cuidadores. Alguns programas e serviços incluem, entre outros, gestão de processos, assistência em aquecimento, assistência jurídica, Cuidados Continuados e Apoio Social em Rhode Island (LTSS) e denúncia de abuso a idosos.

TELEFONE	1-401-462-3000
TDD	711
CORREIO	Office of Healthy Aging 25 Howard Avenue, Bldg. 57 Cranston, RI 02920
SÍTIO WEB	www.oha.ri.gov



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 (TDD 711), das 8h00 às 20h00, de segunda a sexta-feira; das 8h00 às 12h00 ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

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

TELEFONE	1-855-697-4347
TDD	711
SÍTIO WEB	www.dhs.ri.gov/DHSOffices/index.php

A **Crossroads Rhode Island** oferece informações sobre habitação a preços razoáveis para famílias e indivíduos, educação e serviços de emprego, além de acesso aos serviços de emergência 24 horas por dia, 7 dias por semana.

TELEFONE	1-401-521-2255
TDD	711
CORREIO	160 Broad Street Providence, RI 02903
SÍTIO WEB	www.crossroadsri.org

O **Centro de Direito das Pessoas com Deficiência de Rhode Island (RIDLC)** é um escritório de advocacia independente sem fins lucrativos designado de Sistema Federal de Proteção e Advocacia de Rhode Island. Esta instituição ajuda a fornecer assistência jurídica gratuita às pessoas com deficiência.

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



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 (TDD 711), das 8h00 às 20h00, de segunda a sexta-feira; das 8h00 às 12h00 ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

O **United Way de Rhode Island** fornece informações gratuitas e confidenciais sobre assistência com necessidades de serviços humanos tais como alimentação e cuidados infantis.

TELEFONE	211 ou 1-401-444-0600
TDD	711
CORREIO	50 Valley Street Providence, RI 02909
SÍTIO WEB	www.uwri.org



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 (TDD 711), das 8h00 às 20h00, de segunda a sexta-feira; das 8h00 às 12h00 ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

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

Introdução

Este capítulo tem termos e regras específicos que precisa saber para conseguir cuidados de saúde e outros serviços cobertos com o Neighborhood INTEGRITY. Também o informa sobre o seu gestor de cuidados, como obter cuidados de diferentes tipos de prestadores e em determinadas circunstâncias especiais (incluindo de prestadores ou farmácias que não pertencem à rede), o que fazer quando lhe são cobrados diretamente serviços cobertos pelo nosso plano e as regras para possuir Equipamento Médico Duradouro (DME). Os termos-chave e as suas definições aparecem por ordem alfabética no último capítulo do *Manual do Membro*.

Índice

A. Informações sobre "serviços", "serviços cobertos", "prestadores" e "prestadores da rede"	31
B. Regras para receber os seus cuidados de saúde, saúde comportamental e serviços de longo prazo e apoio social (LTSS) cobertos pelo plano	31
C. Informação sobre o seu gestor de cuidados.....	33
C1. O que é um gestor de cuidados.....	33
C2. Como pode contactar o seu gestor de cuidados.....	33
C3. Como pode alterar o seu gestor de cuidados	33
D. Cuidados dos prestadores de cuidados de saúde primários, especialistas, outros prestadores da rede e fora da rede	33
D1. Cuidados de um prestador de cuidados primários.....	33
D2. Cuidados de especialistas e outros prestadores da rede	35
D3. O que fazer quando um prestador deixar o nosso plano.....	36
D4. Como receber cuidados de prestadores de fora da rede.....	37
E. Como receber serviços de longo prazo e apoio social (LTSS).....	37
F. Como receber serviços de saúde comportamental	38
G. Como receber cuidados orientados.....	38



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 (TDD 711), das 8h00 às 20h00, de segunda a sexta-feira; das 8h00 às 12h00 ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

G1. O que são cuidados orientados	38
G2. Quem pode receber cuidados orientados	38
G3. Como obter ajuda para contratar prestadores de cuidados pessoais	38
H. Como ter acesso aos serviços de transporte	39
I. Como receber serviços cobertos em caso de emergência médica ou necessidade urgente de cuidados ou durante um desastre	40
I1. Cuidados de saúde quando tiver uma emergência médica	40
I2. Cuidados urgentes necessários	41
I3. Cuidados durante uma catástrofe	42
J. O que fazer se for cobrado diretamente por serviços cobertos pelo nosso plano	43
K. Cobertura de serviços de saúde quando participar num estudo de pesquisa clínica	43
K1. Definição de um estudo de pesquisa clínica	43
K2. Pagamento dos serviços quando participa num estudo de pesquisa clínica	44
K3. Saber mais sobre estudos de investigação clínica	44
L. Como os seus serviços de cuidados de saúde são cobertos quando recebe cuidados numa instituição religiosa de cuidados de saúde não médicos	45
L1. Definição de uma instituição religiosa de cuidados de saúde não médicos	45
L2. Receber cuidados de uma instituição religiosa de cuidados de saúde não médicos	45
M. Equipamento Médico Duradouro (DME)	46
M1. DME como membro do nosso plano	46
M2. Propriedade do DME quando muda para o Original Medicare ou o Medicare Advantage	46
M3. Benefícios do equipamento de oxigénio como Membro do nosso plano	47
M4. Equipamento de oxigénio quando muda para o Original Medicare ou Medicare Advantage	47



A. Informações sobre "serviços", "serviços cobertos", "prestadores" e "prestadores da rede"

Os serviços são cuidados de saúde, serviços e apoios a longo prazo (LTSS), fornecimentos, saúde comportamental, medicamentos sujeitos a receita médica e de venda livre, equipamento e outros serviços. Os serviços cobertos são qualquer um destes serviços que o nosso plano paga. Os cuidados de saúde e serviços de longo prazo e apoio social cobertos estão indicados na Tabela de Benefícios, no Capítulo 4.

Os prestadores são médicos, enfermeiros e outras pessoas que prestam serviços e cuidados. O termo "prestadores" também inclui hospitais, agências de saúde domiciliárias, clínicas e outros locais que oferecem serviços de assistência médica, equipamentos médicos e serviços de longo prazo e apoio social.

Os prestadores da rede são prestadores que trabalham com o plano de saúde. Estes prestadores concordaram em aceitar o nosso pagamento como pagamento total. Os prestadores da rede cobram-nos diretamente pelos cuidados que lhe prestam. Quando utiliza um prestador da rede, normalmente não paga nada pelos serviços cobertos. No entanto, se for elegível para serviços de longo prazo e apoio social (LTSS), pode ter de pagar parte do custo desses serviços. Isto é conhecido como "comparticipação nos custos" e o montante é determinado pelo Rhode Island Medicaid.

B. Regras para receber os seus cuidados de saúde, saúde comportamental e serviços de longo prazo e apoio social (LTSS) cobertos pelo plano

O Neighborhood INTEGRITY cobre todos os serviços cobertos pelo Medicare e a maioria dos serviços cobertos pelo Rhode Island Medicaid. Estes serviços incluem a saúde comportamental e os serviços de longo prazo e apoio social. No entanto, determinados benefícios do Medicaid ainda serão cobertos pelo Rhode Island Medicaid, como os seus serviços dentários e de transporte médico não emergencial (NEMT). Podemos ajudá-lo a aceder a estes serviços.

O Neighborhood INTEGRITY, geralmente, pagará pelos cuidados de saúde e serviços que receber, se seguir as regras do plano. Para ser coberto pelo nosso plano:

- Os cuidados que recebe devem ser um **benefício do plano**. Isto significa que deve ser incluído na Tabela de Benefícios do plano. (A tabela está no Capítulo 4 deste manual).
- O cuidado deve ser **medicamento necessário**. Medicamento necessário significa que precisa de serviços para prevenir, diagnosticar ou tratar uma condição relacionada com a saúde, prevenir que uma condição de saúde piore ou para manter o seu estado de saúde atual. Isto inclui cuidados que o impedem de ir para um hospital ou lar de idosos. Também significa que os serviços, fornecimentos, equipamentos ou medicamentos cumprem as normas normal aceites na prática médica.



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 (TDD 711), das 8h00 às 20h00, de segunda a sexta-feira; das 8h00 às 12h00 ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

- Deve ter um **prestador de cuidados primários (PCP)** da rede que solicitou o cuidado ou que lhe pediu para consultar outro prestador. Como um membro do plano, deve escolher um prestador da rede para ser seu PCP.
 - Não precisa de um encaminhamento do seu PCP para cuidados de emergência, cuidados urgentemente necessários, cuidados de saúde comportamental ou para consultar um prestador de saúde para mulheres. Pode obter outros tipos de cuidados sem ter de obter um encaminhamento do seu PCP. Para saber mais sobre isto, consulte a página 36.
 - Para saber mais como escolher um PCP, consulte a página 33.
 - **Nota:** Pelo menos durante os primeiros 180 dias em que estiver inscrito no nosso plano, pode continuar a utilizar os seus actuais prestadores de serviços, sem qualquer custo, se estes não fizerem parte da nossa rede. Isto é conhecido como uma continuidade do período de cuidados. Durante os primeiros 180 dias em que estiver inscrito no nosso plano, o nosso gestor de cuidados contactá-lo-á para o ajudar a encontrar prestadores da nossa rede. Após o fim do período de continuidade dos cuidados, deixaremos de cobrir os seus cuidados se continuar a utilizar prestadores não pertencentes à rede.
- **Deve receber os seus cuidados dos prestadores da rede.** Normalmente, o plano não cobre os cuidados de um profissional que não trabalha com o plano de saúde. Aqui estão alguns casos em que esta regra não se aplica:
 - O plano cobre cuidados de emergência ou urgentes prestados por um prestador não pertencente à rede. Para mais informações e para saber o que são cuidados de emergência ou urgentes, consulte a Secção I, página 41.
 - Se precisar de cuidados cobertos pelo nosso plano e os nossos prestadores da rede não os poderem dar, pode obtê-los através de um prestador fora da rede. Antes de receber o serviço, o seu prestador deve submeter uma autorização prévia e obter a aprovação do Neighborhood. Nesta situação, cobriremos o cuidado sem nenhum custo para si. Para saber como obter a autorização para consultar um prestador de fora da rede, consulte a Secção 33.
 - O plano cobre os serviços de diálise renal quando se encontra fora da área de serviço do plano ou quando o seu prestador deste serviço não está disponível ou está inacessível durante um curto período de tempo. Pode receber estes serviços num centro de hemodiálise certificado pelo Medicare.
 - Quando aderir ao plano pela primeira vez, pode continuar a utilizar os prestadores que utiliza atualmente durante 180 dias após a sua primeira inscrição ou até o seu plano de cuidados estar completo.



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 (TDD 711), das 8h00 às 20h00, de segunda a sexta-feira; das 8h00 às 12h00 ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

- Os serviços de planeamento familiar estão disponíveis em qualquer prestador de serviços. Não precisa de uma autorização para estes serviços.

C. Informação sobre o seu gestor de cuidados

C1. O que é um gestor de cuidados

- Um Gestor de Cuidados é um profissional de saúde licenciado (pode ser um Enfermeiro Registado (RN) ou um assistente social) 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.

C2. Como pode contactar o seu gestor de cuidados

- O número direto do seu Gestor de Cuidados será indicado no seu plano de cuidados nas informações da equipa de cuidados.
- Também pode entrar em contacto com o seu Gestor de Cuidados ao ligar para os Serviços para Membros e solicitar para falar com o Gestor de Cuidados através do número 1-844-812-6896 (TDD 711) entre as 8h00 e as 20h00, de segunda a sexta-feira; e das 8h00 às 12h00, ao sábado. Aos sábados à tarde, domingos e feriados, pode ser-lhe pedido que deixe uma mensagem. A sua chamada será respondida no dia útil seguinte. Esta chamada é gratuita.

C3. Como pode alterar o seu gestor de cuidados

- Pode solicitar a alteração do seu Gestor de Cuidados ligando para os Serviços para Membros através do número 1-844-812-6896 (TDD 711) entre as 8h00 e as 20h00, de segunda a sexta-feira; das 8h00 às 12h00 ao sábado. Aos sábados à tarde, domingos e feriados, pode ser-lhe pedido que deixe uma mensagem. A sua chamada será respondida no dia útil seguinte. Esta chamada é gratuita.

D. Cuidados dos prestadores de cuidados de saúde primários, especialistas, outros prestadores da rede e fora da rede

D1. Cuidados de um prestador de cuidados primários

Deve escolher um *prestador* de cuidados primários (PCP) para providenciar e gerir os seus cuidados.

Definição de "PCP" e o que um PCP faz por si

O seu Prestador de Cuidados Primários (PCP) é o seu principal prestador e será responsável por providenciar muitos dos seus serviços de cuidados primários e preventivos. O seu PCP será uma parte da sua Equipa de Cuidados. O seu PCP irá ajudá-lo a:



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 (TDD 711), das 8h00 às 20h00, de segunda a sexta-feira; das 8h00 às 12h00 ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

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

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

- Médico de Família;
- Medicina Interna;
- Clínica Geral;
- Geriatria;
- Ginecologia;
- Enfermeiro Clínico Certificado (CNP);
- Médico Assistente (PA);
- Enfermeiro Parteiro Certificado

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

A sua escolha do PCP

Pode escolher qualquer prestador de cuidados primários na nossa rede. Pode encontrar uma lista dos prestadores participantes no nosso sítio Web em www.nhpri.org/INTEGRITY. Contacte os Serviços para Membros através do número 1-844-812-6896 (TDD 711) se precisar de ajuda para encontrar um PCP participante na sua área. Se não escolher um PCP, atribuir-lhe-emos um.

Se já tiver escolhido um PCP e esse prestador não estiver listado no seu cartão de identificação de membro, pode contactar os Serviços para Membros para solicitar a alteração, ligando para 1-844-812-6896 (TDD 711).



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 (TDD 711), das 8h00 às 20h00, de segunda a sexta-feira; das 8h00 às 12h00 ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Opção para mudar o seu PCP

Pode mudar o seu PCP por qualquer motivo, a qualquer momento, ao longo do ano. Também é possível que o seu PCP saia da rede do nosso plano. Se o seu PCP deixar a nossa rede, iremos informá-lo e ajudá-lo a encontrar um novo PCP. Se não escolher um novo PCP, iremos atribuir-lhe um.

Se pretender alterar o seu PCP, contacte os Serviços para Membros através do número 1-844-812-6896 (TDD 711).

Iremos alterar o seu PCP com efeitos a partir da data do pedido e enviar-lhe-emos um novo cartão de identificação de membro.

D2. Cuidados de especialistas e outros prestadores da rede

Um especialista é um prestador que presta cuidados de saúde para uma doença específica ou parte do corpo. Existem vários tipos de especialistas. Aqui estão alguns exemplos:

- Os oncologistas cuidam de doentes com cancro.
- Os cardiologistas cuidam de doentes com problemas cardíacos.
- Os ortopedistas cuidam de doentes com problemas de ossos, articulações ou musculares.

É muito importante falar com o seu prestador de cuidados primários (PCP) antes de consultar um especialista. O Neighborhood não exige que tenha um encaminhamento para ver um especialista. No entanto, deve manter o seu PCP e o seu Gestor de Cuidados informados de qualquer alteração na sua saúde.

Depois de ver um especialista, ele pode pedir outros serviços ou medicamentos que possam exigir uma autorização prévia. Uma autorização prévia significa que o membro deve obter a aprovação do Neighborhood antes de obter um serviço específico, medicação ou consultar um prestador fora da rede. Normalmente, o seu prestador deverá enviar uma carta ou um formulário ao Neighborhood que explica a necessidade do serviço ou medicamento. Para mais informações, consulte a Tabela de Benefícios, no Capítulo 4.

A sua escolha de PCP não o limita a determinados especialistas ou hospitais. Se precisar de ajuda para encontrar um especialista, pode perguntar ao seu PCP ou visitar o nosso sítio Web www.nhpri.org/INTEGRITY para ver o nosso Diretório de Prestadores e Farmácias. Se precisar de ajuda, também pode contactar os Serviços para Membros através do número 1-844-812-6896 (TDD 711).



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 (TDD 711), das 8h00 às 20h00, de segunda a sexta-feira; das 8h00 às 12h00 ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

D3. O que fazer quando um prestador deixar o nosso plano

Um prestador da rede que está a utilizar pode sair do nosso plano. Se um dos seus prestadores deixar o nosso plano, tem certos direitos e certas proteções que estão resumidas em seguida:

- Embora, ao longo do ano, a nossa rede de prestadores possa mudar devemos proporcionar-lhe acesso contínuo aos cuidados de uma ampla rede de 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 primários ou de saúde comportamental deixar o nosso plano, notificá-lo-emos se tiver consultado esse prestador nos últimos três anos.
 - Se algum dos seus outros prestadores deixar o nosso plano, notificá-lo-emos se estiver atribuído ao prestador, se receber atualmente cuidados do mesmo ou se o tiver visto nos últimos três meses.
- Ajudá-lo-emos a selecionar um novo prestador qualificado dentro da rede para continuar a gerir as suas necessidades de cuidados de saúde.
- Se estiver atualmente a receber tratamento médico ou terapias com o seu prestador atual, tem o direito de pedir, e nós trabalharemos consigo para garantir, que o tratamento ou terapias medicamente necessários que está a receber continuem.
- Fornecer-lhe-emos informações sobre as opções que pode ter para mudar de plano.
- Se não conseguirmos encontrar um especialista qualificado da rede acessível ao membro, temos de arranjar um especialista não pertencente à rede para prestar os seus cuidados quando um prestador ou benefício da rede não estiver disponível ou for inadequado para satisfazer as suas necessidades médicas. O especialista fora da rede deve enviar uma autorização prévia e obter aprovação do Neighborhood antes de receber o serviço.
- Se considerar que não substituímos o seu anterior prestador por um prestador qualificado ou que os seus cuidados não estão a ser geridos de forma adequada, tem o direito de apresentar uma queixa ou recurso (consulte o Capítulo 9 para obter informações sobre a apresentação de queixas e recursos).

Se descobrir que um dos seus prestadores está a sair do nosso plano, contacte-nos para que o possamos ajudar a encontrar um novo prestador e a gerir os seus cuidados, ligando para os Serviços para Membros através do número 1-844-812-6896 (TDD 711).



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 (TDD 711), das 8h00 às 20h00, de segunda a sexta-feira; das 8h00 às 12h00 ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

D4. Como receber cuidados de prestadores de fora da rede

Se um prestador não pertencer à nossa rede, o membro ou o seu prestador serão responsáveis por entrar em contacto connosco para conseguir a autorização da sua visita fora da rede. A nossa equipa de profissionais de cuidados de saúde analisará todos os pedidos de autorização prévia. Podem existir certas limitações para a autorização, tais como o número de visitas. Se os serviços estiverem disponíveis dentro da rede do nosso plano, o pedido dos serviços pode ser negado. Tem sempre o direito de recorrer.

Se consultar um prestador de fora da rede, o prestador deve ser elegível para participar no Medicare e/ou Medicaid.

- Não podemos pagar um prestador que não seja elegível para participar no Medicare ou Medicaid.
- Se for a um prestador que não seja elegível para participar no Medicare e/ou Medicaid, deverá pagar o custo total dos serviços recebidos.
- Os prestadores devem informá-lo se não são elegíveis para participar no Medicare e/ou Medicaid.

E. Como receber serviços de longo prazo e apoio social (LTSS)

Os serviços de longo prazo e apoio social (LTSS) são benefícios que ajudam a cumprir as suas necessidades diárias de assistência como tomar banho, vestir-se, realizar compras de supermercado, lavar a roupa e tomar medicamentos. A maioria destes serviços é prestada em sua casa, mas também podem ser prestados numa instalação como uma residência assistida ou um lar de idosos. Como um membro do Neighborhood INTEGRITY, receberá uma avaliação para ajudar a determinar as suas necessidades de LTSS. Os benefícios LTSS estão disponíveis se se qualificar para os mesmos e se reunir as condições de elegibilidade para os Serviços de Longo Prazo do Rhode Island Medicare. Se necessitar destes serviços, eles serão incluídos no seu plano de cuidados, que ajudará a criar com a sua equipa de cuidados.

Os serviços disponíveis incluem:

- Cuidados de enfermagem qualificados
- Fisioterapia
- Pequenas modificações ambientais (adaptações a acessibilidade em casa)
- Cuidados paliativos
- serviços de apoio domiciliário
- Coordenação de transição/serviços



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 (TDD 711), das 8h00 às 20h00, de segunda a sexta-feira; das 8h00 às 12h00 ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Se precisar de ajuda com a obtenção destes serviços, contacte o seu Gestor de Cuidados que irá ajudá-lo no processo para determinar se é elegível para os Serviços 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 (TDD 711).

F. Como receber serviços de saúde comportamental

Os serviços de saúde mental e uso de substâncias são chamados de serviços de saúde comportamental. Os serviços de saúde comportamental estão disponíveis para todos os membros do Neighborhood INTEGRITY. Optum™ é o benefício de saúde comportamental e o gestor da rede do Plano de Saúde do Neighborhood de Rhode Island.

Irá receber uma avaliação para ajudar a determinar suas necessidades de saúde comportamental. Se precisar de serviços de saúde comportamental, estes serão incluídos no seu plano de cuidados, que ajudou a criar com sua Equipa de Cuidados.

Se tiver dúvidas, perguntas, um problema ou crise de saúde comportamental, ligue para o número de telefone 1-401-443-5995, 24 horas por dia, 7 dias por semana. Os membros TDD ligam para o 711. Esta chamada é gratuita. Dispomos de serviços de intérpretes gratuitos para pessoas que não falam inglês.

G. Como receber cuidados orientados

G1. O que são cuidados orientados

- O cuidado orientado é a opção de contratar os seus próprios assistentes de cuidados pessoais (PCA).

G2. Quem pode receber cuidados orientados

- Os membros que são elegíveis e recebem serviços e apoios a longo prazo (LTSS) têm a opção de obter cuidados autodirigidos. Para participar nos cuidados orientados, entre em contacto com seu Gestor de Cuidados através do número 1-844-812-6896 (TDD 711).

G3. Como obter ajuda para contratar prestadores de cuidados pessoais

- Se optar por participar dos cuidados orientado, o membro ou o seu designado serão responsáveis por recrutar, contratar, agendar, formar e, se necessário, demitir o seu PCA. A orientação dos serviços de PCA é voluntária. É uma escolha do membro até que ponto os membros gostariam de se orientar.
- O sítio Web "Rewarding Work" é um recurso em linha que ajuda os membros que participam em cuidados autónomos a encontrarem PCA's disponíveis para empregar. Para mais informações, consulte www.RewardingWork.org, ou contacte o seu gestor de cuidados.



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 (TDD 711), das 8h00 às 20h00, de segunda a sexta-feira; das 8h00 às 12h00 ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

H. Como ter acesso aos 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. Para mais informações, contacte a RIPTA através do número 1-401-784-9500 ou visite www.ripta.com/reducedfareprogram.

Se não puder utilizar um passe de autocarro RIPTA, o Rhode Island Medicaid cobre os serviços de transporte médico não urgente (NEMT) para deslocações a consultas médicas, dentárias ou outras consultas relacionadas com a saúde. Se precisar do NEMT de rotina, ligue para o 1-855-330-9131 (TDD 711), das 5:00 às 18:00, de segunda a sexta-feira, ou para os Serviços para Membros do Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 (TDD 711). **Para marcar o NEMT, utilize o seu cartão de identificação Rhode Island Medicaid ("anchor").**

Pode pedir transporte de cuidados urgentes 24 horas por dia, 7 dias por semana. O transporte para cuidados não urgentes deve ser marcado com, **pelo menos**, 48 horas antes da sua marcação.

Ligue para agendar à:	Se precisa de transporte à:
Segunda-feira	Quarta-feira
Terça-feira	Quinta-feira
Quarta-feira	Sexta-feira, Sábado ou Domingo
Quinta-feira	Segunda-feira
Sexta-feira	Terça-feira

Em casos de emergência, deve ligar o 911 para transporte urgente para ir para a sala de emergência mais próxima.



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 (TDD 711), das 8h00 às 20h00, de segunda a sexta-feira; das 8h00 às 12h00 ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

I. Como receber serviços cobertos em caso de emergência médica ou necessidade urgente de cuidados ou durante um desastre

I1. Cuidados de saúde quando tiver uma emergência médica

Definição de uma emergência médica

Uma emergência médica é uma condição médica com sintomas como dor intensa ou ferimentos graves. A condição é tão séria que, se não conseguir receber atendimento médico imediato, o membro ou qualquer pessoa com um conhecimento médio de saúde e medicina, pode esperar que isto resulte em:

- risco grave para a sua saúde ou para a sua criança por nascer; **ou**
- sérios danos às funções corporais; **ou**
- disfunção grave de qualquer órgão ou parte do corpo; **ou**
- no caso de uma mulher grávida em trabalho de parto ativo, quando:
 - não há tempo suficiente para a transferir em segurança para outro hospital antes do parto.
 - uma transferência para outro hospital pode constituir uma ameaça para a sua saúde ou segurança ou à saúde do seu filho ainda não nascido.

O que fazer se tiver uma emergência médica

Se tiver uma emergência médica

- **Peça ajuda o mais rápido possível.** Ligue para o 911 ou vá à sala de emergência ou ao hospital mais próximo. Ligue para uma ambulância se for necessário. Não é necessário obter autorização ou encaminhamento prévio do seu PCP. Não precisa usar um prestador da rede. Pode obter atendimento médico de emergência sempre que precisar, em qualquer lugar dos EUA ou dos seus territórios, de qualquer prestador com uma licença estatal apropriada.
- **Logo que possível, assegure-se que informa o nosso plano da sua emergência.** Precisamos dar seguimento aos seus cuidados de emergência. O membro ou alguém deve ligar-nos para nos informar sobre os seus cuidados de emergência, normalmente dentro de 48 horas. No entanto, não terá de pagar pelos serviços de emergência devido a um atraso em informar-nos. Ligue para os Serviços para Membros ou para o seu Gestor de Cuidados através do número 1-844-812-6896 (TDD 711), das 8h00 às 20h00, de segunda a sexta-feira; das 8h00 às 12h00 ao sábado. Aos sábados à tarde, domingos e feriados, pode ser-lhe pedido que deixe uma mensagem. A sua chamada será respondida no dia útil seguinte.



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 (TDD 711), das 8h00 às 20h00, de segunda a sexta-feira; das 8h00 às 12h00 ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Serviços cobertos em caso de urgência médica

Se precisar de uma ambulância para ir para as urgências, o nosso plano cobre esse serviço. Também cobrimos serviços médicos durante a emergência. Para saber mais, consulte a Tabela de Benefícios, Capítulo 4, Secção D.

Os prestadores que prestam cuidados de emergência decidem quando a sua condição é estável e a emergência médica termina. Eles continuarão a tratá-lo e entrarão em contacto connosco para fazer planos de precisar de cuidados de acompanhamento para melhorar.

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

O que fazer se tiver uma emergência de saúde comportamental

Se tiver um problema de saúde comportamental ou crise, ligue para a Linha de Crise de Saúde Comportamental através do número 1-401-443-5995, 24 horas por dia, 7 dias por semana. Esta chamada é gratuita. Dispomos de serviços de intérpretes gratuitos para pessoas que não falam inglês. Os membros TDD ligam para o 711. Esta chamada é gratuita.

Receber cuidados de emergência quando não é uma emergência

Às vezes, pode ser difícil saber se tem uma emergência médica ou de saúde comportamental. Pode ir aos cuidados de emergência e o prestador dizer que não era realmente uma emergência. Desde que o membro considere razoavelmente que a sua saúde está em perigo grave, cobriremos os seus cuidados.

No entanto, depois do prestador dizer que não foi uma emergência, cobriremos o cuidado adicional apenas se:

- consultar um prestador da rede, **ou**
- os cuidados adicionais forem considerados "cuidados urgentes necessários" e seguir as regras para receber este tratamento. (Consulte a próxima a secção.)

12. Cuidados urgentes necessários

Definição de cuidados urgentes necessários

Cuidados urgentes são cuidados que recebe para uma situação que não é uma emergência, mas precisa de cuidados imediatos. Por exemplo, pode ter um surto de uma condição existente ou uma dor de garganta grave que ocorre no fim de semana e precisa tratá-la.

Necessidade de cuidados urgentes quando estiver na área de serviço do plano



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 (TDD 711), das 8h00 às 20h00, de segunda a sexta-feira; das 8h00 às 12h00 ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Na maioria dos casos, cobriremos os cuidados urgentes apenas se:

- receber esse cuidado de um prestador da rede, e
- seguir as outras regras descritas neste capítulo.

No entanto, se não puder aceder a um prestador da rede, cobriremos os cuidados urgentes que receba de um prestador de fora da rede.

Para aceder os serviços urgentes, deverá ir ao centro de atendimento de cuidados urgentes mais próximo, que esteja aberto. Se estiver a procurar um atendimento urgente na nossa área de serviço, deverá procurar no Diretório de Prestadores e Farmácias, uma lista de centros de atendimento urgente dentro da rede do nosso plano.

Necessidade de cuidados urgentes quando estiver fora da área de serviço do plano

Quando estiver fora da área de serviço do plano, talvez não consiga cuidados de um prestador da rede. Neste caso, o nosso plano irá cobrir os cuidados urgentes necessários que receber de qualquer prestador.

O nosso plano não cobre cuidados urgentes ou quaisquer outros cuidados de emergência ou não urgentes que receba fora dos Estados Unidos.

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 um estado de desastre ou emergência na sua área geográfica, ainda tem direito a cuidados do Neighborhood INTEGRITY.

Visite o nosso sítio Web para ter informações sobre como receber os cuidados necessários durante uma catástrofe declarada: www.nhpri.org/INTEGRITY.

Durante uma catástrofe declarada, se não puder utilizar um prestador da rede, permitir-lhe-emos obter cuidados de prestadores não pertencentes à rede sem qualquer custo para si. Se não puder utilizar uma farmácia da rede durante uma catástrofe declarada, poderá aviar os seus medicamentos sujeitos a receita médica numa farmácia não pertencente à rede. Para mais informações, consulte o Capítulo 5.



J. O que fazer se for cobrado diretamente por serviços cobertos pelo nosso plano

Se um prestador lhe enviar uma fatura em vez de enviá-la para o plano, pode pedir-nos para pagar a conta.

Não deve pagar a fatura sozinho. Se o fizer, o plano pode não ser capaz de o reembolsar.

Se já pagou pelos seus serviços cobertos ou se recebeu uma conta pelos serviços médicos cobertos, consulte o Capítulo 7, para saber o que fazer.

J1. O que fazer se os serviços não forem cobertos pelo nosso plano

O Neighborhood INTEGRITY cobre todos os serviços:

- que forem medicamente necessários, e
- que estão indicados na Tabela de Benefícios do plano (consulte o Capítulo 4), e
- que receba seguindo as regras do plano.

Se receber serviços que não estão cobertos pelo nosso plano, **terá de pagar o custo total.**

Se quiser saber se pagaremos por qualquer serviço médico ou cuidado, tem o direito de nos perguntar. Também tem o direito de pedir isto por escrito. Se dissermos que não pagaremos pelos seus serviços, tem o direito de recorrer da nossa decisão.

O Capítulo 9, explica o que fazer se quiser que o plano cubra um produto ou serviço. Também informa como recorrer de uma decisão de cobertura do plano. Também pode contactar os Serviços para Membros para obter mais informações sobre os seus direitos de recurso.

Pagaremos alguns serviços até um determinado limite. Se ultrapassar o limite, terá de pagar o custo total para receber mais deste tipo de serviço. Contacte os Serviços para Membros para saber quais são os limites e quão perto está de os atingir.

K. Cobertura de serviços de saúde quando participar num estudo de pesquisa clínica

K1. Definição de um estudo de pesquisa clínica

Um estudo de pesquisa clínica (também chamado de ensaio clínico) é uma forma de os médicos e outros prestadores testarem novos tipos de cuidados médicos ou medicamentos. Um estudo de pesquisa clínica aprovado pelo Medicare, tipicamente, pede voluntários para estar no estudo.

Assim que o Medicare aprovar um estudo que deseja participar e expressa interesse, alguém que trabalha no estudo entrará em contacto consigo. Essa pessoa informá-lo-á sobre o estudo e descobrirá



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 (TDD 711), das 8h00 às 20h00, de segunda a sexta-feira; das 8h00 às 12h00 ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

se reúne as condições necessárias para participar no mesmo. Pode fazer parte do estudo, desde que cumpra as condições exigidas. Também deverá entender e aceitar o que deverá fazer para o estudo.

Enquanto estiver no estudo, poderá ficar inscrito no nosso plano. Desta forma, continuará a receber os cuidados do nosso plano fora do contexto do estudo.

Se quiser participar em qualquer estudo de investigação clínica aprovado pelo Medicare, não precisa de nos informar nem de obter a nossa autorização ou a do seu prestador de cuidados de saúde primários. Os prestadores que lhe prestam cuidados como parte do estudo **não** precisam de ser prestadores da rede. Isto não inclui benefícios que o plano fornece que requerem um ensaio clínico para receber o benefício. Para mais informações, contactar o nosso plano através do número abaixo indicado.

Encorajamo-lo a nos informar antes de começar a participar num estudo de pesquisa clínica. Se planeia participar num estudo de investigação clínica, o membro ou o seu gestor de cuidados deve contactar os Serviços para Membros para nos informar que vai participar num estudo clínico.

K2. Pagamento dos serviços quando participa num estudo de pesquisa clínica

Se se voluntariar para um estudo de investigação clínica aprovado pelo Medicare, não pagará nada pelos serviços cobertos pelo estudo e o Medicare pagará os serviços cobertos pelo estudo, bem como os custos de rotina associados aos seus cuidados. Assim que fizer parte de um estudo de pesquisa clínica aprovado pelo Medicare, estará coberto pela maioria dos produtos e serviços que receber como parte do estudo. Isto inclui:

- Quarto e refeições para uma hospitalização que o Medicare pagaria, mesmo que não estivesse no estudo.
- Uma operação ou outro procedimento médico que faz parte do estudo da pesquisa.
- Tratamento de quaisquer efeitos secundários e complicações do novo cuidado.

Se fizer parte de um estudo que **não foi aprovado** pelo Medicare, terá de pagar quaisquer custos por estar no estudo.

K3. Saber mais sobre estudos de investigação clínica

Pode saber mais sobre como participar num estudo de pesquisa clínica ao ler "Medicare & Clinical Research Studies" (Medicare & Estudos de Pesquisa Clínica) no sítio Web do Medicare (www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf). Também pode telefonar para 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas por dia, 7 dias por semana. Os utilizadores de TDD devem ligar para 1-877-486-2048.



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 (TDD 711), das 8h00 às 20h00, de segunda a sexta-feira; das 8h00 às 12h00 ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

L. Como os seus serviços de cuidados de saúde são cobertos quando recebe cuidados numa instituição religiosa de cuidados de saúde não médicos

L1. Definição de uma instituição religiosa de cuidados de saúde não médicos

Uma instituição religiosa de cuidados de saúde não médicos é um local que fornece cuidados que, normalmente, receberia num hospital ou numa instituição de enfermagem especializada. Se receber tratamento num hospital ou numa clínica de enfermagem especializada, for contra suas crenças religiosas, iremos cobrir o atendimento numa instituição religiosa de cuidados de saúde não médicos.

Este benefício é apenas para os serviços de internamento do Medicare Parte A (serviços de saúde não médicos).

L2. Receber cuidados de uma instituição religiosa de cuidados de saúde não médicos

Para receber cuidados de uma instituição religiosa de cuidados de saúde não-médicos, tem de assinar um documento legal em que diz que se opõe a receber tratamento médico "não aceite".

- O tratamento médico "não dispensado" é qualquer cuidado que seja voluntário e não exigido por qualquer lei federal, estatal ou local.
- O tratamento médico "isento" é qualquer cuidado que não seja voluntário e seja exigido pela legislação federal, estatal ou local.

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

- A instituição que presta os cuidados deve ser certificada pelo Medicare.
- A cobertura dos serviços do nosso plano é limitada aos aspetos não religiosos dos cuidados.

Se receber os serviços desta instituição que lhe são fornecidos numa instalação, o seguinte deverá aplicar-se:

- Deverá ter uma condição médica que lhe permita receber serviços cobertos para cuidados com internamento hospitalar ou num centro de enfermagem especializado.
- Deverá obter a autorização do nosso plano antes de ser admitido na instalação ou a sua estadia não será coberta.

A cobertura de internamento hospitalar é baseada numa necessidade médica e requer autorização prévia. Para mais informações sobre a cobertura de internamento hospitalar consulte a Tabela de Benefícios, no Capítulo 4.



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 (TDD 711), das 8h00 às 20h00, de segunda a sexta-feira; das 8h00 às 12h00 ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

M. Equipamento Médico Duradouro (DME)

M1. DME como membro do nosso plano

O DME inclui determinados artigos encomendados por um prestador de cuidados de saúde, tais como cadeiras de rodas, muletas, sistemas de colchões elétricos, material para diabéticos, camas hospitalares encomendadas por um prestador de cuidados de saúde para utilização no domicílio, bombas de infusão intravenosa (IV), dispositivos geradores de fala, equipamento e material de oxigénio, nebulizadores e andarilhos.

Terá sempre a propriedade de certos objetos, como as próteses.

Nesta secção, abordamos os DME que tem de alugar. Como Membro do Neighborhood INTEGRITY, normalmente não será proprietário do DME, independentemente do tempo que o alugar.

Em determinadas situações limitadas, transferiremos a propriedade do artigo DME para o utilizador. Contacte os Serviços para Membros para obter informações sobre os requisitos que tem de cumprir e os documentos que tem de apresentar.

Mesmo que tenha tido o DME durante 12 meses seguidos ao abrigo do Medicare antes de aderir ao nosso plano, não será proprietário do equipamento.

M2. Propriedade do DME quando muda para o Original Medicare ou o Medicare Advantage

No programa Original Medicare, as pessoas que alugam certos tipos de DME passam a ser proprietárias após 13 meses. Num plano Advantage Medicare, o plano pode definir o número de meses que as pessoas devem alugar certos tipos de DME, antes de serem os proprietários.

Nota: Pode encontrar as definições dos Planos Original Medicare e Medicare Advantage no Capítulo 12. Também pode encontrar mais informações sobre eles no manual *Medicare & You 2024*. Se não tiver uma cópia desta brochura, pode obtê-la no sítio Web Medicare (www.medicare.gov) ou ligando para 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas por dia, 7 dias por semana. Os utilizadores TDD devem ligar para o 1-877-486- 2048.

Terá de fazer 13 pagamentos sucessivos sob Original Medicare, ou terá de fazer o número de pagamentos sucessivos definido pelo plano Medicare Advantage, para possuir o produto DME se:

- não se tornou o proprietário do produto de DME enquanto estava no nosso plano, e
- sair do nosso plano e obtiver os seus benefícios do Medicare fora de qualquer plano de saúde do programa Original Medicare ou do plano Medicare Advantage.

Se efetuou pagamentos para o item DME ao abrigo do Original Medicare ou de um plano Medicare Advantage antes de aderir ao nosso plano, **esses pagamentos do Original Medicare ou do plano**



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 (TDD 711), das 8h00 às 20h00, de segunda a sexta-feira; das 8h00 às 12h00 ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Medicare Advantage não contam para os pagamentos que tem de efetuar depois de sair do nosso plano.

- Terá de efetuar 13 novos pagamentos seguidos ao abrigo do Original Medicare ou um número de novos pagamentos seguidos definido pelo plano Medicare Advantage para ter o artigo.
- Não existem exceções a esta regra quando regressa ao Original Medicare ou a um plano Medicare Advantage.

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

Se tiver direito a equipamento de oxigénio coberto pelo Medicare e for membro do nosso plano, cobriremos o seguinte:

- aluguer de equipamento de oxigénio
- fornecimento de oxigénio e conteúdos de oxigénio
- tubos e respetivos acessórios para administração de oxigénio e de conteúdos de oxigénio
- manutenção e reparação de equipamento de oxigénio

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

M4. Equipamento de oxigénio quando muda para o Original Medicare ou Medicare Advantage

Quando o equipamento de oxigénio for clinicamente necessário e **deixar o nosso plano e mudar para o Original Medicare**, irá alugá-lo a um fornecedor durante 36 meses. Os seus pagamentos mensais de aluguer cobrem o equipamento de oxigénio e os fornecimentos e serviços acima indicados.

Se o equipamento de oxigénio for clinicamente necessário, **após alugá-lo por 36 meses**:

- o seu fornecedor tem de fornecer o equipamento, consumíveis e serviços de oxigénio durante mais 24 meses.
- o seu fornecedor deve fornecer equipamento e consumíveis de oxigénio durante um período máximo de 5 anos, se for clinicamente necessário.

Se o equipamento de oxigénio continuar a ser clinicamente necessário **no final do período de 5 anos**:



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 (TDD 711), das 8h00 às 20h00, de segunda a sexta-feira; das 8h00 às 12h00 ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

- O seu fornecedor não precisa de o fornecer mais e pode optar por obter o equipamento de reposição de qualquer fornecedor.
- começa um novo período de 5 anos.
- alugará a um fornecedor durante 36 meses.
- o seu fornecedor deve então fornecer o equipamento, consumíveis e serviços de oxigénio durante mais 24 meses.
- um novo ciclo começa de 5 em 5 anos, desde que o equipamento de oxigénio seja clinicamente necessário.

Quando o equipamento de oxigénio for clinicamente necessário e **deixar o nosso plano e mudar para um plano Medicare Advantage**, o plano irá cobrir pelo menos o que o Original Medicare cobre. Pode perguntar ao seu plano Medicare Advantage que equipamento e fornecimentos de oxigénio são cobertos e quais serão os seus custos.



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 (TDD 711), das 8h00 às 20h00, de segunda a sexta-feira; das 8h00 às 12h00 ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Capítulo 4: Tabela de Benefícios

Introdução

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

Índice

A. Os seus serviços cobertos	50
B. Regras contra prestadores que cobram por serviços.....	50
C. Tabela de Benefícios do nosso plano.....	50
D. A Tabela de Benefícios	52
E. Benefícios cobertos fora do Neighborhood INTEGRITY	111
E1. Cuidados paliativos	111
E2. Serviços dentários.....	112
E3. Transporte não urgente.....	112
E4. Serviços residenciais para pessoas com deficiência intelectual e de desenvolvimento	112
E5. Serviços de estabilização no domicílio	113
F. Benefícios não cobertos pelo Neighborhood INTEGRITY, Medicare ou Rhode Island Medicaid ..	113



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 (TDD 711), das 8h00 às 20h00, de segunda a sexta-feira; das 8h00 às 12h00 ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

A. Os seus serviços cobertos

Este capítulo mostra quais são os serviços que o Neighborhood INTEGRITY paga. Também pode saber mais sobre serviços que não são cobertos. As informações sobre os benefícios dos medicamentos estão no Capítulo 5. Este capítulo explica também os limites de alguns serviços.

Se obtiver ou se qualificar para os serviços de longo prazo e apoio social (LTSS), poderá ser obrigado a pagar parte do custo desses serviços. Isto é conhecido como "comparticipação nos custos" e o montante é determinado pelo Rhode Island Medicaid. Se não está a receber ou não é elegível para receber LTSS, não pagará nada pelos serviços cobertos, desde que siga as regras do plano. Consulte o Capítulo 3 para obter detalhes sobre as regras do plano.

Se precisar de ajuda para compreender quais os serviços cobertos, contacte o seu Gestor de Cuidados e/ou os Serviços para Membros através do número 1-844-812-6896, das 8h00 às 20h00, de segunda a sexta-feira; das 8h00 às 12h00 ao sábado. Aos sábados à tarde, domingos e feriados, pode ser-lhe pedido que deixe uma mensagem. A sua chamada será respondida no dia útil seguinte.

B. Regras contra prestadores que cobram por serviços

Não permitimos que os prestadores do Neighborhood INTEGRITY cobrem por serviços cobertos. Pagamos aos nossos prestadores diretamente e iremos protegê-lo de quaisquer cobranças. Isto é certo mesmo se pagarmos ao prestador menos do que o prestador cobra por um serviço.

Nunca deve receber uma fatura de um prestador de serviços por serviços cobertos. Se o fizer, consulte o Capítulo 7 ou ligue para os Serviços para Membros. A única exceção é se estiver a receber LTSS e o Rhode Island Medicaid diz que deve pagar parte dos custos desses serviços.

C. Tabela de Benefícios do nosso plano

A Tabela de Benefícios, na Secção D, informa-o quais são os serviços que o plano paga. Indica as categorias dos serviços por ordem alfabética e explica os serviços cobertos.

Pagaremos pelos serviços indicados na Tabela de Benefícios apenas quando as seguintes regras forem cumpridas. A menos que esteja a receber ou seja elegível para receber os serviços de longo prazo e apoio social (LTSS), não pagará nada pelos serviços indicados na Tabela de Benefícios, desde que cumpra os requisitos de cobertura descritos abaixo. Se obtiver ou tornar-se elegível para os LTSS, poderá ser obrigado a pagar parte do custo desses serviços. Isto é conhecido como "comparticipação nos custos" e o montante é determinado pelo Rhode Island Medicaid.

Os seus serviços cobertos pelo Medicare e Rhode Island Medicaid devem ser providenciados de acordo com as regras estabelecidas pelo Medicare e Rhode Island Medicaid.

- Os serviços (incluindo cuidados médicos, serviços, fornecimentos, equipamento e medicamentos) devem ser clinicamente necessários. Medicamento necessário significa que precisa de serviços médicos, cirúrgicos ou outros serviços para prevenir, diagnosticar ou tratar uma condição médica ou manter o seu estado de



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 (TDD 711), das 8h00 às 20h00, de segunda a sexta-feira; das 8h00 às 12h00 ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

saúde atual. Isto inclui cuidados que o impedem de ir para um hospital ou lar de idosos. Significa também que os serviços, fornecimentos ou medicamentos cumprem as normas aceitas da prática médica. Medicamento necessário inclui os serviços para evitar que uma condição relacionada com a saúde piore.

- Recebe o seu cuidado de um prestador da rede. Um prestador da rede é um prestador que trabalha com o plano de saúde. Na maioria dos casos, o plano não pagará pelos cuidados que receber de um prestador de fora da rede. O Capítulo 3 contém mais informações sobre como usar os prestadores da rede e de fora da rede.
- Tem um prestador de cuidados primários (PCP) ou uma equipa de cuidados que presta e gere os seus cuidados.
- Alguns dos serviços indicados na Tabela de Benefícios são cobertos apenas se o seu médico ou outro prestador da rede receber primeiro autorização da nossa parte. A isto chama-se autorização prévia (PA). Os serviços cobertos que precisam de PA são marcados na Tabela de Benefícios por um asterisco (*).
- Na Tabela de Benefícios, irá encontrar este símbolo 🍎 ao lado de serviços preventivos.



D. A Tabela de Benefícios

Serviços pagos pelo nosso plano		O que tem de pagar
	Rastreo de aneurisma de aorta abdominal O plano pagará por um único exame de ultrassom para as pessoas em risco. O plano cobre apenas este rastreo se tiver certos fatores de risco e se for encaminhado pelo seu médico, médico assistente, enfermeiro clínico ou especialista em enfermagem clínica.	0\$
	Aborto* O plano não pagará por um aborto, exceto em casos de violação ou incesto, ou se a gravidez ameaçar a vida da mãe. *É necessária uma autorização prévia.	0\$
	Acupuntura para dor lombar crónica* O plano vai pagar por até 12 visitas em 90 dias se tiver dor lombar crónica, definida como: • Com duração de 12 semanas ou mais; • Não específica (sem causa sistémica que possa ser identificada, como não associada a doença metastática, inflamatória ou infecciosa); • Não associada a cirurgia; e • Não associada à gravidez. O plano pagará por 8 sessões adicionais se mostrar melhorias. Não pode fazer mais do que 20 tratamentos de acupuntura por ano. Os tratamentos de acupuntura devem ser interrompidos se não melhorar ou se piorar.	0\$



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 (TDD 711), das 8h00 às 20h00, de segunda a sexta-feira; das 8h00 às 12h00 ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Serviços pagos pelo nosso plano		O que tem de pagar
	*É necessária uma autorização prévia.	
	Serviços de Dia para Adultos* O plano pagará pelos serviços de dia para adultos. O plano cobre dois níveis de serviços de dia para adultos: um nível de serviço básico e um nível de serviço melhorado. Alguns exemplos de serviços de dia para adultos são: • Atividades sociais e recreativas • Refeições • Cuidados de enfermagem ou ferimentos *Pode ser necessária uma autorização prévia.	0\$
	Rastreio e aconselhamento por abuso de álcool O plano pagará pelo rastreio de abuso de álcool. Se o resultado do teste for positivo para abuso de álcool, o plano cobre sessões de aconselhamento com um prestador ou profissional qualificado.	0\$



Serviços pagos pelo nosso plano	O que tem de pagar
Serviços de ambulância* Os serviços de ambulância cobertos, quer se trate de uma situação de emergência ou não, incluem serviços de “fixed-wing” e “rotary-wing” (serviço de transporte aéreo de doentes para zonas específicas e pré-determinadas até às instituições médicas) e serviços de ambulância terrestre. A ambulância irá levá-lo ao local mais próximo que possa providenciar-lhe cuidados. O seu estado de saúde deve ser suficientemente grave para que outras formas de chegar a um local de cuidados possam por em risco a sua vida ou saúde. Os serviços de ambulância para outros casos devem ser aprovados pelo plano. Nos casos que não são situações de emergência, o plano pode pagar por uma ambulância. O seu estado de saúde deve ser suficientemente grave para que outras formas de chegar a um local de cuidados possam por em risco a sua vida ou saúde. *Poderá ser necessária uma autorização prévia para serviços não urgentes do Medicare.	0\$
 Consulta anual de bem-estar O plano pagará por um exame anual completo, a cada 12 meses. Trata-se de elaborar ou atualizar um plano de prevenção com base nos seus fatores de risco atuais.	0\$



Serviços pagos pelo nosso plano		O que tem de pagar
	Medição de massa óssea O plano pagará por certos procedimentos para os Membros que se qualificarem (geralmente, alguém em risco de perder a massa óssea ou em risco de osteoporose). Estes procedimentos identificam a massa óssea, encontram a perda óssea ou descobrem a qualidade óssea. O plano pagará também para que um prestador analise e comente os resultados. Este serviço é limitado a um (1) a cada vinte e quatro (24) meses.	0\$
	Rastreio de cancro de mama (mamografias) O plano pagará por mamografias e exames clínicos de mama. Este serviço é limitado a um (1) por cada doze (12) meses.	0\$
	Serviços de reabilitação cardíaca (coração) O plano pagará por serviços de reabilitação cardíaca como exercício, educação e aconselhamento. Os membros devem cumprir determinadas condições com uma encomenda do prestador. O plano também cobre programas intensivos de reabilitação cardíaca, que são mais intensos do que o programa normal de reabilitação cardíaca.	0\$



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 (TDD 711), das 8h00 às 20h00, de segunda a sexta-feira; das 8h00 às 12h00 ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Serviços pagos pelo nosso plano		O que tem de pagar
	Consultas de redução de risco de doença Cardiovascular (coração) (terapia para doenças cardíacas) O plano paga consultas com o seu prestador de cuidados primários para ajudar a diminuir o risco de doenças cardíacas. Durante esta consulta, o seu prestador pode: • discutir o uso da aspirina, • verificar a sua pressão arterial, ou • dar-lhe dicas para garantir que está a alimentar-se bem.	0\$
	Teste de doenças cardiovasculares (coração) O plano paga exames de sangue para verificar doenças cardiovasculares. Estes exames de sangue verificam também os defeitos devido ao alto risco de doença cardíaca. Este serviço é limitado a um (1) a cada sessenta (60) meses.	0\$



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 (TDD 711), das 8h00 às 20h00, de segunda a sexta-feira; das 8h00 às 12h00 ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Serviços pagos pelo nosso plano		O que tem de pagar
	Plano de cuidados de terapias alternativas* O plano pagará serviços que sua Equipa de Cuidados identificou no seu plano de cuidados individuais. Alguns exemplos destes serviços são: • acupuntura • serviços de quiroprática • serviços de apoio domiciliário • massagem terapêutica • refeições levadas a sua casa • aulas de meditação • sistema pessoal de resposta a emergências (PERS) • ioga *Pode ser necessária uma autorização prévia.	0\$
	Rastreio do cancro do colo do útero e vaginal O plano pagará os testes de papanicolau e exames pélvicos. Este serviço é limitado a um (1) por cada doze (12) meses.	0\$
	Serviços de quiroprática* O plano pagará os seguintes serviços: • correções da coluna vertebral para corrigir o alinhamento *É necessária uma autorização prévia.	0\$



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 (TDD 711), das 8h00 às 20h00, de segunda a sexta-feira; das 8h00 às 12h00 ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Serviços pagos pelo nosso plano	O que tem de pagar
 Rastreio de cancro colorrectal O plano pagará os seguintes serviços: • A colonoscopia não tem limite de idade mínima ou máxima e está coberta uma vez de 120 em 120 meses (10 anos) para doentes sem risco elevado, ou 48 meses após uma sigmoidoscopia flexível anterior para doentes sem risco elevado de cancro colorrectal, e uma vez de 24 em 24 meses para doentes com risco elevado após uma colonoscopia de rastreio anterior ou um enema de bário. • Sigmoidoscopia flexível para doentes com 45 anos ou mais. Uma vez de 120 em 120 meses para os doentes que não apresentem um risco elevado após a realização de uma colonoscopia de rastreio. Uma vez a cada 48 meses para doentes de alto risco a partir da última sigmoidoscopia flexível ou enema baritado. • Testes de rastreio de sangue oculto nas fezes para doentes com 45 anos ou mais. Uma vez a cada 12 meses. • ADN fecal multialvo para doentes com idades compreendidas entre os 45 e os 85 anos e que não cumprem critérios de alto risco. Uma vez de 3 em 3 anos. • Testes de bio marcadores com base no sangue para doentes com idades compreendidas entre os 45 e os 85 anos e que não cumprem critérios de alto risco. Uma vez de 3 em 3 anos. • Enema de bário como alternativa à colonoscopia para doentes de alto risco e 24 meses desde o último enema de bário de rastreio ou a última colonoscopia de rastreio. • Enema de bário como alternativa à sigmoidoscopia flexível para doentes sem risco elevado e com 45 anos ou mais. Uma vez, pelo menos, 48 meses após o último enema de bário ou sigmoidoscopia flexível de rastreio. A partir de 1 de janeiro de 2023, os testes de rastreio do cancro colorrectal incluem uma colonoscopia de seguimento após um teste de rastreio do cancro colorrectal não invasivo baseado nas fezes coberto pela Medicare ter um resultado positivo.	0\$



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 (TDD 711), das 8h00 às 20h00, de segunda a sexta-feira; das 8h00 às 12h00 ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Serviços pagos pelo nosso plano		O que tem de pagar
	Aconselhamento para deixar de fumar ou usar tabaco Se usa tabaco, o plano pagará pelo aconselhamento presencial a fim de ajudá-lo a deixar de fumar ou usar tabaco. O plano pagará também por apoio e aconselhamento por telefone.	0\$
	Rastreio de depressão O plano irá pagar por um rastreio de depressão. O rastreio deve ser feito num ambiente de cuidados primários que pode resultar em tratamento de acompanhamento e encaminhamentos. Este serviço está limitado a um (1) rastreio de doze (12) em doze (12) meses.	0\$
	Rastreio de diabetes O plano pagará pelo rastreio de diabetes (inclui testes de glicose em jejum). Este serviço é limitado a um (1) por cada doze (12) meses. Para membros diagnosticados com pré-diabetes, este serviço é coberto a cada seis (6) meses.	0\$



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 (TDD 711), das 8h00 às 20h00, de segunda a sexta-feira; das 8h00 às 12h00 ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Serviços pagos pelo nosso plano	O que tem de pagar
 Formação, serviços e material de autogestão para diabéticos* O plano pagará os seguintes serviços para todas as pessoas que têm diabetes (se usarem insulina ou não): • Material para monitorizar a glucose no sangue, incluindo o seguinte: ○ um monitor de glucose no sangue ○ tiras-teste de glucose no sangue Membros com diabetes gestacional ou <u>dependentes de insulina</u>: ➤ Limitado a cem (100) tiras-teste a cada trinta (30) dias, quando recebidas de um fornecedor de equipamento médico duradouro (DME) ➤ Limitado a cem (100) tiras-teste por cada vinte e cinco (25) dias, quando recebidas numa farmácia Membros <u>não dependentes de insulina</u>: ➤ Limitado a cem (100) tiras-teste a cada noventa (90) dias, quando recebidas de um fornecedor de equipamento médico duradouro (DME) ➤ Limitado a cem (100) tiras-teste por cada noventa (90) dias, quando recebidas numa farmácia ○ dispositivos de lancetas e lancetas ○ soluções de controlo da glicose para verificar a precisão das tiras-teste e dos monitores Este benefício continua na página seguinte.	0\$



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 (TDD 711), das 8h00 às 20h00, de segunda a sexta-feira; das 8h00 às 12h00 ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Serviços pagos pelo nosso plano	O que tem de pagar
Formação, serviços e material de autogestão para diabéticos* (continuação) • Para pessoas com diabetes que têm a doença do pé diabético severa, o plano pagará o seguinte: ○ Um par de sapatos terapêuticos personalizados (incluindo inserções) e dois pares extra de inserções a cada ano civil, ou ○ Um par de sapatos de profundidade e três pares de palmilhas por ano (não incluindo as palmilhas amovíveis não personalizadas fornecidas com esses sapatos) O plano também paga a instalação de sapatos terapêuticos moldados por medida ou sapatos de profundidade. • O plano pagará a formação para ajudá-lo a gerir os seus diabetes, em alguns casos. Pode haver limitações quanto às marcas e aos fabricantes dos fornecimentos quando estes são aviados numa farmácia. *É necessária uma autorização para as tiras-teste não preferidas numa farmácia. Poderá ser necessária uma autorização prévia para outros serviços e fornecimentos.	0\$



Serviços pagos pelo nosso plano	O que tem de pagar
Serviços Doula O pré-natal e o pós-parto estão cobertos para as mulheres grávidas e as novas mães. Seguem-se exemplos de serviços doula cobertos: • serviços destinados a apoiar as mães grávidas, melhorar os resultados dos partos e apoiar as novas mães • defender e apoiar o aleitamento materno e os cuidados com o bebê • fornecer recursos, educação, cuidados e apoio emocional ao membro após o fim da gravidez • apoio ao membro e à família durante a recuperação pós-parto Podem estar cobertos outros serviços. O plano irá pagar seis (6) consultas por gravidez para cuidados pré-natais e pós-parto e uma (1) consulta de trabalho de parto e parto.	0\$



Serviços pagos pelo nosso plano	O que tem de pagar
Equipamento Médico Duradouro (DME) e fornecimentos conexos* (Para obter uma definição de "Equipamento médico duradouro (DME)", consulte o Capítulo 12, bem como o Capítulo 3, Secção M, deste manual). Os seguintes são exemplos de produtos DME que são cobertos: • cadeiras de rodas • muletas • sistemas de colchão motorizado • produtos para diabéticos • camas hospitalares encomendadas por um prestador para utilização no domicílio • bombas de infusão intravenosa (IV) • dispositivos geradores de fala • equipamento e material de oxigénio • nebulizadores • andarilhos Outros produtos podem ser cobertos. Com este Manual do Membro, enviamos-lhe a Lista de DME do Neighborhood INTEGRITY. Esta lista indica-lhe as marcas e os fabricantes de DME que cobrimos. Esta lista mais recente de marcas, fabricantes e fornecedores está também disponível no nosso sítio Web em www.nhpri.org/INTEGRITY. Este benefício continua na página seguinte.	0\$



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 (TDD 711), das 8h00 às 20h00, de segunda a sexta-feira; das 8h00 às 12h00 ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Serviços pagos pelo nosso plano	O que tem de pagar
Equipamento Médico Duradouro (DME) e material conexo* (continuação) Geralmente, o Neighborhood INTEGRITY cobre qualquer DME coberto pelo Medicare e Rhode Island Medicaid de marcas e fabricantes nesta lista. Não cobriremos outras marcas nem outros fabricantes a menos que o seu médico ou outro prestador nos diga que precisa dessa marca. No entanto, se for novo no Neighborhood INTEGRITY e estiver a usar uma marca de DME que não esteja na nossa lista, continuaremos a pagar por essa, até 90 dias. Durante este período, deve conversar com seu prestador para decidir qual marca é clinicamente correta para si, após esse período de 90 dias. (Se não concordar com o seu prestador, pode pedir-lhe que o encaminhe para uma segunda opinião.) Se o membro (ou o seu prestador) não concordar com a decisão de cobertura do plano, o membro ou o seu prestador podem apresentar um recurso. Também pode apresentar um recurso se não concordar com a decisão do seu prestador acerca do produto ou marca apropriado para a sua condição médica. (Para mais informações sobre recursos, consulte o Capítulo 9.) *Pode ser necessária autorização prévia e limites de quantidade.	0\$



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 (TDD 711), das 8h00 às 20h00, de segunda a sexta-feira; das 8h00 às 12h00 ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Serviços pagos pelo nosso plano	O que tem de pagar
Cuidados de emergência Cuidados de emergência significa serviços que são: • prestados por um prestador formado para prestar serviços de emergência, e • necessários para tratar uma emergência médica. Uma emergência médica é uma condição médica com dor intensa ou ferimentos graves. A condição é tão séria que, se não receber atendimento médico imediato, qualquer pessoa com um conhecimento médio da saúde e medicina pode esperar que isto resulte em: • risco grave para sua saúde ou para a sua criança por nascer; ou • sérios danos às funções corporais; ou • disfunção grave de qualquer órgão ou parte do corpo; ou • no caso de uma mulher grávida em trabalho de parto ativo, quando: ○ não há tempo suficiente para a transferir em segurança para outro hospital antes do parto. ○ uma transferência para outro hospital pode constituir uma ameaça para a sua saúde ou segurança ou à saúde do seu filho ainda não nascido. O plano pagará por cuidados de emergência e serviços de transporte de emergência. A cobertura é limitada apenas para os EUA e os seus territórios.	0\$ Se receber cuidados de emergência num hospital fora da rede e precisar de cuidados de internamento após a sua emergência estar estabilizada, deverá voltar a um hospital da rede para o seu cuidado continuar a ser pago. Pode ficar no hospital de fora da rede para o seu cuidado de doente internado apenas se o plano aprovar a sua estadia.



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 (TDD 711), das 8h00 às 20h00, de segunda a sexta-feira; das 8h00 às 12h00 ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Serviços pagos pelo nosso plano	O que tem de pagar
Modificações ambientais ou em casa* O plano pagará por alterações na sua casa ou veículo para ajudá-lo a viver em segurança, em casa. Os seguintes são exemplos de serviços que são cobertos: • barras de apoio • cadeiras de duche • utensílios de alimentação • assentos sanitários elevados • rampas para cadeira de rodas • postes verticais Outros serviços também podem ser cobertos. *É necessária uma autorização prévia.	0\$



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 (TDD 711), das 8h00 às 20h00, de segunda a sexta-feira; das 8h00 às 12h00 ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Serviços pagos pelo nosso plano	O que tem de pagar
Serviços de planeamento familiar A lei permite-lhe escolher qualquer prestador - quer seja um prestador da rede ou um prestador não pertencente à rede - para obter determinados serviços de planeamento familiar. Isto significa que pode receber serviços de planeamento familiar de qualquer prestador da rede ou de fora da rede, clínica, hospital, farmácia ou gabinete de planeamento familiar. O plano pagará os seguintes serviços: • exame de planeamento familiar e tratamento médico • análises de laboratório e testes de diagnóstico de planeamento familiar • métodos de planeamento familiar (pílulas anticoncepcionais, adesivo, anel, DIU, injeções, implantes) • material de planeamento familiar com receita médica (preservativo, esponja, espuma, película, diafragma, tampa) • aconselhamento e diagnóstico de infertilidade e serviços conexos • aconselhamento e testes para deteção de infeções sexualmente transmissíveis (IST), VIH/SIDA e outras doenças relacionadas com o VIH • tratamento de infeções sexualmente transmissíveis (IST) • esterilização voluntária (tem de ter 21 anos ou mais e tem de assinar um formulário federal de consentimento de esterilização. Devem decorrer pelo menos 30 dias, mas não mais de 180 dias, entre a data de assinatura do formulário e a data da intervenção cirúrgica). • aconselhamento genético Este benefício continua na página seguinte.	0\$



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 (TDD 711), das 8h00 às 20h00, de segunda a sexta-feira; das 8h00 às 12h00 ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Serviços pagos pelo nosso plano		O que tem de pagar
	Serviços de planeamento familiar (continuação) O plano pagará também por alguns outros serviços de planeamento familiar. No entanto, deverá ver um prestador da rede do plano para os seguintes serviços: • tratamento para SIDA e outras condições relacionadas com o VIH, incluindo gestão de processos médicos para pessoas que vivem com VIH/SIDA e serviços de gestão de cuidados não médicos para pessoas que vivem com VIH/SIDA ou que estão em risco de contrair o VIH. • exames genéticos	0\$
	Benefício de fitness* O benefício de fitness inclui uma inscrição num health club em locais YMCA elegíveis e um monitor de atividade. As instalações elegíveis do YMCA são enumeradas abaixo: • Bayside YMCA (Barrington, RI) • Cranston YMCA (Cranston, RI) • East Side YMCA (Providence, RI) • Kent County YMCA (Warwick, RI) • MacColl YMCA (Lincoln, RI) • Newman YMCA (Seekonk, MA) • Pawtucket Family YMCA (Pawtucket, RI) • South County YMCA (Wakefield, RI) • Woonsocket YMCA (Woonsocket, RI) *Os membros devem escolher um local designado.	0\$



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 (TDD 711), das 8h00 às 20h00, de segunda a sexta-feira; das 8h00 às 12h00 ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Serviços pagos pelo nosso plano		O que tem de pagar
	Programas de educação de saúde e bem-estar O plano pagará pela gestão de doenças e programas de saúde para ajudá-lo a compreender melhor as condições e os problemas de saúde. O plano paga por programas educacionais em grupo e individuais, incluindo serviços de terapia nutricional e programas de controlo de peso, quando prestado por um nutricionista licenciado. Condições crónicas como asma, diabetes e doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) podem ser difíceis de gerir. O plano pagará também para testes especiais e medicamentos para ajudar a manter a sua condição sob controlo e mantê-lo saudável.	0\$
	Benefício de Nutrição e Alimentação Saudável A cobertura inclui um cartão de alimentação saudável e de poupança com um subsídio mensal de 35 dólares que pode ser utilizado para comprar produtos alimentares saudáveis e nutritivos.	0\$
	Serviços auditivos O plano paga exames de audição de rotina e testes de audição e equilíbrio, feitos pelo seu prestador. Estes testes indicam se precisa de tratamento médico. São cobertos como atendimento ambulatorio quando os recebe de um médico, audiologista ou outro profissional qualificado. O plano também cobre aparelhos auditivos e avaliações para a instalação de aparelhos auditivos, a cada três anos.	0\$



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 (TDD 711), das 8h00 às 20h00, de segunda a sexta-feira; das 8h00 às 12h00 ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Serviços pagos pelo nosso plano		O que tem de pagar
	Rastreio de VIH O plano paga pelos exames de rastreio do VIH e testes de rastreio do VIH. O plano também pagará pela gestão de processos médicos para pessoas que vivem com VIH/SIDA e serviços de gestão de cuidados não médicos para pessoas que vivem com VIH/SIDA ou que estão em risco de contrair o VIH. Este serviço está limitado a um (1) rastreio de doze (12) em doze (12) meses. Exames adicionais são cobertos para membros que estão grávidas.	0\$
	Serviços de cuidados ao domicílio* O plano pagará por serviços de cuidados pessoais, como ajuda para vestir-se, alimentar-se e serviços domésticos, como lavar a roupa e fazer as compras. Os serviços de cuidados ao domicílio não incluem os cuidados temporários ou os cuidados diurnos. O plano também pode pagar outros serviços não indicados aqui. *É necessária uma autorização prévia.	0\$



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 (TDD 711), das 8h00 às 20h00, de segunda a sexta-feira; das 8h00 às 12h00 ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Serviços pagos pelo nosso plano	O que tem de pagar
Agência de cuidados de saúde ao domicílio* Antes de poder receber serviços de saúde ao domicílio, um prestador de cuidados de saúde tem de nos dizer que precisa deles, e estes têm de ser prestados por uma agência de saúde ao domicílio. O plano pagará os seguintes serviços: • serviços de enfermagem especializada, de assistente de enfermagem certificado e de auxiliar de saúde ao domicílio, a tempo inteiro, a tempo parcial ou intermitente • fisioterapia, terapia ocupacional e terapia da fala ○ O plano cobrirá um total de 24 consultas em ambulatório de terapia ocupacional; ○ O plano cobrirá um total de 24 consultas em ambulatório de fisioterapia; ○ O plano cobrirá um total de 24 consultas em ambulatório de terapia da fala. • serviços médicos e sociais • equipamento e material médico O plano também pode pagar outros serviços não indicados aqui. *Pode ser necessária uma autorização prévia.	0\$



Serviços pagos pelo nosso plano	O que tem de pagar
Terapia de infusão domiciliária O plano pagará a terapia de infusão domiciliária, definida como medicamentos ou substâncias biológicas administrados numa veia ou aplicados sob a pele e fornecidos ao membro em casa. São necessários os seguintes elementos para efetuar a infusão ao domicílio: • o medicamento ou a substância biológica, como um antiviral ou uma imunoglobulina; • equipamento, como uma bomba; e • materiais, tais como tubos ou um cateter. O plano cobrirá serviços de infusão em casa que incluem, mas não estão limitados a: • serviços profissionais, incluindo serviços de enfermagem, fornecidos de acordo com o seu plano de cuidados; • formação e educação de membros ainda não incluídos no benefício DME; • monitorização à distância; e • serviços de monitorização da prestação de terapia de infusão domiciliária e de medicamentos para infusão domiciliária fornecidos por um fornecedor qualificado de terapia de infusão domiciliária.	0\$



Serviços pagos pelo nosso plano	O que tem de pagar
Cuidados paliativos Tem o direito de optar por um hospício se o seu prestador de cuidados de saúde e o diretor médico do hospício determinarem que tem um prognóstico terminal. Isto significa que sofre de uma doença terminal e que se prevê que tenha seis meses ou menos de vida. Pode receber cuidados de qualquer programa de cuidados paliativos certificados pela Medicare. O plano tem de o ajudar a encontrar um programa de cuidados paliativos certificado pela Medicare. O seu prestador de cuidados paliativos pode ser um prestador da rede ou um prestador não pertencente à rede O plano pagará o seguinte enquanto estiver a receber serviços de cuidados paliativos: • medicamentos para tratar os sintomas e a dor • cuidados temporários de curta duração • cuidados ao domicílio Cuidados paliativos e serviços cobertos pelo Medicare Parte A ou B são cobrados ao Medicare. • Para mais informações, consulte a Secção E1 deste capítulo. Para serviços cobertos pelo Neighborhood INTEGRITY, mas não cobertos pelo Medicare Parte A ou B: • O Neighborhood INTEGRITY irá cobrir os serviços cobertos pelo plano não cobertos pelo Medicare Parte A ou B. O plano cobrirá os serviços, estejam eles relacionados ou não ao seu prognóstico terminal. Não paga nada por estes serviços. Este benefício continua na página seguinte.	0\$



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 (TDD 711), das 8h00 às 20h00, de segunda a sexta-feira; das 8h00 às 12h00 ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Serviços pagos pelo nosso plano	O que tem de pagar
Cuidados paliativos (continuação) Para medicamentos que podem ser cobertos pelo benefício do Medicare Parte D do Neighborhood INTEGRITY: Os medicamentos nunca são cobertos simultaneamente pelos cuidados paliativos e pelo nosso plano. Para mais informações, consulte o Capítulo 5. Nota: Se necessitar de cuidados não paliativos, deve contactar o seu gestor de cuidados para organizar os serviços. Os cuidados não paliativos são cuidados que não estão relacionados com o seu prognóstico terminal. Pode contactar os Serviços para Membros através do número 1-844-812-6896 e 711, Das 8:00 às 20:00 horas, de segunda a sexta-feira; das 8:00 às 12:00 horas ao sábado.	0\$



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 (TDD 711), das 8h00 às 20h00, de segunda a sexta-feira; das 8h00 às 12h00 ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Serviços pagos pelo nosso plano	O que tem de pagar
 Imunizações O plano pagará os seguintes serviços: • vacina contra a pneumonia • vacinas contra a gripe, uma vez em cada época de gripe, no outono e no inverno, com vacinas adicionais contra a gripe, se necessário do ponto de vista médico • vacina contra a hepatite B se tiver um risco elevado ou intermédio de contrair hepatite B • Vacina COVID-19 • outras vacinas se estiver em risco e se cumprirem as regras de cobertura do Medicare Parte B ou do Rhode Island Medicaid O plano pagará outras vacinas que cumpram as regras de cobertura do Rhode Island Medicaid ou Medicare Parte D. Consulte o Capítulo 6 para saber mais.	0\$



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 (TDD 711), das 8h00 às 20h00, de segunda a sexta-feira; das 8h00 às 12h00 ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Serviços pagos pelo nosso plano	O que tem de pagar
Produtos de incontinência* O plano pagará por produtos como: • Fraldas ○ É necessária autorização prévia quando a quantidade estiver entre cento e noventa e três (193) e trezentos (300) por mês. ○ Limitado a trezentas (300) por mês. • Roupa interior descartável para incontinência ○ Limitado a cento e cinquenta (150) unidades descartáveis, por mês. • Resguardos *É necessária uma autorização prévia.	0\$
Serviços de Apoio ao Domicílio A cobertura inclui até 120 horas, por ano, de cuidados com o acompanhante para ajudar nas tarefas diárias.	0\$



Serviços pagos pelo nosso plano	O que tem de pagar
Cuidados hospitalares em regime de internamento* O plano pagará os cuidados hospitalares de internamento necessários do ponto de vista médico. O plano cobre os seguintes serviços: • quarto semiprivado (ou um quarto privado se for clinicamente necessário) • refeições, incluindo dietas especiais • serviços de enfermagem regulares • custos de unidades de cuidados especiais, como cuidados intensivos ou unidade de cuidados coronários • fármacos e medicamentos • análises de laboratório e outros testes de diagnóstico • raios-X e outros serviços de radiologia, incluindo materiais e serviços técnicos • material cirúrgico e médico necessário • aparelhos, como cadeiras de rodas • serviços operatórios e sala de recuperação • fisioterapia, terapia ocupacional e terapia da fala • internamento para serviços de uso de substâncias • sangue, incluindo armazenamento e administração ○ O plano pagará por todo o sangue, hemácias concentradas e todas as outras partes do sangue. • serviços médicos Este benefício continua na página seguinte.	0\$ Tem de obter autorização do plano para continuar a receber cuidados de internamento num hospital não pertencente à rede depois de a emergência estar controlada.



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 (TDD 711), das 8h00 às 20h00, de segunda a sexta-feira; das 8h00 às 12h00 ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Serviços pagos pelo nosso plano	O que tem de pagar
Cuidados hospitalares em regime de internamento* (continuação) transplantes, incluindo córnea, rins, rim/pâncreas, coração, fígado, pulmão, coração/pulmão, medula óssea, células estaminais e intestinal/multivisceral. Outros tipos de transplantes podem ser cobertos. Se precisa de um transplante, um centro de transplantes aprovado pelo Medicare irá analisar o seu caso e decidirá se é candidato a um transplante. Os prestadores de transplantes podem situar-se na área de serviços local ou fora da área de serviços. Se os prestadores de serviços de transplantação locais estiverem dispostos a aceitar a taxa Medicare, pode obter os seus serviços de transplantação localmente ou fora do padrão de cuidados da sua comunidade. Se o Neighborhood INTEGRITY fornecer serviços de transplante num local distante fora da área de serviço e optar por fazer o seu transplante lá, organizaremos ou pagaremos os custos de alojamento e viagem para si e para outra pessoa. *É necessária uma autorização prévia.	0\$ Tem de obter autorização do plano para continuar a receber cuidados de internamento num hospital não pertencente à rede depois de a emergência estar controlada.
Serviços de internamento num hospital psiquiátrico* O plano pagará os serviços de cuidados de saúde mental que exijam um internamento hospitalar. *É necessária uma autorização prévia.	0\$



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 (TDD 711), das 8h00 às 20h00, de segunda a sexta-feira; das 8h00 às 12h00 ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

	Serviços e consumíveis para doenças renais O plano pagará pelos seguintes serviços: • serviços de educação sobre doenças renais para ensinar cuidados renais e ajudar os Membros a tomar boas decisões sobre os seus cuidados. ○ deve ter uma doença renal crônica no estágio IV e o seu médico deve encaminhá-lo. ○ o plano cobrirá até seis sessões do serviço de educação sobre a doença renal • tratamentos de diálise em ambulatório, incluindo tratamentos de diálise quando se encontra temporariamente fora da área de serviço, tal como explicado no Capítulo 3, ou quando o seu prestador deste serviço está temporariamente indisponível ou inacessível • tratamentos de diálise em regime de internamento se for internado num hospital para cuidados especiais • formação em Auto diálise, incluindo formação para si e para quem o ajuda nos seus tratamentos de diálise em casa • equipamento e material de diálise ao domicílio • determinados serviços de apoio domiciliário, tais como as visitas necessárias de profissionais de diálise com formação para verificar a sua diálise domiciliária, para ajudar em situações de emergência e para verificar o seu equipamento de diálise e o abastecimento de água O seu benefício de medicamentos do Medicare Parte B paga alguns medicamentos para a hemodiálise. Para obter informações, consulte "Medicamentos sujeitos a receita médica da Parte B da Medicare" nesta tabela.	0\$
--	---	-----



	Rastreo do cancro do pulmão O plano pagará o rastreo do cancro do pulmão a cada 12 meses se: • tiver entre 50 e 77 anos e • tiver um aconselhamento e uma visita de tomada de decisão partilhada com o seu médico ou outro profissional, e • ter fumado pelo menos (1) maço por dia durante 20 anos, sem sinais ou sintomas de cancro do pulmão, ou fumar atualmente ou ter deixado de fumar nos últimos 15 anos. Após o primeiro rastreo, o plano pagará outro rastreo todos os anos com uma ordem escrita do seu médico ou de outro prestador de cuidados de saúde qualificado.	0\$
	Refeições O plano irá pagar refeições entregues em casa após a alta de uma hospitalização ou cirurgia. Este benefício cobre catorze (14) refeições por duas (2) semanas e limitado a duas (2) vezes por ano.	0\$
	Programa Medicare de prevenção da diabetes (MDPP) O plano paga os serviços do MDPP. O MDPP foi concebido para o ajudar a aumentar os comportamentos saudáveis. Oferece formação prática em: • mudança de dieta a longo prazo, e • aumento da atividade física, e • formas de manter a perda de peso e um estilo de vida saudável.	0\$



	Medicamentos sujeitos a receita médica da Parte B do Medicare* Estes medicamentos estão cobertos pela Parte B do Medicare. O Neighborhood INTEGRITY pagará pelos seguintes medicamentos: • medicamentos que, normalmente, não administra a si próprio e são injetados ou através de infusão enquanto recebe serviços de cuidado médico, cuidado ambulatorio ou serviços de centro de cirurgia ambulatoria • insulina fornecida através de um artigo de equipamento médico duradouro (como uma bomba de insulina clinicamente necessária) • outros medicamentos que toma utilizando equipamento médico duradouro (como nebulizadores) que foram autorizados pelo plano • fatores de coagulação que administra por injeção se tiver hemofilia • medicamentos de osteoporose que são injetados. Estes medicamentos são pagos se não estiver em casa, tiver uma fratura óssea que um prestador certifique estar relacionada a osteoporose de pós-menopausa e não puder injetar a si mesma o medicamento • antígenos • certos medicamentos orais anticancerígenos e medicamentos contra a náusea Este benefício continua na página seguinte.	0\$
--	--	-----



Medicamentos sujeitos a receita médica Medicare Parte B (continuação)* • certos medicamentos para diálise domiciliar, incluindo heparina, o antídoto para a heparina (quando clinicamente necessário), anestésicos tópicos e agentes estimulantes da eritropoiese (como Epogen®, Procrit®, Epoetin Alfa, Aranesp®, ou Darbepoetin Alfa) • Imunoglobulina intravenosa para o tratamento domiciliar de doenças de imunodeficiência primária • Também cobrimos algumas vacinas sob o nosso benefício de medicamentos sujeitos a receita médica do Medicare Parte B e Parte D. O Capítulo 5 explica o benefício de medicamentos sujeitos a receita médica ambulatoria. Explica as regras que deve seguir para ter as receitas médicas cobertas. O Capítulo 6 explica o que paga pelos seus medicamentos sujeitos a receita médica ambulatoria através do nosso plano. *A autorização pode aplicar-se a alguns serviços desta categoria, incluindo, entre outros, medicamentos administrados pelo prestador sujeitos a receita médica para tratar cancro, deficiências imunitárias, doenças raras, doenças neuromusculares, asma, osteoartrite e osteoporose. ** A terapia por etapas pode ser necessária para as seguintes categorias de medicamentos sujeitos a receita médica da Parte B: • Fatores de Coagulação de hemofilia • Doença Inflamatória Autoimune/Crónica • Medicamentos oncológicos e hematológicos • Antieméticos Este benefício continua na página seguinte.	0\$
---	------------



	Medicamentos sujeitos a receita médica Medicare Parte B (continuação)* • Medicamentos anti gota • Imunoglobulinas (IVIG e SCIG) • Agentes de EM - Esclerose Múltipla • Doença da Retina • Anticorpos monoclonais • Fatores estimulantes de colónias de longa duração • Fatores estimulantes de colónias de curta duração • Terapia de Reposição Enzimática • Ácido hialurónico • Medicamentos antiasmáticos • Agentes endócrinos e metabólicos • Andrógenos • Enzima bacteriana da collagenase • Agentes de Distrofia Muscular de Duchenne • Antifúngicos relacionados ao imidazol • Corticotropina • Medicamentos de Angioedema hereditário (HAE) • Agentes de lúpus eritematoso sistémico (SLE) • Agentes passivos de imunização e tratamento de anticorpos monoclonais • Polineuropatia associada à amiloidose • Agentes de ELA (Esclerose Lateral Amiotrófica) • Medicamentos de acromegalia Este benefício continua na página seguinte.	0\$
--	---	-----



	Medicamentos sujeitos a receita médica Medicare Parte B (continuação)* • Síndrome periódica associada à criopirina • Medicamentos de origem orgânica • Medicamentos para hipertensão arterial pulmonar (PAH) • Agentes estimulantes da eritropoiese (ESA) • Medicamentos para terapia de enxaqueca • Medicamentos para Depressão/ PDD (Transtorno depressivo persistente) • Medicamentos para atrofia muscular espinhal (SMA) • Toxinas botulínicas *É necessária autorização prévia	0\$
--	---	-----



Cuidados num centro de enfermagem* O plano pagará os seguintes serviços: • um quarto semiprivado ou um quarto privado se for clinicamente necessário • refeições, incluindo dietas especiais • serviços de enfermagem • fisioterapia, terapia ocupacional e terapia da fala • medicamentos que recebe como parte do seu plano de cuidados, incluindo substâncias naturalmente presentes no organismo, como elementos de coagulação do sangue • sangue, incluindo armazenamento e administração ○ o plano pagará por todo o sangue, as hemácias concentradas e todas as outras partes do sangue, incluindo armazenamento e administração para o primeiro "pint" (aproximadamente meio litro). • material médico-cirúrgico fornecido por estabelecimentos de cuidados de saúde • testes laboratoriais dados pelas instituições de enfermagem • radiografias e outros serviços de radiologia prestados por estabelecimentos de cuidados de saúde • serviços médicos/prestadores Este benefício continua na página seguinte.	0\$ Se receber cuidados numa instalação de enfermagem, poderá ter de pagar parte do custo dos seus serviços. Isto é conhecido como "comparticipação nos custos" e o montante é determinado pelo Rhode Island Medicaid.
---	--



	Cuidados num centro de enfermagem* (continuação) O plano pagará também por outros serviços não indicados aqui. Normalmente, os cuidados de saúde são prestados em estabelecimentos da rede. No entanto, poderá obter os seus cuidados numa instalação que não esteja na nossa rede. Pode obter cuidados nos seguintes locais se estes aceitarem os montantes do nosso plano para pagamento: • um lar de idosos ou uma comunidade de reformados de cuidados continuados onde morava antes de ir ao hospital (desde que ofereça assistência de cuidados de enfermagem) • uma instituição de enfermagem onde o seu cônjuge mora, quando sair do hospital. *É necessária uma autorização prévia.	0\$ Se receber cuidados numa instalação de enfermagem, poderá ter de pagar parte do custo dos seus serviços. Isto é conhecido como "comparticipação nos custos" e o montante é determinado pelo Rhode Island Medicaid.
	Benefícios nutricionais/dietéticos O plano pagará pela terapia nutricional médica e aconselhamento fornecido por um nutricionista licenciado para ajudá-lo a gerir uma condição crónica ou problema médico como diabetes, pressão alta, obesidade ou cancro. O plano também pagará a terapia nutricional e aconselhamento se estiver a tomar um medicamento que possa afetar o seu metabolismo ou a capacidade de absorver nutrientes.	0\$



	Rastreo de obesidade e terapia para manter o peso baixo O plano pagará o aconselhamento para ajudá-lo a perder peso. Deve receber o aconselhamento num consultório de cuidados primários. Desta forma, pode ser gerido com o seu plano de prevenção completo. Converse com o seu médico para obter mais informações. Este serviço é limitado a vinte e duas (22) visitas a cada doze (12) meses.	0\$
	Serviços do programa de tratamento com opiáceos (OTP) O plano pagará os seguintes serviços para tratar o transtorno do uso de opiáceos (OUD): • atividades de admissão • avaliações periódicas • medicamentos aprovados pela Agência Federal de Medicamentos e Segurança Alimentar (FDA) e, se aplicável, administrar e fornecer-lhe estes medicamentos • aconselhamento sobre consumo de substâncias • terapia individual e em grupo • pesquisa de drogas ou substâncias químicas no organismo (exame toxicológico)	0\$



	Testes de diagnóstico em ambulatório e serviços e fornecimentos terapêuticos* O plano pagará os seguintes serviços: • radiografias • radioterapia (rádio e isótopos), incluindo materiais e acessórios técnicos • material cirúrgico, como pensos • talas, gessos e outros dispositivos utilizados para fraturas e luxações • análises laboratoriais • sangue e armazenamento e administração de sangue • outros exames de diagnóstico em ambulatório • testes genéticos não utilizados para o diagnóstico da gravidez ○ É necessária autorização prévia • Terapia com células (CART-T) ○ É necessária autorização prévia • Teste de IgE (alergia) ○ É necessária autorização prévia quando mais de quinze (15) unidades de teste são recebidas por doze (12) meses consecutivos • Teste de fibrose cística ○ Limitado a um (1) teste uma vez na vida O plano também pode pagar outros serviços não indicados aqui. *Pode ser necessária uma autorização prévia.	0\$
--	--	------------



	Serviços hospitalares em ambulatório* O plano paga pelos serviços medicamente necessários que receba no departamento ambulatório de um hospital para diagnóstico ou tratamento de uma doença ou lesão. O plano pagará os seguintes serviços: ○ os serviços num departamento de emergência ou numa clínica ambulatoria, como serviços de observação ou cirurgia ambulatoria ▪ Os serviços de observação ajudam o seu médico a saber se precisa de ser admitido no hospital como "doente internado". ▪ Por vezes, pode ficar no hospital durante a noite e continuar a ser um "doente externo". ▪ Pode obter mais informações sobre o internamento ou o ambulatório nesta ficha informativa: www.medicare.gov/media/11101 • exames laboratoriais e de diagnóstico faturados pelo hospital • cuidados de saúde mental, incluindo cuidados num programa de hospitalização parcial, se um prestador certificar que seria necessário um tratamento de internamento sem esses cuidados • radiografias e outros serviços de radiologia faturados pelo hospital • material médico, como talas e gessos • exames preventivos e serviços indicados em toda a Tabela de Benefícios • alguns medicamentos que não se podem dar a si próprio O plano também pode pagar outros serviços não indicados aqui. *Pode ser necessária uma autorização prévia.	0\$
--	--	------------



Cuidados de saúde mental em ambulatório* O plano pagará 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, • um enfermeiro clínico especializado, • um conselheiro profissional licenciado (LPC), • um terapeuta matrimonial e familiar licenciado (LMFT), • um enfermeiro (NP), • um médico assistente (PA), ou • qualquer outro profissional de saúde mental qualificado do Medicare ou Rhode Island Medicaid, conforme permitido pelas leis estatais aplicáveis. O plano pagará os seguintes serviços: • serviços clínicos • tratamento individual, em grupo e familiar • intervenção e estabilização de crises serviços de emergência • avaliação diagnóstica • testes psicológicos • avaliação e gestão de medicamentos Este benefício continua na página seguinte.	0\$
--	------------



Cuidados de saúde mental em ambulatório* (continuação) • serviços especializados para pessoas com doenças mentais graves, incluindo Saúde Domiciliar Integrada e Tratamento Comunitário Assertivo • tratamento de dia/noite • tratamento em grupo (Clubhouse) • tratamento integrado de diagnóstico duplo, para pessoas com doenças mentais e pessoas com transtornos por uso de substâncias • tratamento de saúde mental ordenado pelo Tribunal • hospitalização parcial O internamento parcial é um programa estruturado de tratamento psiquiátrico ativo. É oferecido como um serviço ambulatorio hospitalar ou por um centro comunitário de saúde mental. É mais intenso do que os cuidados que recebe no consultório do seu médico ou terapeuta. Pode ajudar a evitar que tenha de ficar no hospital • tratamento intensivo ambulatorio O serviço ambulatorio intensivo é um programa estruturado de tratamento terapêutico ativo de saúde comportamental (mental) fornecido como um serviço ambulatorio hospitalar, um centro comunitário de saúde mental, um centro de saúde federalmente qualificado ou uma clínica de saúde rural que é mais intenso do que os cuidados recebidos no consultório do seu médico ou terapeuta, mas menos intenso do que o internamento parcial O plano também pode pagar outros serviços não indicados aqui. *Pode ser necessária uma autorização prévia.	0\$
--	------------



	Serviços de reabilitação em ambulatório O plano pagará por fisioterapia, terapia ocupacional, terapia da fala, terapia de linguagem, terapia de audição e terapia respiratória. • O plano cobrirá um total de 24 consultas de fisioterapia em ambulatório. • O plano cobrirá um total de 24 consultas externas de terapia ocupacional. • O plano cobrirá um total de 24 consultas em ambulatório de terapia da fala. Pode obter serviços de reabilitação em ambulatório em departamentos de ambulatório de hospitais, consultórios de terapeutas independentes, Centro de Reabilitação Ambulatório Integral (CORF) e outras instalações.	0\$
--	--	-----



	Serviços de tratamento da toxicodependência em regime ambulatorio* O plano paga: • aconselhamento sobre consumo de substâncias • programas de tratamento com opiáceos assistidos por medicamentos, incluindo dosagem e aconselhamento com metadona e receitas médicas para outros medicamentos, como a Suboxone® • serviços do Programa de tratamento de opiáceos (OTP) Health Home, que fornecem recursos aos membros dependentes de opiáceos que estão atualmente a receber ou que cumprem os critérios para tratamento assistido por medicação • desintoxicação gerida por um médico num ambiente hospitalar ou num programa de desintoxicação • tratamento de uso de substância ordenado pelo Tribunal • tratamento de toxicodependência ordenado pelo tribunal O plano também pode pagar outros serviços não indicados aqui. *Pode ser necessária uma autorização prévia.	0\$
	Cirurgia de ambulatorio* O plano pagará a cirurgia ambulatoria e os serviços em instalações ambulatorias hospitalares e centros cirúrgicos ambulatorios. *Pode ser necessária uma autorização prévia.	0\$



	Serviços de médicos/prestadores, incluindo consultas médicas* O plano pagará os seguintes serviços: ○ Cuidados de saúde ou serviços de cirurgia medicamente necessários, fornecidos em locais como: ○ consultório médico ○ centro cirúrgico ambulatorio certificado ○ departamento hospitalar ambulatorio ○ Consulta, diagnóstico e tratamento por um especialista ○ Exames básicos de audição e equilíbrio efetuados pelo seu prestador de cuidados primários, se este os solicitar para saber se necessita de tratamento ○ Certos serviços de telessaúde adicionais, incluindo os relativos a: ○ Serviços médicos de cuidados primários ○ Serviços de médicos especialistas ○ Sessões individuais para serviços especializados de saúde mental ○ Sessões de grupo para serviços especializados de saúde mental ○ Outro profissional de saúde ○ Sessões individuais para serviços de psiquiatria ○ Sessões de grupo para serviços de psiquiatria Este benefício continua na página seguinte.	0\$
--	---	------------



	Serviços de médicos/prestadores de serviços, incluindo consultas médicas* (continuação) • Determinados serviços de telessaúde adicionais: ○ Sessões individuais para tratamento ambulatorio de abuso de substâncias ○ Sessões de grupo para o tratamento ambulatorio da toxicodependência ○ Serviços de educação sobre doenças renais ○ Formação em autogestão da diabetes ○ Outros serviços preventivos cobertos pelo Medicare. • *É necessária autorização prévia para serviços de assistência telefônica. Tem a opção de obter estes serviços através de uma visita presencial ou por assistência telefônica. • Serviços de tele-saúde para visitas mensais relacionadas com a doença renal em fase terminal (ESRD) para membros em diálise domiciliar num centro de diálise renal hospitalar ou num hospital de acesso crítico, numa instalação de diálise renal ou no domicílio do membro • Serviços de assistência telefônica para diagnosticar, avaliar ou tratar sintomas de um AVC • Serviços de assistência telefônica para membros com transtorno de uso de substâncias ou transtorno de saúde mental concomitante Este benefício continua na página seguinte.	0\$
--	--	-----



	Serviços de médicos/prestadores de serviços, incluindo consultas médicas* (continuação) • Serviços de assistência telefônica para diagnóstico, avaliação e tratamento de transtornos de saúde mental se: ○ tem uma visita presencial dentro de 6 meses antes da sua primeira visita de assistência telefônica ○ tem uma visita presencial a cada 12 meses enquanto recebe estes serviços de assistência telefônica ○ podem ser abertas exceções ao acima exposto em determinadas circunstâncias • Serviços de telessaúde para consultas de saúde mental prestados por Clínicas de Saúde Rurais e Centros de Saúde Federais Qualificados • Check-ins virtuais (por exemplo, por telefone ou conversação por vídeo) com o seu médico durante 5-10 minutos se: ○ não é um novo doente e ○ o check-in não está relacionado com uma visita ao consultório nos últimos 7 dias e ○ o check-in não conduzir a uma visita ao consultório no prazo de 24 horas ou à marcação de uma consulta o mais rapidamente possível Este benefício continua na página seguinte.	0\$
--	--	-----



	Serviços de médicos/prestadores de serviços, incluindo consultas médicas* (continuação) • Avaliação do vídeo e/ou das imagens que envia ao seu médico e interpretação e acompanhamento pelo seu médico no prazo de 24 horas se: ○ não é um novo doente e ○ a avaliação não está relacionada com uma visita ao consultório nos últimos 7 dias e ○ a avaliação não leva a uma visita ao consultório dentro de 24 horas ou à consulta disponível mais cedo • Consulta do seu médico com outros médicos por telefone, Internet ou registo de saúde eletrónico, se não for um novo doente • Segunda opinião por outro prestador da rede antes de um procedimento médico • Cuidados dentários e de saúde oral não rotineiros, incluindo taxas de sala de cirurgia e serviços de anestesia. Os serviços cobertos estão limitados a: ○ cirurgia da mandíbula ou estruturas relacionadas, ○ ajuste das fraturas da mandíbula ou dos ossos faciais, ○ arrancar dentes antes dos tratamentos de radiação de cancro neoplásico, ou ○ serviços que seriam cobertos quando providenciados por um médico. *Pode ser necessária uma autorização prévia.	0\$
--	--	-----



	Serviços de podologia O plano pagará os seguintes serviços: • diagnóstico e tratamento médico ou cirúrgico de lesões e doenças do pé (como o dedo do pé em martelo ou esporões do calcanhar) • cuidados de rotina com os pés para membros com doenças que afetam as pernas, como diabetes	0\$
	Exames de rastreio de cancro da próstata O plano pagará os seguintes serviços: • um exame rectal digital • um teste de antigénio específico da próstata (PSA) Este serviço está limitado a um (1) rastreio por cada doze (12) meses para membros com idade igual ou superior a 50 anos.	0\$



	Dispositivos protéticos e material conexo* Os dispositivos protéticos substituem toda ou parte de um membro ou função do corpo. O plano pagará os dispositivos protéticos seguintes: • sacos de colostomia e material relacionado com cuidados de colostomia • pacemakers • aparelho ortodôntico • sapatos protéticos • braços e pernas artificiais • próteses mamárias (incluindo sutiã cirúrgico após mastectomia) O plano pagará por alguns fornecimentos associados aos dispositivos protéticos. Também pagarão pela reparação ou substituição de dispositivos protéticos. O plano oferece alguma cobertura após a remoção da catarata ou cirurgia da catarata. Para mais informações, consulte "Cuidados com a visão", mais adiante nesta secção. O plano não cobre próteses dentárias. O plano pode também pagar por outros dispositivos não indicados aqui. *Pode ser necessária uma autorização prévia.	0\$
	Serviços de reabilitação pulmonar O plano pagará por programas de reabilitação pulmonar para Membros que têm doença pulmonar obstrutiva crónica (COPD) moderada a muito grave. O Membro deve ter um pedido de reabilitação pulmonar do médico ou prestador do tratamento da COPD.	0\$



	Serviços residenciais de saúde mental e de tratamento da toxicodependência* O plano paga: • serviços residenciais de tratamento de saúde mental a curto e longo prazo • tratamento residencial de uso grave de substâncias • tratamento de saúde mental e de toxicodependência ordenado pelo tribunal *Pode ser necessária uma autorização prévia.	0\$
	Cuidados dentários de rotina* O plano cobre serviços dentários preventivos até um máximo de 1.000 dólares por ano. Os serviços cobertos incluem: • duas (2) limpezas • um (1) exame oral de rotina • um (1) tratamento com flúor • radiografias dentárias • obturações e reparações de próteses *Poderão aplicar-se outras limitações.	0\$



	Serviços para prevenir o internamento hospitalar ou em instituição de enfermagem* O plano pagará um conjunto limitado de serviços para pessoas com alto risco de hospitalização ou internamento numa instituição de enfermagem, incluindo: • serviços domiciliares, como preparação das refeições ou os cuidados domésticos de rotina • modificações menores na sua casa, como barras de apoio, cadeiras de duche e assentos sanitários elevados • serviços de fisioterapia antes da cirurgia, se a terapia melhorar a recuperação ou reduzir o tempo de reabilitação • avaliação fisioterapêutica de aparelhos ou dispositivos de acessibilidade ao domicílio *Pode ser necessária uma autorização prévia.	0\$
	Rastreio e aconselhamento sobre infeções sexualmente transmissíveis (DST) O plano paga os exames de despistagem da clamídia, gonorreia, sífilis e hepatite B. Os exames devem ser pedidos por um prestador de cuidados primários. O plano pagará também por sessões presenciais de aconselhamento comportamental de alta intensidade, a cada ano, para adultos sexualmente ativos com risco elevado de DST. As sessões de aconselhamento de saúde comportamental de alta intensidade são limitadas a duas (2) sessões por ano.	0\$



	Instituição de cuidados de enfermagem especializados (SNF)* O plano pagará os seguintes serviços: • um quarto semiprivado ou um quarto privado se for clinicamente necessário • refeições, incluindo dietas especiais • serviços de enfermagem • fisioterapia, terapia ocupacional e terapia da fala • medicamentos que receba como parte do seu plano de cuidados, incluindo substâncias que estão naturalmente no organismo, como elementos de coagulação do sangue • sangue, incluindo armazenamento e administração ○ O plano pagará o sangue total, o sangue vermelho embalado e todas as outras partes do sangue, incluindo o armazenamento e a administração, a partir do primeiro litro. • material médico-cirúrgico fornecido por estabelecimentos de cuidados de saúde • testes laboratoriais dados pelas instituições de enfermagem • radiografias e outros serviços de radiologia prestados por estabelecimentos de cuidados de saúde • aparelhos, como cadeiras de rodas, normalmente fornecidos pelas instituições de enfermagem • serviços médicos/prestadores Este benefício continua na página seguinte.	0\$
--	---	-----



	Instituição de cuidados de enfermagem especializados (SNF)* (continuação) O plano também pode pagar outros serviços não indicados aqui. Normalmente, os cuidados de saúde são prestados em estabelecimentos da rede. No entanto, poderá obter os seus cuidados numa instalação que não esteja na nossa rede. Pode obter cuidados nos seguintes locais se estes aceitarem os montantes do nosso plano para pagamento: • um lar de idosos ou uma comunidade de reformados de cuidados continuados onde morava antes de ir ao hospital (desde que ofereça assistência de cuidados de enfermagem) • uma instituição de enfermagem onde o seu cônjuge mora no momento em que o membro sai do hospital *É necessária uma autorização prévia.	0\$
	Equipamento médico especial/dispositivos auxiliares menores* O plano pagará equipamentos médicos especiais e fornecimentos para tornar as atividades diárias mais fáceis para si, como comer e tomar banho. *Pode ser necessária uma autorização prévia para alguns equipamentos e dispositivos.	0\$



	Terapia de exercícios supervisionados (SET) O plano pagará pela SET para Membros com doença arterial periférica sintomática (PAD) que têm um encaminhamento por PAD do médico responsável pelo tratamento de PAD. O plano paga: • até 36 sessões durante um período de 12 semanas, se todos os requisitos de SET forem preenchidos • 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 de treino de exercício terapêutico para a DAP em Membros com câibras nas pernas devido a um fluxo sanguíneo deficiente (claudicação) • num ambiente hospitalar ambatório ou no consultório médico • realizado por pessoal qualificado que garante que os benefícios excedem os danos e que são formados em terapia de exercícios para PAD • sob a supervisão direta de um médico, médico assistente, ou especialista em enfermagem clínica/profissional de saúde especializados, formados em ambas as técnicas de suporte básico e avançado de vida	0\$
--	---	-----



	Cuidados urgentes necessários* Cuidados urgentemente necessários são cuidados não emergenciais para tratar: • uma súbita doença médica, ou • uma lesão aguda, ou • uma condição que precisa de cuidados de imediato. Se necessitar de cuidados urgentes, deve tentar obtê-los primeiro junto de um prestador da rede. No entanto, pode recorrer a prestadores que não pertencem à rede quando não consegue chegar a um prestador da rede porque, dadas as suas circunstâncias, não é possível, ou não é razoável, obter serviços de prestadores da rede (por exemplo, quando está fora da área de serviço do plano e precisa de serviços imediatos medicamente necessários para uma condição invisível, mas não é uma emergência médica). *A cobertura é limitada apenas aos EUA e aos seus territórios.	0\$
--	--	-----



	Cuidados com a visão* O plano pagará por um exame oftalmológico de rotina e óculos, uma vez a cada dois anos. Lentes de óculos são cobertas mais de uma vez a cada dois anos, apenas se for medicamente necessário. As lentes de contacto podem ser cobertas se tiver uma condição visual ou ocular que será melhor tratada com lentes de contacto do que com óculos. O plano pagará por serviços médicos ambulatoriais e outros serviços de prestadores para o diagnóstico e tratamento de doenças e lesões oculares. Por exemplo, isto inclui exames oftalmológicos anuais de retinopatia diabética para pessoas com diabetes e tratamento para degeneração macular associada à idade. Para pessoas com alto risco de glaucoma, o plano pagará rastreios do glaucoma. As pessoas com alto risco de glaucoma incluem: • pessoas com história familiar de glaucoma, • pessoas com diabetes, • Afro-americanos com 50 anos ou mais, e • Hispano-americanos com 65 anos ou mais. O plano pagará um par de óculos ou lentes de contacto após cada cirurgia da catarata quando o médico insere uma lente intraocular. (Se tiver duas cirurgias da catarata separadas, deverá receber um par de óculos após cada cirurgia. Não pode obter dois pares de óculos após a segunda cirurgia, mesmo que não tenha recebido um par de óculos após a primeira cirurgia.) Os rastreios do glaucoma são limitados a um (1) a cada doze (12) meses. *Pode ser necessária uma autorização prévia.	0\$
---	--	------------



	Consulta preventiva "Bem-vindo ao Medicare" O plano cobre apenas uma visita preventiva de "Bem-vindo ao Medicare". A consulta inclui: • uma revisão da sua saúde, • educação e aconselhamento sobre os serviços preventivos necessários (incluindo exames e vacinas) e • referências a outros cuidados, se necessário. Nota: Cobrimos a consulta preventiva "Bem-vindo ao Medicare" apenas durante os primeiros 12 meses em que tem o Medicare Parte B. Quando marcar a sua consulta, diga ao gabinete do seu prestador que pretende marcar a sua consulta preventiva "Bem-vindo ao Medicare".	0\$
---	---	------------



O nosso plano também cobre os serviços de cuidados continuados e apoio social (LTSS) para os Membros que precisam deles e se qualificam para os serviços LTSS através do Rhode Island Medicaid. Poderá ser necessário pagar parte do custo dos serviços. A isto chama-se "comparticipação nos custos" e o montante que paga é determinado pelo Rhode Island Medicaid.

Serviços LTSS	O que tem de pagar
Assistência à autonomia* O plano pagará os serviços e apoios para viver numa residência assistida. O plano cobre dois níveis de serviços de vida assistida: um nível básico de serviço e um nível elevado de serviço. *É necessária uma autorização prévia.	Determinado pelo Rhode Island Medicaid
Serviços comunitários de transição O plano fornecerá serviços para ajudá-lo a mudar de uma instituição de enfermagem ou residência/lar para uma casa particular. O plano pagará também, apenas uma vez, por algumas despesas para ajudá-lo a organizar uma casa particular quando sair de uma instituição ou centro de enfermagem.	Determinado pelo Rhode Island Medicaid
Assistência durante o dia O plano pagará serviços de autoajuda e competências sociais.	Determinado pelo Rhode Island Medicaid
Apoio ao emprego O plano pagará serviços, como supervisão, transporte ou formação, para ajudá-lo a encontrar ou manter um emprego remunerado.	Determinado pelo Rhode Island Medicaid
Cuidados domésticos* O plano pagará pelos serviços de casa para ajudar nas tarefas domésticas gerais, como preparação das refeições ou serviços domésticos em geral. *É necessária uma autorização prévia.	Determinado pelo Rhode Island Medicaid
Refeições entregues ao domicílio O plano pagará até uma refeição, cinco dias por semana, para ser entregue em sua casa.	Determinado pelo Rhode Island Medicaid



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 (TDD 711), das 8h00 às 20h00, de segunda a sexta-feira; das 8h00 às 12h00 ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Serviços LTSS	O que tem de pagar
Assistência de cuidados pessoais* O plano pagará pela assistência com atividades diárias em sua casa ou na comunidade, se tiver uma deficiência e não puder realizar as atividades por conta própria. *É necessária uma autorização prévia.	Determinado pelo Rhode Island Medicaid
Serviço privado de enfermagem O plano pagará por cuidados individuais e contínuos prestados por enfermeiros licenciados em sua casa.	Determinado pelo Rhode Island Medicaid
Serviços de reabilitação* O plano pagará por serviços físicos especializados, ocupacionais e terapia da fala em centros de reabilitação ambulatoria. ➤ O plano cobrirá um total de 24 consultas de fisioterapia em ambulatório. ➤ O plano cobrirá um total de 24 consultas externas de terapia ocupacional. ➤ O plano cobrirá um total de 24 consultas em ambulatório de terapia da fala. *Pode ser necessária uma autorização prévia.	Determinado pelo Rhode Island Medicaid
Assistência residencial O plano pagará serviços para ajudá-lo com as 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 plano pagará serviços de cuidados temporários ou de curto prazo quando a pessoa que normalmente cuida de si não estiver disponível para prestar cuidados.	Determinado pelo Rhode Island Medicaid
Rlte @ Home (Condições de vida com apoio - Vida partilhada) O plano pagará pelos cuidados pessoais e outros serviços prestados por um cuidador que mora em casa.	Determinado pelo Rhode Island Medicaid



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 (TDD 711), das 8h00 às 20h00, de segunda a sexta-feira; das 8h00 às 12h00 ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Serviços LTSS	O que tem de pagar
Serviços e apoios orientados Se estiver inscrito em cuidados orientados, o plano pagará pelos: • serviços, equipamentos e fornecimentos que o ajudam a viver na comunidade • serviços que o ajudam a direcionar e pagar pelos seus próprios serviços	Determinado pelo Rhode Island Medicaid
Acompanhante adulto/sénior O plano pagará por ajuda não médica e apoio social com atividades diárias, como a preparação de refeições, lavar a roupa e fazer as compras.	Determinado pelo Rhode Island Medicaid
Serviços de enfermagem qualificados* O plano pagará serviços de enfermagem qualificados. *Pode ser necessária uma autorização prévia.	Determinado pelo Rhode Island Medicaid



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 (TDD 711), das 8h00 às 20h00, de segunda a sexta-feira; das 8h00 às 12h00 ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

E. Benefícios cobertos fora do Neighborhood INTEGRITY

Os seguintes serviços não são cobertos pelo Neighborhood INTEGRITY, mas estão disponíveis através do Medicare ou Rhode Island Medicaid.

E1. Cuidados paliativos

Tem o direito de optar por um hospício se o seu prestador de cuidados de saúde e o diretor médico do hospício determinarem que tem um prognóstico terminal. Isto significa que sofre de uma doença terminal e que se prevê que tenha seis meses ou menos de vida. Pode receber cuidados de qualquer programa de cuidados paliativos certificado pela Medicare. O plano tem de o ajudar a encontrar programas de cuidados paliativos certificados pelo Medicare. O seu prestador de cuidados paliativos pode ser um prestador da rede ou de fora da rede.

Consulte a Tabela de Benefícios na Secção D deste capítulo para obter mais informações sobre o que o Neighborhood INTEGRITY paga enquanto o membro estiver a receber serviços de cuidados paliativos.

Para os serviços de cuidados paliativos e serviços cobertos pelo Medicare Parte A ou B que se relacionem com seu prognóstico terminal:

- O prestador de cuidados paliativos emitirá uma fatura ao Medicare pelos seus serviços. O Medicare pagará pelos serviços de cuidados paliativos relacionados com o seu prognóstico terminal. Não paga nada por estes serviços.

Para os serviços cobertos pelo Medicare Parte A ou B que não estão relacionados com o seu prognóstico terminal:

- O prestador emitirá uma fatura ao Medicare pelos seus serviços. O Medicare paga os serviços cobertos pela Parte A ou B do Medicare. O membro não paga nada por estes serviços.

Para medicamentos que podem ser cobertos pelo benefício do Medicare Parte D do Neighborhood INTEGRITY:

- Os medicamentos nunca são cobertos simultaneamente pelos cuidados paliativos e pelo nosso plano. Para mais informações, consulte o Capítulo 5.

Nota: Se necessitar de cuidados não paliativos, deve contactar o seu gestor de cuidados para organizar os serviços. Os cuidados não paliativos são cuidados que não estão relacionados com o seu prognóstico terminal. Pode telefonar para os Serviços para Membros através do número 1-844-812-6896 e 711, das 8h00 às 20h00 horas, de segunda a sexta-feira; das 8h00 às 12h00 horas ao sábado. Aos sábados à tarde, domingos e feriados, pode ser-lhe pedido que deixe uma mensagem. A sua chamada será respondida no dia útil seguinte. A chamada é gratuita.



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 (TDD 711), das 8h00 às 20h00, de segunda a sexta-feira; das 8h00 às 12h00 ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

E2. Serviços dentários

Os cuidados dentários regulares, como limpezas, restaurações ou dentaduras, são cobertos pelo Rhode Island Medicaid. **Para cuidados dentários regulares, procure um prestador que aceite o Rhode Island Medicaid e use o seu cartão de identificação Rhode Island Medicaid ("anchor").** Em alguns casos, os cuidados dentários necessários para tratar doenças ou lesões podem ser cobertos pelo plano como cuidados de internamento ou ambulatório. Ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 (TDD 711) se não tiver a certeza se o plano ou o Rhode Island Medicaid cobre os serviços dentários de que necessita ou se precisar de ajuda para encontrar um dentista.

E3. Transporte não urgente

Pode ter direito a 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. Para mais informações, contacte a RIPTA através do número 1-401-784-9500 (TTY 1-800-745-5555) ou visite www.ripta.com/reducedfareprogram.

Se não puder utilizar um passe de autocarro RIPTA, o Rhode Island Medicaid cobre os serviços de transporte médico não urgente (NEMT) para deslocações a consultas médicas, dentárias ou outras consultas relacionadas com a saúde. Se precisar do NEMT de rotina, ligue para 1-855-330-9131 (TDD 711), das 5:00 às 18:00, de segunda a sexta-feira, ou para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 (TDD 711). Para marcar o NEMT, utilize o seu cartão de identificação Rhode Island Medicaid ("anchor"). Também pode agendar NEMT de rotina através do portal online para membros em www.mtm-inc.net/rhode-island/.

Pode pedir transporte para cuidados urgentes 24 horas por dia, 7 dias por semana. O transporte para cuidados não urgentes deve ser marcado com, **pelo menos**, 48 horas antes da sua marcação.

Ligue para agendar à:	Se precisa de transporte à:
Segunda-feira	Quarta-feira
Terça-feira	Quinta-feira
Quarta-feira	Sexta-feira, Sábado ou Domingo
Quinta-feira	Segunda-feira
Sexta-feira	Terça-feira

E4. Serviços residenciais para pessoas com deficiência intelectual e de desenvolvimento

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



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 (TDD 711), das 8h00 às 20h00, de segunda a sexta-feira; das 8h00 às 12h00 ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

E5. Serviços de estabilização no domicílio

Se for sem-abrigo, se estiver em risco de se tornar sem-abrigo ou se estiver a mudar de um centro de saúde para a comunidade, poderá obter serviços do Rhode Island Medicaid para o ajudar com problemas relacionados com a habitação. Se tiver perguntas sobre os serviços que o Rhode Island Medicaid cobre ou se desejar uma indicação para este programa, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 (TDD 711).

F. Benefícios não cobertos pelo Neighborhood INTEGRITY, Medicare ou Rhode Island Medicaid

Esta secção informa-o que tipo de benefícios são excluídos pelo plano. Excluído significa que o plano não paga por esses benefícios. O Medicare e o Rhode Island Medicaid também não os pagarão.

A lista abaixo descreve alguns serviços e produtos que não são cobertos pelo plano sob quaisquer condições e alguns que são excluídos pelo plano apenas em certos casos.

O plano não pagará pelos benefícios médicos excluídos indicados nesta secção (ou em qualquer outra parte deste *Manual do Membro*) exceto nas condições específicas indicadas. Mesmo que receba os serviços em uma unidade de emergência, o plano não pagará pelos serviços. Se achar que deveríamos pagar por um serviço que não é coberto, pode apresentar um recurso. Para ter mais informações sobre a apresentação de um recurso, veja o Capítulo 9.

Além de quaisquer exclusões ou limitações descritas na Tabela de Benefícios, **os serviços e produtos seguintes não são cobertos pelo nosso plano:**

- Os serviços considerados não "razoáveis e necessários", de acordo com os padrões do Medicare e do Rhode Island Medicaid, a menos que esses serviços sejam indicados pelo nosso plano como serviços cobertos.
- Tratamentos médicos e cirúrgicos experimentais, produtos e medicamentos, a não ser cobertos pelo Medicare ou no âmbito de um estudo de pesquisa clínica aprovado pelo Medicare ou pelo nosso plano. Veja o Capítulo 3 para mais informações sobre estudos de pesquisa clínica. Os tratamentos experimentais e itens são aqueles que, normalmente, não são aceites pela comunidade médica.
- Tratamento cirúrgico para obesidade mórbida, exceto quando for medicamento necessário e o Medicare ou o Rhode Island Medicaid pagarem por isso.
- Um quarto privado no hospital, exceto quando for medicamento necessário.
- Produtos pessoais no seu quarto num hospital ou numa instituição de enfermagem, como um telefone ou uma televisão.
- As taxas cobradas pelo seu cônjuge, responsável ou representante legal.



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 (TDD 711), das 8h00 às 20h00, de segunda a sexta-feira; das 8h00 às 12h00 ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

- Procedimentos ou serviços de melhoria eletivos ou voluntários (incluindo perda de peso, crescimento de cabelo, desempenho sexual, desempenho atlético, fins cosméticos, anti envelhecimento e desempenho mental), exceto quando clinicamente necessários.
- Cirurgia cosmética ou qualquer outro tratamento cosmético a menos que seja necessária devido a uma lesão acidental ou para melhorar uma parte do corpo que não está moldada corretamente. No entanto, o plano vai pagar pela reconstrução de uma mama após uma mastectomia e pelo tratamento da outra mama de forma a ficar de acordo com a mama tratada.
- Cuidados quiropráticos, exceto a manipulação manual da coluna vertebral, de acordo com as diretrizes de cobertura do Medicare.
- Sapatos ortopédicos, a menos que os sapatos façam parte de um suporte para as pernas e estejam incluídos no custo do suporte, ou os sapatos sejam para uma pessoa com a doença do pé diabético.
- Ceratotomia radial, cirurgia LASIK e outros apoios de baixa visão.
- Reversão de procedimentos de esterilização e fornecimentos contraceptivos sem receita médica.
- Serviços de Naturopatia (o uso de tratamentos naturais ou alternativos).
- Serviços prestados aos veteranos no Departamento de Assuntos de Veteranos (VA). No entanto, quando um veterano receber serviços de emergência num hospital do VA e houver comparticipação de custos de VA, nós reembolsaremos o veterano pelo valor pago.



Capítulo 5: Obter os seus medicamentos sujeitos a receita médica em ambulatório através do plano

Introdução

Este capítulo explica as regras para obter os seus medicamentos sujeitos a receita médica em regime ambulatório. Estes são medicamentos que o seu prestador de cuidados de saúde lhe encomenda e que obtém numa farmácia ou por encomenda postal. Incluem medicamentos cobertos pela Medicare Parte D e pelo Medicaid. Os termos-chave e as suas definições aparecem por ordem alfabética no último capítulo do *Manual do Membro*.

O Neighborhood INTEGRITY também cobre os seguintes medicamentos, embora eles não sejam abordados neste capítulo:

- Medicamentos cobertos pela Parte A do Medicare. Estes incluem alguns medicamentos que lhe são administrados enquanto está num hospital ou num centro de enfermagem.
- Medicamentos cobertos pelo Medicare Parte B. Estes incluem alguns medicamentos de quimioterapia, alguns medicamentos injetáveis que lhe foram dados durante uma consulta com um médico ou outro prestador, e medicamentos que lhe foram dados numa clínica de hemodiálise. Para saber mais sobre quais medicamentos do Medicare Parte B são cobertos, consulte a Tabela de Benefícios no Capítulo 4.

Regras para a cobertura de medicamentos em ambulatório do plano

O plano, geralmente, irá cobrir os seus medicamentos, desde que siga as regras nesta secção.

1. Deve pedir a um médico ou outro prestador para escrever a sua receita médica, que deve ser válida de acordo com a lei estatal aplicável. Esta pessoa é, normalmente, o seu prestador de cuidados primários (PCP). Também pode ser outro prestador de cuidados se o seu prestador de cuidados primários o tiver encaminhado para cuidados.
2. O seu prescritor não deve estar nas Listas de Exclusão ou Preclusão do Medicare.
3. Normalmente, deve utilizar uma farmácia da rede para preencher a sua receita.
4. O seu medicamento sujeito a receita médica deve estar na *Lista de Medicamentos Cobertos* do plano. Chamamos-lhe "Lista de Medicamentos", para abreviar.
 - Se não estiver na Lista de Medicamentos, talvez possamos cobrir o medicamento, abrindo uma exceção.



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 (TDD 711), das 8h00 às 20h00, de segunda a sexta-feira; das 8h00 às 12h00 ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

- Consulte a página 189 para saber como solicitar uma exceção.

5. O medicamento deverá ser utilizado para uma indicação aceitável em termos médicos. Isto significa que a utilização do medicamento é aprovada pela Agência Federal de Medicamentos e Segurança Alimentar ou apoiada por determinadas referências médicas. A "indicação clinicamente aceite" é definida como um diagnóstico que foi aprovado ao abrigo da Lei Federal dos Alimentos, Medicamentos e Cosméticos, ou que é apoiado por investigação científica encontrada nas Informações sobre medicamentos do American Hospital Formulary Service e/ou no Sistema de informação DRUGDEX®.

Índice

A. Receber as suas receitas médicas	118
A1. Aviar a sua receita numa farmácia da rede	118
A2. Utilizar o seu cartão de identificação de membro quando aviar uma receita médica	118
A3. O que fazer se quiser mudar para uma farmácia da rede diferente	118
A4. O que fazer se sua farmácia sair da rede.....	118
A5. Usar uma farmácia especializada.....	119
A6. Usar serviços por correspondência para obter os seus medicamentos	119
A7. Obter um fornecimento de medicamentos a longo prazo	121
A8. Utilizar uma farmácia que não faz parte da rede do plano	121
A9. Reembolsar-lhe se pagar uma receita médica.....	122
B. A Lista de Medicamentos do plano.....	122
B1. Medicamentos na Lista de Medicamentos	122
B2. Como encontrar um medicamento na Lista de Medicamentos.....	123
B3. Medicamentos que não constam da lista de medicamentos	123
B4. Níveis da Lista de Medicamentos	124
C. Limites de alguns medicamentos	124
D. Motivos pelos quais o seu medicamento pode não estar coberto.....	126
D1. Obter um fornecimento temporário.....	126



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 (TDD 711), das 8h00 às 20h00, de segunda a sexta-feira; das 8h00 às 12h00 ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

E. Alterações na cobertura dos seus medicamentos.....	129
F. Cobertura de medicamentos em casos especiais.....	131
F1. Se estiver num hospital ou num centro de enfermagem especializado para uma estadia coberta pelo plano	131
F2. Se estiver numa instituição de cuidados continuados.....	131
F3. Se estiver num programa de cuidados paliativos certificado pelo Medicare	131
G. Programas sobre segurança e gestão de medicamentos.....	132
G1. Programas para ajudar os Membros a consumir drogas de forma segura.....	132
G2. Programas para ajudar os Membros a gerir os seus medicamentos.....	133
G3. Programa de gestão de medicamentos para ajudar os Membros a utilizarem os seus medicamentos opiáceos em segurança.....	133
G4. Programas para ajudar os membros a descartar, com segurança, medicamentos prescritos e substâncias controladas não utilizadas.....	135



A. Receber as suas receitas médicas

A1. Aviar a sua receita numa farmácia da rede

Na maioria dos casos, o plano pagará por receitas médicas **apenas** se elas forem adquiridas nas farmácias da rede do plano. Uma farmácia da rede é uma loja de medicamentos que concordou em providenciar as receitas para os Membros do nosso plano. Pode ir a qualquer uma das nossas farmácias da rede.

Para encontrar uma farmácia da rede, pode procurar no *Diretório de Prestadores e Farmácias*, visite o nosso sítio Web ou entre em contacto com os Serviços para Membros.

A2. Utilizar o seu cartão de identificação de membro quando aviar uma receita médica

Para aviar a sua receita, **mostre o seu Cartão de Identificação do Membro** na sua farmácia da rede. A farmácia da rede faturará ao plano o medicamento sujeito a receita médica coberto.

Se não tiver consigo o seu cartão de identificação de membro quando aviar a receita médica, peça à farmácia para contactar o plano para obter as informações necessárias ou peça à farmácia para consultar as informações de inscrição no plano.

Se a farmácia não estiver capaz de obter a informação necessária, pode ter de pagar o custo total da receita quando a for levantar. Depois, pode pedir-nos o reembolso. Se não puder pagar o medicamento, contacte de imediato os Serviços para Membros. Faremos o que pudermos para ajudá-lo.

- Para saber como nos solicitar o reembolso, consulte o Capítulo 7.
- Se precisar de ajuda para aviar uma receita médica, pode contactar os Serviços para Membros.

A3. O que fazer se quiser mudar para uma farmácia da rede diferente

Se mudar de farmácia e precisar de aviar uma receita, pode pedir que um prestador de cuidados de saúde lhe passe uma nova receita ou pedir à sua farmácia que transfira a receita para a nova farmácia, se ainda houver receitas.

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

A4. O que fazer se sua farmácia sair da rede

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

Para encontrar uma nova farmácia na rede, pode consultar o *Diretório de Prestadores e Farmácias*, visitar o nosso sítio Web ou entre em contacto com os Serviços para Membros.



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 (TDD 711), das 8h00 às 20h00, de segunda a sexta-feira; das 8h00 às 12h00 ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

A5. Usar uma farmácia especializada

Às vezes, as receitas devem ser aviadas numa farmácia especializada. Farmácias especializadas incluem:

- Farmácias que fornecem medicamentos para terapia de infusão em casa.
- Farmácias que fornecem medicamentos a residentes de cuidados continuados numa instituição, como um lar de idosos.
 - Geralmente, as instituições de cuidados continuados têm as suas próprias farmácias. Se for um residente de um centro de cuidados a longo prazo, temos de ter a certeza que consegue receber os medicamentos necessários na farmácia da instituição.
 - Se a farmácia do seu centro de cuidados prolongados não estiver na nossa rede, ou se tiver alguma dificuldade em aceder aos seus benefícios de medicamentos num centro de cuidados a longo prazo, contacte os Serviços para Membros.
- Farmácias que atendem o Serviço de Saúde Índio/Tribal/Programa de Saúde Urbano do Índio. Exceto em caso de emergência, apenas os Nativos Americanos ou Nativos do Alasca podem usar estas farmácias.
- Farmácias que dispensam medicamentos restritos pelo FDA a determinados locais ou que exigem manuseamento especial, coordenação do prestador ou educação sobre o seu uso. (Nota: Este cenário deve acontecer raramente.)

Para encontrar uma farmácia especializada, pode consultar o *Diretório de Prestadores e Farmácias*, visitar o nosso sítio Web ou entre em contacto com os Serviços para Membros.

A6. Usar serviços por correspondência para obter os seus medicamentos

Para determinados tipos de medicamentos, pode usar os serviços de pedidos por correio, na rede do plano. Geralmente, os medicamentos disponíveis através dos serviços por correspondência são medicamentos que toma regularmente para uma condição médica crónica ou de longo prazo.

O serviço de venda por correspondência do nosso plano permite-lhe encomendar até um fornecimento de 90 dias. Um fornecimento para 90 dias tem a mesma participação que um fornecimento para um mês.

Preenchimento de receitas por correio

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

- Visite o sítio Web de venda por correspondência e registe-se online em www.caremark.com/mailservice



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 (TDD 711), das 8h00 às 20h00, de segunda a sexta-feira; das 8h00 às 12h00 ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

- Ou, ligue para os Serviços dos Membros.

Normalmente, uma receita de venda por correspondência chega-lhe no prazo de 7 a 10 dias úteis. Se a encomenda de medicamentos sujeitos a receita médica por correio estiver atrasada e precisar de um fornecimento de emergência de uma farmácia de revenda, ligue para os Serviços para Membros para obter ajuda com uma solicitação de substituição.

Processos de encomenda por correspondência

O serviço de encomenda por correspondência tem procedimentos diferentes para novas receitas que venham de si, novas receitas que venham diretamente do consultório do seu prestador e novos avios das suas prescrições de encomenda por correspondência:

1. Novas receitas que a farmácia recebe do membro

A farmácia avará e entregará automaticamente as novas receitas que receber do membro.

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

A farmácia irá aviar e entregar, automaticamente, as novas receitas recebidas dos seus prestadores de serviços de saúde, sem consultá-lo antes, se:

- Utilizou os serviços de encomenda por correspondência com este plano anteriormente, **ou**
- Inscreve-se para a entrega automática de todas as novas receitas que recebe diretamente dos prestadores de cuidados de saúde. Pode solicitar entrega automática de todas as novas receitas médicas agora ou a qualquer momento, ao ligar para o número 1-844-268-1908.

Se utilizou encomenda por correspondência no passado e não quiser que a farmácia avie e envie a sua nova prescrição automaticamente, entre em contacto connosco ligando para o 1-844-268-1908.

Se nunca utilizou a nossa entrega por correspondência e/ou decidiu interromper o aviamento automático de novas receitas, a farmácia contactá-lo-á sempre que receber uma nova receita de um prestador de cuidados de saúde para saber se pretende que o medicamento seja aviado e enviado imediatamente.

- Isto irá dar-lhe uma oportunidade de ter certeza de que a farmácia está a entregar o medicamento certo (incluindo a concentração, quantidade e forma) e, se necessário, permitir-lhe cancelar ou adiar a ordem antes do seu envio.
- É importante que responda cada vez que for contactado pela farmácia, para que eles saibam o que fazer com a nova receita e para evitar eventuais atrasos no envio.



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 (TDD 711), das 8h00 às 20h00, de segunda a sexta-feira; das 8h00 às 12h00 ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Para optar por não receber entregas automáticas de novas receitas que recebeu diretamente do consultório do seu prestador de cuidados de saúde, contacte-nos através do número 1-844-268-1908.

3. Recargas de receitas médicas por correspondência

Para recargas, contacte a sua farmácia 15 dias antes do fim da sua receita atual para garantir que a sua próxima encomenda lhe é enviada a tempo.

Para que a farmácia possa contactá-lo para confirmar a sua encomenda antes do envio, informe a farmácia sobre as melhores formas de o contactar. Pode atualizar estas informações ligando para 1-844-268-1908 ou visitando www.caremark.com.

A7. Obter um fornecimento de medicamentos a longo prazo

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

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

Para certos tipos de medicamentos, pode usar os serviços de encomenda por correio da rede do plano para receber um fornecimento de longo prazo de medicamentos de manutenção. Consulte a secção acima para saber mais sobre serviços de correspondência.

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

Geralmente, pagamos por medicamentos aviados numa farmácia de fora da rede *apenas* quando não puder usar uma farmácia da rede. Temos farmácias da rede fora da nossa área de serviço, onde pode obter as suas receitas aviadas como Membro do nosso plano.

Pagaremos as prescrições aviadas numa farmácia de fora da rede, nos seguintes casos:

- Uma Agência Federal de Gestão de Emergências (FEMA) declarou emergência
- Tratamento de uma doença enquanto estiver a viajar fora da área de serviço do plano, mas dentro dos Estados Unidos, onde não há nenhuma farmácia da rede.

Nestes casos, contacte primeiro os Serviços para Membros para saber se existe uma farmácia da rede nas proximidades.



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 (TDD 711), das 8h00 às 20h00, de segunda a sexta-feira; das 8h00 às 12h00 ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

A9. Reembolsar-lhe se pagar uma receita médica

Se tiver de usar uma farmácia de fora da rede, normalmente, terá de pagar o custo total quando receber os medicamentos da receita. Pode pedir-nos para o reembolsar.

Para saber mais sobre este assunto, consulte o Capítulo 7.

B. A Lista de Medicamentos do plano

O plano tem uma *Lista de Medicamentos Cobertos*. Chamamos-lhe "Lista de Medicamentos", para abreviar.

Os medicamentos da Lista de Medicamentos são selecionados pelo plano com a ajuda de uma equipa de médicos e farmacêuticos. A Lista de Medicamentos informa também se existem quaisquer regras que precisa seguir para obter o medicamento.

Geralmente, iremos cobrir um medicamento da Lista de Medicamentos do plano, desde que siga as regras explicadas neste capítulo.

Se cobrirmos um medicamento apenas para algumas condições médicas, este está claramente identificado na nossa Lista de Medicamentos e no Medicare Plan Finder, juntamente com as condições médicas específicas que estão cobertas.

B1. Medicamentos na Lista de Medicamentos

A Lista de Medicamentos inclui os medicamentos cobertos pelo Medicare Parte D, algumas prescrições e medicamentos sem receita médica e produtos cobertos pelos seus benefícios do Medicaid.

A Lista de Medicamentos inclui nomes de medicamentos de marca, medicamentos genéricos e biossimilares.

Um medicamento de marca é um medicamento que é vendido sob uma marca registada de propriedade do fabricante do medicamento. Medicamentos de marca que são mais complexos do que medicamentos típicos (por exemplo, medicamentos baseados em uma proteína) são chamados de produtos biológicos. Na Lista de Medicamentos, quando nos referimos a "medicamentos", isso pode significar um medicamento ou um produto biológico, como uma vacina ou insulina.

Medicamentos genéricos são constituídos pelos mesmos princípios ativos como os medicamentos de marca. Como os produtos biológicos são mais complexos que os medicamentos típicos, ao invés de terem uma forma genérica, eles possuem alternativas que são chamadas de biossimilares. Geralmente, genéricos e biossimilares funcionam tão bem quanto medicamentos de marca ou produtos biológicos e, geralmente, custam menos. Existem substitutos genéricos para muitos medicamentos de marca. Existem alternativas biossimilares para alguns produtos biológicos.



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 (TDD 711), das 8h00 às 20h00, de segunda a sexta-feira; das 8h00 às 12h00 ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

O nosso plano cobre também determinados medicamentos sem receita médica e produtos. Alguns medicamentos sem receita funcionam tão bem como os medicamentos de prescrição e custam menos. Para ter mais informações, ligue para os Serviços para Membros.

B2. Como encontrar um medicamento na Lista de Medicamentos

Para saber se um medicamento que está a tomar está na Lista de Medicamentos, pode:

- Visite o sítio Web do plano em www.nhpri.org/INTEGRITY. A lista de medicamentos no sítio Web é sempre a mais atualizada.
- Contacte os Serviços para Membros para saber se um medicamento consta da Lista de Medicamentos do plano ou para pedir uma cópia da lista.
- Utilize a nossa "Ferramenta de Prestações em Tempo Real" em www.caremark.com ou contacte os Serviços para Membros. Com esta ferramenta, pode procurar medicamentos na Lista de Medicamentos e verificar se existem medicamentos alternativos na Lista de Medicamentos que possam tratar a mesma doença.

B3. Medicamentos que não constam da lista de medicamentos

O plano não cobre todos os medicamentos sujeitos a receita médica. Alguns medicamentos não estão na Lista de Medicamentos porque a lei não permite que o plano cubra esses medicamentos. Noutros casos, decidimos não incluir um medicamento na Lista de Medicamentos.

O Neighborhood INTEGRITY não pagará os medicamentos indicados nesta secção. Estes são chamados de **medicamentos excluídos**. Se receber uma prescrição de um medicamento excluído, deve pagar por esse medicamento por sua conta. Se achar que devemos pagar pelo medicamento excluído por causa do seu caso, pode apresentar um recurso. (Para saber como registar um recurso, consulte o Capítulo 9.)

Aqui estão três regras gerais das medicações excluídas:

1. A cobertura de medicamentos em ambulatório do nosso plano (que inclui medicamentos da Parte D e Medicaid) não pode pagar por um medicamento que já estaria coberto pela Parte A ou Parte B do Medicare. Os medicamentos cobertos pela Parte A ou Parte B do Medicare são cobertos pelo Neighborhood INTEGRITY gratuitamente, mas não são considerados parte dos seus benefícios de medicamentos prescritos em ambulatório.
2. O nosso plano não cobre uma medicação adquirida fora dos Estados Unidos e dos seus territórios.
3. O uso do medicamento deve ser aprovado pela Agência Federal de Medicamentos e Segurança Alimentar ou apoiado por determinadas referências médicas como tratamento para a sua condição. O seu médico pode prescrever um determinado medicamento para



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 (TDD 711), das 8h00 às 20h00, de segunda a sexta-feira; das 8h00 às 12h00 ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

tratar a sua condição, mesmo que não tenha sido aprovada para tratar a doença. A isto chama-se utilização não autorizada. Normalmente, o nosso plano não cobre medicamentos quando estes são prescritos para uso não autorizado.

Além disso, por lei, os tipos de medicamentos listados abaixo não são cobertos pelo Medicare ou Medicaid.

- medicamentos utilizados para promover a fertilidade
- medicamentos utilizados para fins cosméticos ou para promover o crescimento do cabelo
- medicamentos utilizados para o tratamento da disfunção erétil ou sexual, tais como Viagra®, Cialis®, Levitra® e Caverject®
- medicamentos para uso ambulatorio, quando a empresa que fabrica os medicamentos diz que tem de fazer exames ou serviços apenas com essa empresa

B4. Níveis da Lista de Medicamentos

Cada medicamento da Lista de Medicamentos do plano está num de 3 níveis. Um Nível é um grupo de medicamentos, geralmente, do mesmo tipo (por exemplo, medicamentos de marca, genéricos ou em venda livre).

- O nível 1 inclui medicamentos genéricos
- O nível 2 inclui medicamentos de marca
- O nível 3 inclui medicamentos sujeitos a receita médica não cobertos pelo Medicare e medicamentos de venda livre (OTC)

Para descobrir em que Nível está a sua medicação, procure o medicamento na Lista de Medicamentos do plano.

O Capítulo 6 indica o montante que paga pelos medicamentos, em cada Nível.

C. Limites de alguns medicamentos

Para certos medicamentos prescritos, regras especiais limitam como e quando o plano os cobre. Em geral, as nossas regras incentivam-no a adquirir um medicamento que funcione para sua condição médica e que seja seguro e eficaz. Quando um medicamento seguro e de custo mais baixo, funciona tão bem como um medicamento de custo mais alto, o plano espera que o seu médico prescreva o medicamento de menor custo.



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 (TDD 711), das 8h00 às 20h00, de segunda a sexta-feira; das 8h00 às 12h00 ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Se existir uma regra especial para o seu medicamento, isso significa normalmente que o membro ou o seu prestador de cuidados de saúde terão de tomar medidas adicionais para que possamos cobrir o medicamento. Por exemplo, o seu prestador pode ter de nos informar sobre o seu diagnóstico ou fornecer, primeiro, os resultados de análises de sangue. Se o membro ou o seu prestador de cuidados de saúde considerarem que a nossa regra não se aplica à sua situação, deve pedir-nos para abrir uma exceção. Podemos ou não concordar em permitir que utilize o medicamento sem ter de efetuar os passos adicionais.

Para saber mais sobre como pedir exceções, consulte o Capítulo 9.

1. Limitar a utilização de um medicamento de marca ou de produtos biológicos originais quando estiver disponível uma versão genérica ou biossimilar permutável

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

- Normalmente, não pagamos o medicamento de marca ou o produto biológico original quando existe uma versão genérica.
- No entanto, se o seu prestador de cuidados de saúde nos tiver comunicado a razão médica pela qual o medicamento genérico ou biossimilar permutável não funcionará no seu caso **ou** tiver escrito "Sem substituições" na sua receita para um medicamento de marca **ou** produto biológico original ou nos tiver comunicado a razão médica pela qual nem o medicamento genérico, biossimilar permutável, nem outros medicamentos cobertos que tratem a mesma doença funcionarão no seu caso, então cobriremos o medicamento de marca.

2. Obter antecipadamente a autorização do plano

Para alguns medicamentos, o membro ou o seu prestador devem obter a autorização do Neighborhood INTEGRITY antes de aviar a sua receita. Se não obtiver autorização, o Neighborhood INTEGRITY pode não cobrir o medicamento.

3. Experimentar primeiro um medicamento diferente

Em geral, o plano deseja que experimente medicamentos de custo mais baixo (que frequentemente são igualmente eficazes) antes que o plano cubra medicamentos que custam mais. Por exemplo, se o Medicamento A e o Medicamento B tratarem a mesma condição, e o Medicamento A custar menos do que o Medicamento B, o plano pode exigir que experimente o Medicamento A primeiro.



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 (TDD 711), das 8h00 às 20h00, de segunda a sexta-feira; das 8h00 às 12h00 ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Se o Medicamento A não funcionar consigo, o plano irá cobrir o Medicamento B. Isto é chamado de terapia por etapas.

4. Limites de quantidade

Para alguns medicamentos, nós limitamos a quantidade que pode ter. Isto é chamado de um limite de quantidade. Por exemplo, o plano pode limitar a quantidade de um medicamento que pode conseguir cada vez que levante a sua receita.

Para saber se alguma das regras acima se aplica a um medicamento que está a tomar ou deseja tomar, verifique a Lista de Medicamentos. Para obter as informações mais atualizadas, contacte os Serviços para Membros ou consulte o nosso sítio Web em www.nhpri.org/INTEGRITY.

D. Motivos pelos quais o seu medicamento pode não estar coberto

Tentamos fazer com que a sua cobertura de medicamentos funcione bem para si, mas às vezes, um medicamento não pode ser coberto da maneira como gostaria. Por exemplo:

- O medicamento que quer tomar não é coberto pelo plano. O medicamento pode não constar da lista de medicamentos. Uma versão genérica do medicamento pode estar coberta, mas a versão de marca que pretende tomar não está. Um medicamento pode ser novo e ainda não foi analisado quanto à sua segurança e eficácia.
- O medicamento é coberto, mas existem regras especiais ou limites de cobertura para esse medicamento. Conforme explicado na secção acima, alguns dos medicamentos cobertos pelo plano têm regras que limitam o seu uso. Em alguns casos, o membro ou o seu prescriptor podem querer pedir-nos uma exceção a uma regra.

Há medidas que pode tomar se a sua medicação não for coberta da maneira que gostaria que fosse.

D1. Obter um fornecimento temporário

Nalguns casos, o plano pode fornecer-lhe um fornecimento temporário de um medicamento quando este não consta da Lista de Medicamentos ou quando está limitado de alguma forma. Isto dá-lhe tempo para conversar com seu prestador sobre a obtenção de um medicamento diferente ou solicitar que o plano cubra o medicamento.

Para receber um fornecimento temporário de um medicamento, deve cumprir as duas regras seguintes:

1. A medicação que tem estado a tomar:
 - não está mais na Lista de Medicamentos do plano, **ou**
 - nunca esteve na Lista de Medicamentos do plano, **ou**



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 (TDD 711), das 8h00 às 20h00, de segunda a sexta-feira; das 8h00 às 12h00 ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

- é agora limitado de alguma forma.
2. Deve estar numa destas situações:
- Estava no plano do ano passado.
 - Iremos cobrir um fornecimento temporário do seu medicamento **durante os primeiros 90 dias do ano** se o seu medicamento não estiver mais na Lista de Medicamentos do plano ou agora estiver limitado de alguma forma.
 - Este fornecimento temporário terá uma duração máxima de:
 - 30 dias de fornecimento se **não morar** numa instituição de cuidados continuados
 - 31 dias de fornecimento se **morar** numa instituição de cuidados continuados
 - Se a sua receita for prescrita por menos dias, permitiremos que várias recargas forneçam até um máximo de 30 dias de medicação. Deve aviar a receita médica numa farmácia da rede.
 - As farmácias de cuidados continuados podem fornecer o medicamento receitado em pequenas quantidades de cada vez para evitar desperdícios.
 - É novo no plano.
 - Cobriremos um fornecimento temporário do seu **medicamento durante os primeiros 90 dias da sua adesão ao plano**.
 - Este fornecimento temporário terá uma duração máxima de:
 - 30 dias de fornecimento se **não morar** numa instituição de cuidados continuados
 - 31 dias de fornecimento se **morar** numa instituição de cuidados continuados, e
 - 90 dias de fornecimento para medicamentos cobertos pelo Medicaid.
 - Se a sua receita for prescrita por menos dias, permitiremos o fornecimento de várias recargas de um medicamento da Parte D até, no máximo, 30 dias ou 90 dias de um medicamento coberto pelo Medicaid. Deve aviar a receita médica numa farmácia da rede.
 - As farmácias de cuidados continuados podem fornecer os medicamentos prescritos em pequenas quantidades de cada vez para evitar desperdícios.



- Se estiver no plano há mais de 90 dias e morar numa instituição de cuidados continuados e precisar um medicamento de imediato.
 - Cobriremos um fornecimento para 31 dias, ou menos, se a sua receita for passada para menos dias. Isto é um complemento ao fornecimento temporário acima.
 - Se o seu nível de cuidados mudar então cobriremos um fornecimento de 31 dias.
 - Para pedir um fornecimento temporário de um medicamento, contacte os Serviços para Membros.

Quando receber um fornecimento temporário de um medicamento, converse com seu prestador para decidir o que fazer quando o seu fornecimento esgotar. Aqui estão as suas opções:

- Pode alterar para outro medicamento.

Poder haver um medicamento diferente coberto pelo plano que funciona para si. Pode contactar os Serviços para Membros para pedir uma lista dos medicamentos cobertos que tratam a mesma condição médica. A lista pode ajudar o seu prestador a encontrar um medicamento coberto que pode funcionar para si.

OU

- Pode solicitar uma exceção.

O membro e o seu prestador podem pedir ao plano que abra uma exceção. Por exemplo, pode pedir ao plano para cobrir uma medicação, mesmo que não esteja na Lista de Medicamentos. Ou pode pedir ao plano para cobrir o medicamento sem limites. Se o seu prestador de cuidados de saúde considerar que tem um bom motivo médico para uma exceção, pode ajudá-lo a solicitá-la.

Se uma medicação que está a tomar for retirada da Lista de Medicamentos ou limitada de alguma forma para o próximo ano, permitiremos que solicite uma exceção, antes do próximo ano.

- Iremos informá-lo de alguma mudança na cobertura da sua medicação, para o próximo ano. Nessa altura, pode então pedir-nos para abrir uma exceção e cobrir o medicamento da maneira que gostaria que fosse coberto, para o próximo ano.
- Responderemos à sua solicitação de uma exceção dentro de 72 horas, após recebermos o seu pedido (ou a declaração de apoio do seu médico).

Para saber mais sobre solicitação de exceções, consulte o Capítulo 9.

Se precisar de ajuda para pedir uma exceção, pode contactar os Serviços para Membros.



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 (TDD 711), das 8h00 às 20h00, de segunda a sexta-feira; das 8h00 às 12h00 ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

E. Alterações na cobertura dos seus medicamentos

A maioria das alterações na cobertura de medicamentos acontecem a 1 de janeiro, mas o Neighborhood INTEGRITY pode adicionar ou remover medicamentos da Lista de Medicamentos, ao longo do ano. Também podemos alterar as nossas regras sobre os medicamentos. Por exemplo, poderíamos:

- Decidir exigir ou não a autorização prévia (PA) de um medicamento. (PA é uma autorização do Neighborhood INTEGRITY antes de se poder obter um medicamento).
- Adicionar ou alterar a quantidade de medicamento que pode obter (chamados de limites de quantidade).
- Adicionar ou alterar as restrições da terapia por etapas de um medicamento. (Terapia por etapas significa que deve experimentar um medicamento antes de cobrirmos outro medicamento.)

Para obter mais informações sobre estas regras de medicamentos, consulte a Secção C no início deste capítulo.

Se estiver a tomar um medicamento que estava coberto no **início** do ano, geralmente não iremos remover ou alterar a cobertura desse medicamento **durante o resto do ano**, a menos que:

- chegue ao mercado um novo medicamento, mais barato, que funciona tão bem quanto um medicamento da Lista de Medicamentos, ou
- descobrimos que um medicamento não é seguro, ou
- que um medicamento foi retirado do mercado.

Para obter mais informações sobre o que acontece quando a Lista de Medicamentos muda, pode sempre:

- Consulte a Lista de Medicamentos atualizada do Neighborhood INTEGRITY online em www.nhpri.org/INTEGRITY ou
- Ligue para os Serviços para Membros para verificar a Lista de Medicamentos atual através do número 1-844-812-6896.

Algumas alterações à Lista de Medicamentos vão acontecer **de imediato**. Por exemplo:

- Está disponível um novo medicamento genérico. Às vezes, um medicamento genérico novo chega ao mercado que funciona bem tão bem quanto um medicamento de marca da Lista de Medicamentos atual. Quando isso acontecer, podemos remover o



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 (TDD 711), das 8h00 às 20h00, de segunda a sexta-feira; das 8h00 às 12h00 ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

medicamento de marca e adicionar o novo medicamento genérico, mas o seu custo para o novo medicamento será o mesmo.

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

- Podemos não informá-lo antes de fazer esta alteração, mas iremos enviar-lhe informações sobre a alteração específica que fizermos, quando ela acontecer.
- O membro ou o seu prestador de cuidados de saúde podem solicitar uma "exceção" a estas alterações. Enviaremos um aviso com as etapas que pode seguir para solicitar uma exceção. Consulte o Capítulo 9 deste manual para obter mais informações sobre exceções.
- **Um medicamento é retirado do mercado.** Se a Agência Federal de Medicamentos e Segurança Alimentar (FDA) disser que um medicamento que está a tomar não é seguro ou se o fabricante de um medicamento o retirar do mercado, nós iremos retirá-lo da Lista de Medicamentos.

Podemos fazer outras alterações que afetam os medicamentos que está a tomar. Iremos informá-lo antecipadamente sobre estas outras alterações na Lista de Medicamentos. Estas alterações podem acontecer se:

- A FDA fornecer novas orientações ou se houver novas diretrizes clínicas sobre um medicamento.
- Incluirmos um medicamento genérico novo no mercado **e**
 - Substituímos um medicamento de marca atualmente na Lista de Medicamentos **ou**
 - Mudarmos as regras de cobertura ou os limites de um medicamento de marca.

Quando essas 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 de 30 dias do medicamento depois de pedir uma recarga.

Isto irá dar-lhe tempo para conversar com seu médico ou outro prescritor. Ele pode ajudá-lo a decidir:

- Se houver um medicamento semelhante na Lista de Medicamentos, pode substituir em vez do seu **ou**



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 (TDD 711), das 8h00 às 20h00, de segunda a sexta-feira; das 8h00 às 12h00 ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

- Se deve solicitar uma exceção dessas mudanças. Para saber mais sobre como pedir exceções, consulte o Capítulo 9.

Podemos fazer alterações que não afetam os medicamentos que toma atualmente. Para estas alterações, se estiver a tomar um medicamento que cobrimos no **início** do ano, normalmente, não iremos remover ou alterar a cobertura desse medicamento **durante o resto do ano**.

Por exemplo, se removermos um medicamento que está a tomar ou limitarmos o seu uso, a alteração não afetará o uso do medicamento, para resto do ano.

F. Cobertura de medicamentos em casos especiais

F1. Se estiver num hospital ou num centro de enfermagem especializado para uma estadia coberta pelo plano

Se for internado num hospital ou num centro de enfermagem especializado para uma estadia coberta pelo plano, geralmente cobrimos o custo dos medicamentos sujeitos a receita médica durante a estadia. Não terá de pagar uma participação. Uma vez que deixar o hospital ou a instituição de enfermagem especializada, o plano cobrirá os seus medicamentos desde que cumpram todas as nossas regras de cobertura.

F2. Se estiver numa instituição de cuidados continuados

Geralmente, um centro de cuidados continuados, como um lar, tem a sua própria farmácia ou uma farmácia que fornece medicamentos para todos os seus residentes. Se estiver a morar numa instituição de cuidados continuados, poderá receber os seus medicamentos prescritos através da farmácia da instituição, se fizer parte da nossa rede.

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

F3. Se estiver num programa de cuidados paliativos certificado pelo Medicare

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

- Se estiver inscrito num centro de cuidados paliativos Medicare e necessitar de determinados medicamentos (por exemplo, analgésicos, anti náuseas, laxantes ou ansiolíticos) que não estão cobertos pelo seu centro de cuidados paliativos por não estarem relacionados com o seu prognóstico terminal e condições relacionadas, o nosso plano tem de obter uma notificação do médico ou do prestador do centro de cuidados paliativos de que o medicamento não está relacionado antes do nosso plano poder cobrir o medicamento.



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 (TDD 711), das 8h00 às 20h00, de segunda a sexta-feira; das 8h00 às 12h00 ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

- Para evitar atrasos na obtenção de quaisquer medicamentos não relacionados que devam ser cobertos pelo nosso plano, pode pedir ao seu prestador de cuidados paliativos ou médico que se certifique de que temos a notificação de que o medicamento não está relacionado antes de pedir a uma farmácia para aviar a sua receita.

Se sair dos cuidados paliativos, o nosso plano deverá cobrir todos os seus medicamentos. Para evitar qualquer atraso numa farmácia quando o benefício de cuidados paliativos do Medicare terminar, deve levar à farmácia a documentação necessária para comprovar que deixou os cuidados paliativos. Consulte as partes anteriores deste capítulo que descrevem as regras para obter cobertura de medicamentos da Parte D.

Para saber mais sobre o benefício de cuidados paliativos, consulte o Capítulo 4.

G. Programas sobre segurança e gestão de medicamentos

G1. Programas para ajudar os Membros a consumir drogas de forma segura

Cada vez que levanta uma receita, procuramos possíveis problemas, como erros de medicamentos ou medicamentos que:

- pode não ser necessário porque está a tomar outro medicamento que faz o mesmo efeito
- pode não ser seguro para a sua idade ou sexo
- pode fazer-lhe mal se os tomar ao mesmo tempo
- têm ingredientes aos quais é ou pode ser alérgico
- tomar quantidades inseguras de analgésicos opiáceos

Se encontrarmos um possível problema na sua utilização de medicamentos sujeitos a receita médica, trabalharemos com o seu prestador de cuidados de saúde para corrigir o problema.



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 (TDD 711), das 8h00 às 20h00, de segunda a sexta-feira; das 8h00 às 12h00 ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

G2. Programas para ajudar os Membros a gerir os seus medicamentos

Se tomar medicamentos para diferentes condições médicas e/ou estiver num Programa de Gestão de Medicamentos para o ajudar a utilizar os seus medicamentos opiáceos em segurança, pode ser elegível para obter serviços, sem custos para si, através de um programa de gestão da terapia medicamentosa (MTM). Este programa ajuda-o a si e ao seu médico a certificarem-se de que os seus medicamentos estão a funcionar para melhorar a sua saúde. Se for elegível para o programa, um farmacêutico ou outro profissional de saúde fará uma análise exaustiva de todos os seus medicamentos e falará consigo sobre:

- como obter o máximo benefício dos medicamentos que está a tomar
- quaisquer preocupações que tiver, como os custos das medicações e reações dos medicamentos
- qual é a melhor forma de tomar os seus medicamentos
- quaisquer dúvidas ou problemas que tem sobre a sua prescrição e medicamentos sem receita médica

Receberá um resumo escrito desta discussão. O resumo inclui um plano de ação de medicação que recomenda o que pode fazer para um melhor uso dos seus medicamentos. Receberá também uma lista de medicamentos pessoais que incluirá todos os medicamentos que está a tomar e qual a razão de os tomar. Além disso, irá receber informações sobre a forma de descartar seguramente os medicamentos prescritos que são substâncias controladas.

É uma boa ideia marcar a sua revisão da medicação antes da sua visita anual de "Bem-estar", para que possa falar com o seu prestador de cuidados de saúde sobre o seu plano de ação e lista de medicamentos. Leve o seu plano de ação e a lista de medicamentos consigo para a sua consulta ou sempre que falar com os seus médicos, farmacêuticos e outros prestadores de cuidados de saúde. Leve também consigo a sua lista de medicamentos se for ao hospital ou sala de emergência.

Os programas de gestão da terapia medicamentosa são voluntários e gratuitos para os Membros que se qualificam. Se tivermos um programa que se adapte às suas necessidades, nós iremos inscrevê-lo e iremos enviar-lhe informações. Se não quiser participar no programa, informe-nos e retirá-lo-emos do programa.

Se tiver alguma dúvida sobre estes programas, contacte os Serviços para Membros.

G3. Programa de gestão de medicamentos para ajudar os Membros a utilizarem os seus medicamentos opiáceos em segurança

O Neighborhood INTEGRITY tem um programa que pode ajudar os Membros a usarem com segurança as suas prescrições de medicamentos opiáceos ou outros medicamentos que são



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 (TDD 711), das 8h00 às 20h00, de segunda a sexta-feira; das 8h00 às 12h00 ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

frequentemente mal utilizados. Este programa chama-se Programa de Gestão de Medicamentos (DMP).

Se utiliza medicamentos opiáceos que obtém de vários médicos ou farmácias ou se teve uma overdose recente de opiáceos, podemos falar com os seus médicos para nos certificarmos de que a sua utilização de medicamentos opiáceos é adequada e clinicamente necessária. Em colaboração com os seus médicos, se decidirmos que a sua utilização de medicamentos opiáceos ou benzodiazepínicos sujeitos a receita médica não é segura, podemos limitar a forma como pode obter esses medicamentos. As limitações podem incluir:

- Necessidade de receber todas as receitas dos medicamentos **de uma farmácia e/ou de um médico**
- **Limitar a quantidade** dessas medicações que cobriremos para si

Se acharmos que uma ou mais limitações devem aplicar-se a si, iremos enviar-lhe uma carta antes. A carta dir-lhe-á se limitaremos a cobertura destes medicamentos para si ou se terá de obter as receitas para estes medicamentos apenas junto de um determinado prestador ou farmácia.

Terá a oportunidade de nos dizer que médicos ou farmácias prefere utilizar e qualquer informação que considere importante para nós sabermos Se decidirmos limitar a sua cobertura para estes medicamentos após ter a oportunidade de responder, iremos enviar-lhe outra carta a confirmar as limitações.

Se considerar que cometemos um erro, se não concordar que está em risco de utilização indevida de medicamentos sujeitos a receita médica ou se não concordar com a limitação, o membro e o seu médico podem apresentar um recurso. Se apresentar um recurso, analisaremos o seu caso e dar-lhe-emos a nossa decisão. Se continuarmos a recusar qualquer parte do seu recurso relacionada com as limitações ao seu acesso a estes medicamentos, enviaremos automaticamente o seu caso para uma Entidade de Revisão Independente (IRE). (Para saber como meter um recurso e saber mais sobre o IRE, consulte o Capítulo 9.)

O DMP pode não se aplicar a si se:

- tiver certas condições médicas, como o cancro ou anemia falciforme,
- estiver a receber cuidados paliativos ou cuidados terminais, **ou**
- morar numa instituição de cuidados continuados



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 (TDD 711), das 8h00 às 20h00, de segunda a sexta-feira; das 8h00 às 12h00 ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

G4. Programas para ajudar os membros a descartar, com segurança, medicamentos prescritos e substâncias controladas não utilizadas

É importante livrar-se de todos os medicamentos prescritos não utilizados, na sua casa. Pode:

- levá-los a uma caixa de recolha de medicamentos ou a um evento de recolha
- eliminar as agulhas de forma segura na Troca de Agulhas ENCORE
 - visite em 557 Broad Street, Providence, RI, 02907
 - Ligue para o número 1-401-781-0665 para mais informações

A maioria dos analgésicos prescritos são substâncias controladas e podem causar dependência em algumas circunstâncias, especialmente se não forem usados corretamente. Para descartar analgésicos prescritos, certifique-se que o local de descarte do medicamento aceita substâncias controladas. Para mais informações, fale com o seu farmacêutico local ou visite

www.preventoverdoseri.org/get-rid-of-meds/.



Capítulo 6: O que paga pelos seus medicamentos sujeitos a receita médica Medicare e Medicaid

Introdução

Este capítulo indica o que paga pelos seus medicamentos sujeitos a receita médica em ambulatório. Por "medicamentos", queremos dizer:

- medicamentos prescritos, do Medicare Parte D, e
- medicamentos e produtos cobertos pelo Rhode Island Medicaid, e
- medicamentos e produtos cobertos pelo plano como benefícios adicionais.

Por ser elegível para o Medicaid, está a receber "Ajuda Extra" do Medicare para ajudar a pagar os medicamentos sujeitos a receita médica da Parte D do Medicare.

A **Ajuda Extra** é um programa do Medicare que ajuda as pessoas com rendimentos e recursos limitados a reduzir os custos dos medicamentos sujeitos a receita médica da Parte D do Medicare, tais como prémios, franquias e comparticipação. A Ajuda Extra é também designada por "Subsídio para Rendimentos Baixos" ou "LIS".

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

Para saber mais sobre medicamentos sujeitos a receita médica, pode consultar estes sítios:

- *A Lista de Medicamentos Cobertos* do plano.
 - Chamamos-lhe a "Lista de Medicamentos". Diz-lhe:
 - Quais os medicamentos que o plano paga
 - Em qual dos 3 níveis cada medicação está
 - Se há limites para os medicamentos
 - Se necessitar de uma cópia da Lista de Medicamentos, contacte os Serviços para Membros. Também pode encontrar a lista de medicamentos no nosso sítio Web em www.nhpri.org/INTEGRITY. A lista de medicamentos no sítio Web é sempre a mais atualizada.



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 (TDD 711), das 8h00 às 20h00, de segunda a sexta-feira; das 8h00 às 12h00 ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

- Capítulo 5 deste *Manual do Membro*.
 - O Capítulo 5 indica como conseguir os seus medicamentos ambulatoriais através do plano.
 - Inclui regras que precisa seguir. Informa também quais os tipos de medicamentos de prescrição que não são cobertos pelo nosso plano.
- O *Diretório de Prestadores e Farmácias* do plano.
 - Na maioria dos casos, deve utilizar uma farmácia da rede para obter os seus medicamentos cobertos. As farmácias da rede são farmácias que concordaram em trabalhar com o nosso plano.
 - O *Diretório de Prestadores e Farmácias* tem uma lista das farmácias da rede. Pode ler mais sobre as farmácias da rede no Capítulo 5.
 - Pode utilizar a "Ferramenta de Benefícios em Tempo Real" do plano para procurar a cobertura de medicamentos (consulte o Capítulo 5, Secção B2) e medicamentos alternativos para uma doença específica. Também pode ligar para os Serviços para Membros para mais informações.

Índice

A. Explicação dos Benefícios (EOB).....	138
B. Como acompanhar os custos dos seus medicamentos	138
C. Não paga nada pelo fornecimento de medicamentos por um mês ou a longo prazo.....	140
C1. Os níveis do plano	140
C2. As suas opções de farmácia.....	140
C3. Receber um fornecimento a longo prazo de um medicamento	140
C4. O que paga o membro	141
D. Vacinação	141
D1. O que precisa saber antes da sua vacinação	142



A. Explicação dos Benefícios (EOB)

O nosso plano supervisiona os seus medicamentos prescritos. Acompanhamos dois tipos de custos:

- Os **seus custos diretos** (pagos do seu bolso). Trata-se do montante que o membro, ou outras pessoas em seu nome, paga pelos seus medicamentos.
- O seu **custo total de medicamentos**. Este é o montante que o membro, ou outras pessoas em seu nome, pagam pelas suas receitas médicas, mais o montante que o plano paga.

Quando receber medicamentos de prescrição através do plano, iremos enviar-lhe um relatório chamado de *Explicação de Benefícios*. Chamamos-lhe o EOB, para abreviar. A EOB tem mais informações sobre os medicamentos que toma. A EOB inclui:

- **Informação para o mês.** O relatório informa quais medicamentos prescritos recebeu no mês anterior. Mostra os custos totais dos medicamentos, o que o plano pagou e o que o membro e outras pessoas que pagam por si pagaram.
- **Informações sobre o preço dos medicamentos.** Este é o preço total do medicamento e a variação percentual do preço do medicamento desde o primeiro levantamento.
- **Alternativas de menor custo.** Quando disponíveis, aparecem no resumo por baixo dos seus medicamentos atuais. Pode falar com o seu médico para saber mais.

Oferecemos cobertura de medicamentos não cobertos pelo Medicare.

- Os pagamentos feitos para estes medicamentos não serão contabilizados no montante total do custo pago do seu bolso.
- Para descobrir quais medicamentos o nosso plano paga, consulte a Lista de Medicamentos.

B. Como acompanhar os custos dos seus medicamentos

Para acompanhar os custos dos seus medicamentos e os pagamentos que faz, usamos os registos que recebemos de si e da sua farmácia. Aqui está como pode ajudar-nos:

1. Use o seu Cartão de Identificação do Membro.

Mostre o seu Cartão de Identificação do Membro cada vez que levantar uma receita. Isto irá ajudar-nos a saber quais receitas levanta e o que paga.



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 (TDD 711), das 8h00 às 20h00, de segunda a sexta-feira; das 8h00 às 12h00 ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

2. Assegure-se que temos as informações que precisamos.

Dê-nos cópias dos recibos dos medicamentos pelos quais pagou. Pode pedir-nos para pagar pela medicação.

Aqui estão alguns momentos em que deve fornecer-nos cópias dos seus recibos:

- Quando comprar um medicamento coberto numa farmácia da rede a um preço especial ou a usar um cartão de desconto que não faça parte do benefício do nosso plano
- Quando pagar uma participação pelos medicamentos que recebe no programa de assistência ao doente de um fabricante de medicamentos
- Quando comprar medicamentos cobertos numa farmácia de fora da rede
- Quando pagar o preço total por um medicamento coberto

Para saber como nos solicitar o reembolso do pagamento do medicamento, veja o Capítulo 7.

3. Envie-nos informações sobre os pagamentos que outros fizeram por si.

Os pagamentos feitos por certas pessoas e outras organizações também contam para os seus custos pagos do seu bolso. Por exemplo, os pagamentos efetuados por um programa estatal de assistência farmacêutica, um programa de assistência a medicamentos para a SIDA, o Serviço de Saúde Indiano e a maioria das instituições de caridade contam para os seus custos diretos.

4. Verifique as EOB que lhe enviamos.

Quando receber uma EOB (Explicação de Benefícios) pelo correio, assegure-se que está completa e correta. Se achar que algo está errado ou em falta, ou se tiver alguma dúvida, contacte os Serviços para Membros. Tem a opção de receber a sua Explicação dos Benefícios da Parte D eletronicamente. Fornece as mesmas informações e no mesmo formato que a Explicação dos Benefícios em papel que recebe atualmente. Para começar a receber uma Explicação de Benefícios eletronicamente, aceda a www.caremark.com para se registar. Receberá uma notificação por correio eletrónico quando tiver uma nova Explicação dos Benefícios para visualizar. Não se esqueça de guardar estas EOB. São um registo importante das suas despesas com medicamentos.



C. Não paga nada pelo fornecimento de medicamentos por um mês ou a longo prazo

Com o Neighborhood INTEGRITY, não paga nada pelos medicamentos cobertos, desde que siga as regras do plano.

C1. Os níveis do plano

Os níveis são grupos de medicamentos na nossa Lista de Medicamentos. Cada medicamento na Lista de Medicamentos do plano está num dos 3 níveis. Não tem participações para medicamentos sujeitos a receita médica e de venda livre na Lista de Medicamentos do Neighborhood INTEGRITY. Para encontrar os níveis dos seus medicamentos, pode procurar na Lista de Medicamentos.

- Os medicamentos de Nível 1 são genéricos.
- Os medicamentos de Nível 2 são de marca.
- Os medicamentos de Nível 3 incluem prescrição não-Medicare e medicamentos sem receita médica (OTC).

C2. As suas opções de farmácia

O montante que paga por um medicamento depende do facto de o adquirir ou não:

- uma farmácia da rede, **ou**
- uma farmácia de fora da rede.

Em casos limitados, cobrimos prescrições levantadas em farmácias de fora da rede. Consulte o Capítulo 5 para saber quando faremos isso.

Para saber mais sobre estas opções de farmácia, consulte o Capítulo 5, deste manual e o *Diretório de Prestadores e Farmácias* do plano.

C3. Receber um fornecimento a longo prazo de um medicamento

Para alguns medicamentos, pode obter um fornecimento a longo prazo (também designado por "fornecimento alargado") quando aviar a sua receita médica. Um fornecimento de longo prazo pode ser até 90 dias. Num fornecimento de longo prazo, não há custos para si.

Para mais informações sobre onde e como obter um fornecimento a longo prazo de um medicamento, consulte o Capítulo 5 ou o *Diretório de Prestadores e Farmácias*.



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 (TDD 711), das 8h00 às 20h00, de segunda a sexta-feira; das 8h00 às 12h00 ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

C4. O que paga o membro

A sua parte do custo quando obtém um fornecimento de um mês ou a longo prazo de um medicamento sujeito a receita médica coberto:

	Uma farmácia da rede Um fornecimento de um mês ou até 90 dias	O serviço de venda por correspondência do plano Um fornecimento de um mês ou até 90 dias	Uma farmácia de cuidados de longo prazo da rede Até um fornecimento para 31 dias	Uma farmácia de fora da rede Até um fornecimento para 30 dias. A cobertura é limitada a certos casos. Consulte o Capítulo 5 para mais detalhes.
Comparticipação nos custos Nível 1 (Medicamentos Genéricos)	0\$	0\$	0\$	0\$
Comparticipação nos custos Nível 2 (Medicamentos de Marca)	0\$	0\$	0\$	0\$
Comparticipação nos custos Nível 3 (Medicamentos prescritos não Medicare e medicamentos sem receita médica – OTC)	0\$	0\$	0\$	0\$

Para obter informações sobre quais as farmácias que podem fornecer fornecimentos de longo prazo, consulte o *Directório de Prestadores e Farmácias* do plano.

D. Vacinação

Mensagem importante sobre o que se paga pelas vacinas: Algumas vacinas são consideradas benefícios médicos. Outras vacinas são consideradas medicamentos da Parte D do Medicare. Pode encontrar estas vacinas listadas na *Lista de medicamentos cobertos pelo plano (Formulário)*. O nosso



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 (TDD 711), das 8h00 às 20h00, de segunda a sexta-feira; das 8h00 às 12h00 ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

plano cobre a maioria das vacinas Medicare Part D para adultos sem qualquer custo para si. Consulte a Lista de Medicamentos Cobertos (Formulário) do seu plano ou contacte os Serviços para Membros para obter detalhes sobre a cobertura e a partilha de custos de vacinas específicas.

1. A primeira parte da cobertura diz respeito ao **custo da própria vacina**. A vacina é um medicamento sujeito a receita médica.
2. A segunda parte da cobertura diz respeito ao custo da **administração da vacina**. Por exemplo, por vezes, a vacina pode ser administrada como uma injeção pelo seu prestador de cuidados de saúde.

D1. O que precisa saber antes da sua vacinação

Recomendamos que nos contacte primeiro nos Serviços para Membros sempre que planear tomar uma vacina.

- Podemos dizer-lhe como a sua vacinação é coberta pelo nosso plano.
- Podemos dizer-lhe como manter os custos baixos, usando farmácias e prestadores de serviço da rede. As farmácias da rede são farmácias que concordaram em trabalhar com o nosso plano. Um prestador da rede é um prestador que trabalha com o plano de saúde. Um prestador da rede deve trabalhar com o Neighborhood INTEGRITY para garantir que não tenha quaisquer custos iniciais para uma vacina da Parte D.



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 (TDD 711), das 8h00 às 20h00, de segunda a sexta-feira; das 8h00 às 12h00 ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Capítulo 7: Pedir-nos para pagar 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 indica como fazer um recurso se não concordar com uma decisão da cobertura. Os termos-chave e as suas definições aparecem por ordem alfabética no último capítulo do *Manual do Membro*.

Índice

A. Pedir-nos para pagar os seus serviços ou medicamentos.....	144
B. Enviar um pedido de pagamento	146
C. Decisões de cobertura	147
D. Recursos	148



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 (TDD 711), das 8h00 às 20h00, de segunda a sexta-feira; das 8h00 às 12h00 ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

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

Não deve receber uma fatura por serviços ou medicamentos da rede. Os nossos prestadores da rede devem faturar ao plano pelos serviços e medicamentos que já recebeu. Um prestador da rede é um prestador que trabalha com o plano de saúde.

Se receber uma fatura relativa a cuidados de saúde ou medicamentos, envie-nos a fatura. Para nos enviar uma fatura, consulte a página 143.

- Se os serviços ou medicamentos estiverem cobertos, pagaremos diretamente ao prestador.
- Se os serviços ou medicamentos foram cobertos e já pagou a conta, é seu direito ser reembolsado.
- Se os serviços ou medicamentos **não** foram cobertos, iremos informá-lo.
- Se receber serviços de longo prazo e apoio social, pode ter de compartilhar o custo desses serviços. A isto chama-se "comparticipação nos custos" e o montante é determinado pelo Rhode Island Medicaid.

Contacte os Serviços para Membros se tiver alguma dúvida. Se receber uma conta e não souber o que fazer sobre isso, podemos ajudar. Também pode ligar se quiser dar-nos informações sobre um pedido de pagamento que já nos enviou.

Eis alguns exemplos de situações em que poderá ter de pedir ao nosso plano que lhe pague ou que pague uma fatura que recebeu:

1. Quando receber cuidados de saúde urgentes ou urgentemente necessários de um prestador de fora da rede

Deve pedir ao prestador para cobrar ao plano.

- Se pagar o valor total quando receber o cuidado, peça-nos o reembolso. Envie-nos a fatura e a prova de qualquer pagamento efetuado.
- Pode receber uma conta do prestador pedindo o pagamento que acha que não deve. Envie-nos a fatura e a prova de qualquer pagamento efetuado.
 - Se o prestador deve ser pago, iremos pagar-lhe diretamente.
 - Se já pagou o serviço, iremos reembolsá-lo.



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 (TDD 711), das 8h00 às 20h00, de segunda a sexta-feira; das 8h00 às 12h00 ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

2. Quando um prestador da rede lhe envia a fatura

Os prestadores da rede devem sempre faturar o plano. Mostre o seu Cartão de Identificação de Membro do Neighborhood INTEGRITY quando receber quaisquer serviços ou receitas. A faturação imprópria/inadequada ocorre quando um prestador (como um médico ou hospital) lhe cobra mais do que o montante de partilha de custos do plano pelos serviços. **Contacte os Serviços para Membros se receber alguma fatura.**

- Uma vez que o Neighborhood INTEGRITY paga a totalidade do custo dos seus serviços, não é responsável pelo pagamento de quaisquer custos. Os prestadores de serviços não devem faturar nada por estes serviços.
- Sempre que receber uma fatura de um fornecedor da rede, envie-nos a fatura. Contactaremos diretamente o prestador e resolveremos o problema. No entanto, se receber serviços de cuidados de longo prazo e apoio social, poderá ter de pagar parte do custo desses serviços. A isto chama-se "comparticipação nos custos" e o montante é determinado pelo Rhode Island Medicaid.
- Se já pagou a conta de um prestador da rede, envie-nos a fatura e a prova de qualquer pagamento que tenha feito. Iremos reembolsá-lo pelos seus serviços cobertos.

3. Quando utiliza uma farmácia de fora da rede para levantar uma receita

Se utilizar uma farmácia de fora da rede, terá de pagar o custo total da sua receita.

- Em apenas alguns casos, cobriremos prescrições levantadas em farmácias de fora da rede. Envie-nos uma cópia do seu recibo quando nos pedir o reembolso.
- Consulte o Capítulo 5, para saber mais sobre as farmácias de fora da rede.

4. Quando paga o custo total de uma receita, porque não tem consigo o seu Cartão de Identificação do Membro

Se não tiver seu Cartão de Identificação do Membro consigo, pode pedir à farmácia para ligar para o plano ou procurar as suas informações de inscrição no plano.

- Se a farmácia não puder obter as informações que precisa de imediato, poderá ter de pagar pelo custo total da receita.
- Envie-nos uma cópia do seu recibo quando nos pedir o reembolso.



5. Quando paga o custo total de uma prescrição de um medicamento que não é coberto

Pode ter de pagar o custo total da receita, porque a medicação não é coberta.

- O medicamento pode não estar na *Lista de Medicamentos Cobertos* (Lista de Medicamentos) do plano, ou pode ter um requisito ou uma restrição que não saiba ou acha que não deveria aplicar-se a si. Se decidir adquirir o medicamento, pode ser necessário pagar o seu custo total.
 - Se não pagar pelo medicamento, mas achar que deveria ser coberto, pode pedir uma decisão de cobertura (consulte o Capítulo 9).
 - Se o membro e o seu médico ou outro profissional de saúde considerarem que necessita do medicamento imediatamente, pode solicitar uma decisão de cobertura rápida (consulte o Capítulo 9).
- Envie-nos uma cópia do seu recibo quando nos pedir o reembolso. Em algumas situações, podemos precisar reunir mais informações do seu médico ou outro prescritor para reembolsá-lo pelo medicamento.

Quando nos enviar um pedido de reembolso, iremos rever o seu pedido e decidiremos se o serviço ou medicamento deveria ser coberto. Isto é chamado de tomar uma "decisão de cobertura". Se decidirmos que deveria ser coberto, pagaremos pelo serviço ou medicamento. Se recusamos o seu pedido de pagamento, poderá recorrer da nossa decisão.

Para saber como apresentar um recurso, consulte o Capítulo 9.

B. Enviar um pedido de pagamento

Envie-nos a fatura e a prova de qualquer pagamento que tenha feito. Um comprovativo de pagamento pode ser uma cópia do cheque que passou ou um recibo do prestador. **É uma boa ideia fazer uma cópia da fatura e dos recibos para os seus registos.** Pode pedir ajuda ao seu gestor de cuidados.

Pedido de pagamento de serviços médicos e de Equipamento Médico Duradouro (DME)

Envie-nos o seu pedido de pagamento juntamente com todas as faturas ou recibos para estes endereços:

Plano de Saúde Neighborhood de Rhode Island

A/C: Serviços para Membros

910 Douglas Pike

Smithfield, RI 02917



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 (TDD 711), das 8h00 às 20h00, de segunda a sexta-feira; das 8h00 às 12h00 ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Pedido de pagamento de serviços de saúde comportamental

Optum®

PO Box 30760

Salt Lake City, UT 84130-0760

Pedido de pagamento de medicamentos sujeitos a receita médica da Parte D

CVS Caremark®

PO BOX 52066

Phoenix, AZ 85072-2066

Para se certificar de que nos faculta todas as informações necessárias para tomarmos uma decisão, pode preencher o nosso formulário de queixa para efetuar o pedido de pagamento.

- Não é obrigatório utilizar o formulário, mas ajudar-nos-á a processar a informação mais rapidamente.
- Pode obter uma cópia do formulário no nosso sítio Web (www.nhpri.org/INTEGRITY), ou pode telefonar para os Serviços para Membros e pedir o formulário.

Também pode ligar para o nosso plano para solicitar o pagamento. Contacte o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 e TDD 711, das 8h00 às 20h00, de segunda a sexta-feira; das 8h00 às 12h00 ao sábado. Aos sábados à tarde, domingos e feriados, pode ser-lhe pedido que deixe uma mensagem. A sua chamada será respondida no dia útil seguinte. A chamada é gratuita.

C. Decisões de cobertura

Quando recebermos o seu pedido de pagamento, tomaremos uma decisão de cobertura. Isto significa que decidiremos se os seus cuidados de saúde ou medicamentos são cobertos pelo plano. Também decidiremos o valor, se houver, que deverá pagar pelos cuidados de saúde ou pelos medicamentos.

- Iremos avisá-lo se precisarmos de mais informações da sua parte.
- Se decidirmos que os cuidados de saúde ou o medicamento estão cobertos e que seguiu todas as regras para os obter, pagá-los-emos. Se já tiver pago o serviço ou o medicamento, enviar-lhe-emos um cheque pelo valor pago. Se não pagou o serviço ou medicamento ainda, pagaremos diretamente ao prestador.

O Capítulo 3, explica as regras para obter os seus serviços cobertos. O Capítulo 5, explica as regras para os seus medicamentos prescritos cobertos pelo Medicare Parte D.



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 (TDD 711), das 8h00 às 20h00, de segunda a sexta-feira; das 8h00 às 12h00 ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

- Se decidirmos não pagar o serviço ou o medicamento, enviar-lhe-emos uma carta a explicar o motivo. A carta também explicará os seus direitos de recurso.
- Para saber mais sobre as decisões de cobertura, consulte o Capítulo 9.

D. Recursos

Se achar que cometemos um erro em recusar o seu pedido de pagamento, pode pedir-nos para alterar a nossa decisão. Isto é chamado de um recurso. Também pode recorrer se não concordar com o valor que pagámos.

O processo de recurso é um processo formal, com procedimentos detalhados e prazos importantes. Para saber mais sobre os recursos, consulte o Capítulo 9.

- Se quiser fazer um recurso sobre o reembolso de um serviço de saúde, consulte a página 169.
- Se quiser fazer um recurso sobre o reembolso de um medicamento, consulte a página 149.



Capítulo 8: Os seus direitos e responsabilidades

Introdução

Este capítulo inclui os seus direitos e responsabilidades como Membro do nosso plano. Nós devemos honrar os seus direitos. Os termos-chave e as suas definições aparecem por ordem alfabética no último capítulo do *Manual do Membro*.

Índice

A. O seu direito de obter informações de uma forma que corresponda às suas necessidades	150
B. A nossa responsabilidade de garantir que tem acesso atempado aos serviços e medicamentos cobertos	153
C. É nossa responsabilidade proteger as suas informações pessoais de saúde (PHI)	154
C1. Como protegemos as suas PHI	154
C2. Tem o direito de consultar os seus registos médicos	155
D. A nossa responsabilidade de lhe fornecer informações sobre o plano, a sua rede de prestadores e os serviços cobertos	155
E. Programa de Melhoria da Qualidade do Neighborhood INTEGRITY	156
F. Impossibilidade de os fornecedores da rede faturarem diretamente ao cliente	157
G. O seu direito de abandonar o plano	157
H. O seu direito a tomar decisões sobre os seus cuidados de saúde	158
H1. O seu direito a conhecer as suas opções de tratamento e a tomar decisões sobre os seus cuidados de saúde	158
H2. O seu direito de dizer o que deseja que aconteça se for incapaz de tomar as decisões de cuidados de saúde por si mesmo	158
H3. O que fazer se as suas instruções não forem seguidas	159
I. O seu direito de apresentar queixas e pedir-nos para reconsiderar as decisões que tomámos	160
I1. O que fazer se considerar que está a ser tratado injustamente ou se pretender obter mais informações sobre os seus direitos	160
J. As suas responsabilidades como Membro do plano	161
K. O que fazer se suspeitar de fraude	162



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 (TDD 711), das 8h00 às 20h00, de segunda a sexta-feira; das 8h00 às 12h00 ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

A. O seu direito de obter informações de uma forma que corresponda às suas necessidades

We must ensure that **all** services are provided to you in a culturally competent and accessible manner. We must also tell you about the plan's benefits and your rights in a way that you can understand. We must tell you about your rights each year that you are in our plan.

- To get information in a way that you can understand, call Member Services. Our plan has free interpreter services available to answer questions in different languages.
- Our plan can also give you materials in languages other than English and in formats such as large print, braille, or audio.
- Our plan can also give you materials in Spanish, Portuguese, and Khmer/Cambodian. You can ask to get this document and future materials in your preferred language and/or alternate format by calling Member Services. This is called a "standing request". Member Services will document your standing request in your member record so that you can receive materials now and in the future in your preferred language and/or format. You can change or delete your standing request at any time by calling Member Services.

If you are having trouble getting information from our plan because of language problems or a disability and you want to file a complaint, call:

- Medicare at 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). You can call 24 hours a day, 7 days a week. TTY users should call 1-877-486-2048.
- Medicaid 1-855-697-4347 (TTY 711). You may also go to your local DHS office for in-person assistance. Call 1-855-697-4347 (TTY 711) to find the nearest DHS office to you.
- Office of Civil Rights at 1-800-368-1019 or TTY 1-800-537-7697.

Debemos garantizarle la prestación de **todos** los servicios de una forma culturalmente competente y accesible. Además, debemos informarle sobre los beneficios del plan y sus derechos de manera que pueda entenderlos. Debemos informarle sobre sus derechos cada año mientras esté en nuestro plan.

- Si desea obtener información que pueda entender, llame a Servicios para afiliados. Nuestro plan ofrece servicios gratuitos de interpretación para responder a las preguntas en diferentes idiomas.
- Nuestro plan también puede brindarle materiales en otros idiomas además del inglés y en formatos como letra grande, braille o audio.
- Nuestro plan también puede facilitarle materiales en español, portugués y jemer/camboiano. Puede solicitar que le entreguen este documento y futuros materiales en su idioma preferido o en un formato alternativo llamando a Servicios para afiliados.



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 (TDD 711), das 8h00 às 20h00, de segunda a sexta-feira; das 8h00 às 12h00 ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Esto se denomina "solicitud permanente". Servicios para afiliados registrará su solicitud permanente en su expediente de afiliado de modo que de ahora en adelante pueda recibir los materiales en el idioma o formato que prefiera. Puede modificar o eliminar la solicitud permanente en cualquier momento llamando a Servicios para afiliados.

Si tiene dificultades para obtener información del plan debido a problemas de idioma o una discapacidad y desea presentar una queja, comuníquese con:

- Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Puede comunicarse las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios del modo TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.
- Medicaid de Rhode Island a través de la Oficina del Departamento de Servicios Humanos (DHS) de Rhode Island llamando al 1-855-697-4347 (TTY 711). También puede acudir a la oficina local del DHS para recibir asistencia en persona. Llame al 1-855-697-4347 (TTY 711) para encontrar la oficina más cercana del DHS.
- Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

Devemos garantir que **todos** os serviços sejam fornecidos a si de maneira culturalmente competente e acessível. Também devemos informá-lo sobre os benefícios do plano e os seus direitos de uma maneira que possa entender. Devemos informá-lo sobre os seus direitos a cada ano que está no nosso plano.

- Para obter informações de uma forma compreensível, ligue para os Serviços dos Membros. o nosso plano tem serviços de intérprete gratuitos disponíveis para responder a perguntas em diferentes idiomas.
- O nosso plano também pode fornecer materiais noutros idiomas além do inglês e em outros formatos como letras grandes, braille ou áudio.
- O nosso plano também pode fornecer materiais em espanhol, português e khmer/cambojano. Pode pedir para obter este documento e materiais futuros no seu idioma preferido e/ou formato alternativo ao ligar para os Serviços dos Membros. Isto é chamado de "pedido permanente". Os Serviços para Membros irão documentar a sua solicitação permanente no seu registo de membro para que possa receber materiais agora e no futuro no seu idioma e/ou preferido. Pode alterar ou excluir a sua solicitação permanente a qualquer momento ao ligar para os Serviços para Membros.

Se está a ter problemas para obter informações do nosso plano devido a problemas de idioma ou deficiência e deseja registar uma queixa, ligue para:

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



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 (TDD 711), das 8h00 às 20h00, de segunda a sexta-feira; das 8h00 às 12h00 ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

- Medicaid para registrar uma queixa, através do Rhode Island Medicaid, entre em contato com o escritório do Departamento de Serviços Humanos de Rhode Island (DHS) através do número 1-855-697-4347 (TDD 711). Também pode ir ao escritório local do DHS para obter assistência pessoalmente. Ligue para o número 1-855-697-4347 (TDD 711) para encontrar o escritório do DHS mais próximo de si.
- Gabinete de Direitos Civis através do número 1-800-368-1019 ou TDD 1-800-537-7697.

យើងត្រូវតែធានាថា សេវាកម្មទាំងអស់ ត្រូវបានផ្តល់ជូនទៅអ្នកតាមរបៀបដែលអាចប្រើបាន និងសមស្របតាមវប្បធម៌។ យើងត្រូវតែប្រាប់អ្នកអំពីអត្ថប្រយោជន៍របស់គម្រោង និងសិទ្ធិរបស់អ្នកតាមវិធីដែលអ្នកអាចយល់ទៅបាន។ ពួកយើងត្រូវតែប្រាប់អ្នកអំពីសិទ្ធិរបស់អ្នកនៅរៀងរាល់ឆ្នាំដែលអ្នកស្ថិតក្នុងគម្រោងរបស់យើង។

- ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានក្នុងវិធីដែលអ្នកអាចយល់បាននោះ ទូរសព្ទសេវាសមាជិក។ គម្រោងរបស់យើងមានសេវាអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដោយឥតគិតថ្លៃ ដែលអាចរកបានដើម្បីឆ្លើយសំណួរនានាជាភាសាផ្សេងៗ។
- គម្រោងរបស់យើងក៏អាចផ្តល់ជូនអ្នកនូវឯកសារនានាជាភាសាក្រៅពីភាសាអង់គ្លេស និងជាទម្រង់ដូចជា ពុម្ពអក្សរធំ អក្សរស្នាបសម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬជាសំឡេង។
- គម្រោងរបស់យើងខ្ញុំក៏អាចផ្តល់ខ្លឹមសារឱ្យអ្នកជាភាសាអេស៉្បាញ ពីរទុយហ្គាល់ និងភាសាខ្មែរ/កម្ពុជាផងដែរ។ លោកអ្នកអាចស្នើសុំឯកសារនេះ និងសម្ភារក្នុងពេលអនាគតជាភាសាដែលលោកអ្នកចង់បាន និង/ឬ ទម្រង់ផ្សេងទៀត តាមរយៈការហៅទូរសព្ទទៅកាន់ផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិក។ គេហៅថា "សំណើសុំមានសុពលភាពជាអចិន្ត្រៃយ៍"។ ផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកនឹងបញ្ជូនឯកសារសំណើសុំមានសុពលភាពជាអចិន្ត្រៃយ៍របស់អ្នកទៅក្នុងកំណត់ត្រាសមាជិករបស់អ្នក ដើម្បីឱ្យអ្នកអាចទទួលបានឯកសារបាននៅពេលនេះ និងនាពេលអនាគតក្នុងភាសាដែលអ្នកចង់បាន និង/ឬទម្រង់ដែលអ្នកចង់បាន។ លោកអ្នកអាចប្តូរ ឬលុបការស្នើសុំជាអចិន្ត្រៃយ៍របស់អ្នក នៅពេលណាមួយក៏បាន តាមរយៈការហៅទូរសព្ទមកផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិក។

ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហាក្នុងការទទួលបានព័ត៌មានពីគម្រោងរបស់យើង ដោយសារតែបញ្ហាភាសា ឬពិការភាព ហើយអ្នកចង់ដាក់ពាក្យបណ្តឹង ចូរទូរសព្ទទៅ៖

- Medicare តាមរយៈ1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) ។ អ្នកអាចទូរសព្ទមក 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ /7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ អ្នកប្រើ TDD គួរតែហៅទូរសព្ទទៅកាន់លេខ 1-877-486-2048។
- Medicaid តាមលេខ ដើម្បីដាក់ពាក្យបណ្តឹងជាមួយនឹង Rhode Island Medicaid ចូរទាក់ទងទៅកាន់ការិយាល័យនៃក្រសួងសេវាមនុស្សជាតិនៃរដ្ឋ Rhode Island (Departamento de Serviços Humanos de Rhode Island, DHS) តាមលេខ 1-855-697-4347 (TDD 711)។ អ្នកក៏អាចទៅកាន់ការិយាល័យ DHS ក្នុងតំបន់របស់អ្នកសម្រាប់ជំនួយដោយផ្ទាល់។ ទូរសព្ទទៅកាន់ 1-855-697-4347 (TDD 711) ដើម្បីស្វែងរកការិយាល័យ DHS ដែលជិតអ្នកបំផុត។

ការិយាល័យសិទ្ធិស៊ីវិល (Gabinete dos Direitos Civis) តាមលេខ 1-800-368-1019 ou TDD 1-800-537-7697។

B. A nossa responsabilidade de garantir que tem acesso atempado aos serviços e medicamentos cobertos

Como membro do nosso plano:

- Tem o direito de escolher um prestador de cuidados primários (PCP) na rede do plano. Um prestador da rede é um prestador que trabalha com o plano de saúde. Pode encontrar mais informações sobre como escolher um PCP no Capítulo 3.
 - Ligue para os Serviços para Membros ou consulte o *Diretório de Prestadores e Farmácias* para saber mais sobre os prestadores da rede e quais os prestadores que estão a aceitar novos doentes.
- Não exigimos que obtenha referências.
- Tem o direito de conseguir serviços cobertos dos prestadores da rede dentro de um período razoável.
 - Isto inclui o direito de obter serviços atempados de especialistas.
 - Se não puder obter os serviços dentro de um período de tempo razoável, teremos de pagar pelo atendimento fora da rede.
- Tem o direito de obter serviços de emergência ou cuidados urgentes sem autorização prévia (PA).
- Tem o direito de aviar as suas receitas médicas em qualquer uma das farmácias da nossa rede sem grandes atrasos.
- Tem o direito de saber quando pode recorrer a um prestador não pertencente à rede. Para saber mais sobre os prestadores não pertencentes à rede, consulte o Capítulo 3.

O Capítulo 9 informa-o sobre o que fazer se achar que não está a receber os seus serviços ou medicamentos dentro de um período razoável. O Capítulo 9 informa o que pode fazer se negarmos a cobertura dos seus serviços ou medicamentos e não concordar com a nossa decisão.



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 (TDD 711), das 8h00 às 20h00, de segunda a sexta-feira; das 8h00 às 12h00 ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

C. É nossa responsabilidade proteger as suas informações pessoais de saúde (PHI)

Protegemos as suas informações pessoais de saúde (PHI) conforme exigido pelas leis federais e estaduais.

As suas PHI incluem a informação que nos deu quando se inscreveu neste plano. Também inclui os seus registos médicos e outras informações médicas e de saúde.

Tem direito de obter informações e controlar como são utilizadas as suas PHI. Damos-lhe um aviso escrito que o informa sobre estes direitos. O aviso é designado por "Aviso de práticas de privacidade". O aviso também explica como protegemos a privacidade das suas PHI.

C1. Como protegemos as suas PHI

Certificamo-nos que as pessoas não autorizadas não vejam ou alterem os seus registos.

Na maioria dos casos, não damos a sua informação de saúde a quem que não estiver a providenciar ou pagar pelos seus cuidados. Se o fizermos, primeiro, somos obrigados a obter uma autorização sua por escrito. Permissão escrita pode ser dada por si ou por alguém que tem o poder legal para tomar decisões em seu nome.

Em certos casos, não precisamos ter a sua permissão por escrito primeiro. Estas exceções são permitidas ou requeridas por lei.

- Somos obrigados a divulgar as PHI para agências do governo que estão a averiguar a qualidade dos nossos cuidados.
- Somos obrigados a fornecer as suas PHI ao Medicare. Se o Medicare divulgar as suas PHI para pesquisa ou outros usos, isso será feito de acordo com as leis Federais.
- Somos obrigados a relatar informações médicas anónimas sobre a utilização e os custos dos cuidados de saúde dos membros à Base de dados de pedidos de indemnização de todos os pagadores de Rhode Island (APCD), HeathFacts RI. As informações pessoais, tais como o seu nome, número de segurança social, morada, data de nascimento e número de identificação de membro do Neighborhood INTEGRITY nunca são comunicadas. Se optar por não incluir as suas informações, pode optar por não o fazer visitando o sítio Web em www.riapcd-optout.com. Se optar por excluir-se por telefone, ligue para a Linha de Assistência ao Consumidor do Seguro de Saúde de Rhode Island (RI-REACH) através do número 1-855-747-3224.



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 (TDD 711), das 8h00 às 20h00, de segunda a sexta-feira; das 8h00 às 12h00 ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

C2. Tem o direito de consultar os seus registos médicos

Tem o direito de consultar os seus registos médicos e de obter uma cópia dos mesmos. Podemos cobrar-lhe uma taxa para fazer uma cópia dos seus registos médicos.

Tem o direito de nos pedir para atualizar ou corrigir os seus registos médicos. Se nos pedir para o fazer, trabalharemos com o seu prestador de cuidados de saúde para decidir se as alterações devem ser efetuadas.

Tem o direito de saber se e como foram partilhadas as suas PHI com outros.

Se tiver dúvidas ou preocupações sobre a privacidade dos seus PHI, contacte os Serviços para Membros.

D. A nossa responsabilidade de lhe fornecer informações sobre o plano, a sua rede de prestadores e os serviços cobertos

Como Membro do Neighborhood INTEGRITY, tem o direito de obter informações da nossa parte. Se não falar inglês, dispomos de serviços de intérprete gratuitos para responder a quaisquer perguntas que possa ter sobre o nosso plano de saúde. Para ter um intérprete, ligue para o 1-844- 812-6896 (TDD 711). Este serviço é gratuito. O nosso plano pode também fornecer-lhe materiais em espanhol, português e khmer/cambodjano. Podemos também fornecer informações em letras grandes, braille ou áudio.

Se pretender obter informações sobre qualquer um dos seguintes pontos, contacte os Serviços para Membros:

- O nosso plano, incluindo:
 - informações financeiras
 - como o plano foi avaliado pelos Membros do plano
 - a quantidade de recursos feitos pelos Membros
 - como deixar o plano
- Os nossos prestadores da rede e as nossas farmácias da rede, incluindo:
 - como escolher ou mudar de prestador de cuidados primários
 - qualificações dos fornecedores e farmácias da nossa rede
 - como pagamos aos prestadores da nossa rede



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 (TDD 711), das 8h00 às 20h00, de segunda a sexta-feira; das 8h00 às 12h00 ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

- uma lista de prestadores e farmácias da rede do plano, no *Diretório de Prestadores e Farmácias*. Para obter informações mais pormenorizadas sobre os nossos fornecedores ou farmácias, contacte os Serviços para Membros ou visite o nosso sítio Web em www.nhpri.org/INTEGRITY.
- Serviços cobertos (consulte os Capítulos 3 e 4) e medicamentos (consulte os Capítulos 5 e 6) e as regras que deve seguir, incluindo:
 - serviços e medicamentos cobertos pelo plano
 - limites da sua cobertura e medicamentos
 - regras que deve seguir para obter serviços e medicamentos cobertos
- Porque é que algo não está coberto e o que pode fazer em relação a isso (consulte o Capítulo 9), incluindo pedir-nos que o façamos:
 - indicar por escrito o motivo pelo qual algo não está coberto
 - alterar uma decisão que tomámos
 - pagar por uma fatura que recebeu

E. Programa de Melhoria da Qualidade do Neighborhood INTEGRITY

Queremos ter a certeza que tem acesso a cuidados de saúde de grande qualidade. O nosso Programa de Melhoria da Qualidade acompanha aspetos importantes do seu atendimento. Verificamos a qualidade dos cuidados e serviços que recebe. Estamos sempre a trabalhar para melhorar a qualidade. Enviamos aos nossos membros e prestadores lembretes sobre vacinas contra a gripe, visitas ao médico, tomar os seus medicamentos, alimentação saudável, bem como informações específicas para doenças como a Asma, a Diabetes e a Insuficiência Cardíaca.

Queremos assegurar-nos que tem:

- Fácil acesso a cuidados médicos e comportamentais de qualidade
- Programas de saúde preventiva que vão ao encontro das suas necessidades
- Ajuda com quaisquer doenças crónicas ou doenças que tenha
- Apoio quando mais precisa, por exemplo, após visitas ao hospital ou quando está doente
- Elevada satisfação com os seus prestadores e com o plano de saúde



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 (TDD 711), das 8h00 às 20h00, de segunda a sexta-feira; das 8h00 às 12h00 ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Uma das formas de medirmos o nosso desempenho é através das medidas HEDIS®. HEDIS significa Conjunto de dados e informações sobre a eficácia dos cuidados de saúde. Os dados do HEDIS ajudam-nos a acompanhar as situações com a frequência com que os nossos membros consultam o seu prestador de cuidados primários, tomam os seus medicamentos para a asma ou fazem exames de saúde importantes. Além disso, reunimo-nos com os membros e fornecedores para obter sugestões de atividades de melhoria de qualidade que correspondam às preocupações dos membros. O nosso Programa de Melhoria de Qualidade e atividades são revistos pelo Comité de Assuntos Clínicos do Neighborhood e são submetidos ao Conselho de Administração do Neighborhood.

F. Impossibilidade de os fornecedores da rede faturarem diretamente ao cliente

Os médicos, hospitais e outros prestadores da nossa rede não podem obrigá-lo a pagar pelos serviços cobertos. Também não podem cobrar-lhe se pagarmos menos do que o prestador nos cobrou. A única exceção a isto é se estiver a receber serviços e apoios a longo prazo (LTSS) e o Rhode Island Medicaid disser que tem de pagar parte do custo destes serviços. A isto chama-se "comparticipação nos custos" e o montante é determinado pelo Rhode Island Medicaid. Para saber o que fazer se um prestador da rede tentar cobrar-lhe serviços cobertos, consulte o Capítulo 7.

G. O seu direito de abandonar o plano

Ninguém o pode obrigar a aderir ao nosso plano se não o quiser.

- Tem o direito de receber a maioria dos seus serviços de saúde através do Original Medicare ou de um plano Medicare Advantage.
- Pode obter os benefícios de medicamentos prescritos do Medicare Parte D de um plano de medicamentos de prescrição ou de um plano do Medicare Advantage.
- Consulte o Capítulo 10 para obter mais informações sobre quando pode aderir a um novo plano do Medicare Advantage ou de benefícios de medicamentos prescritos.
- Se sair do nosso plano, receberá os seus serviços diretamente através da Taxa de Serviço Medicaid de Rhode Island (FFS). Para obter mais informações sobre o Taxa de Serviço do Rhode Island Medicaid (FFS), ligue para 1-855-697-4347 de segunda a sexta-feira, das 8:30 às 15:30 horas.



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 (TDD 711), das 8h00 às 20h00, de segunda a sexta-feira; das 8h00 às 12h00 ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

H. O seu direito a tomar decisões sobre os seus cuidados de saúde

H1. O seu direito a conhecer as suas opções de tratamento e a tomar decisões sobre os seus cuidados de saúde

Tem o direito de obter informações completas dos seus médicos e de outros prestadores de cuidados de saúde. O seu prestador de cuidados de saúde deve explicar-lhe a sua doença e as suas opções de tratamento de uma forma que possa compreender. Tem o direito de:

- **Conhecer as suas escolhas.** Tem o direito de saber sobre todos os tipos de tratamento para as suas condições de saúde.
- **Conhecer os riscos.** Tem o direito de saber sobre os riscos envolvidos. Tem de saber antecipadamente se qualquer serviço ou tratamento faz parte de uma experiência de pesquisa. Tem o direito de recusar tratamentos experimentais.
- **Obter uma segunda opinião.** Tem o direito de ver outro prestador antes de decidir sobre o tratamento.
- **Dizer "não".** Tem o direito de recusar qualquer tratamento. Isto inclui o direito de sair de um hospital ou outra instituição médica, mesmo se o seu prestador o desaconselhar. Também tem o direito de parar de tomar um medicamento. Se recusar tratamento ou parar de tomar um medicamento, não será retirado do plano. No entanto, se recusar tratamento ou parar de tomar um medicamento, aceitará total responsabilidade pelo que lhe possa acontecer.
- **Pedir-nos para explicar porque é que um prestador recusou cuidados.** Tem o direito de obter uma explicação da nossa parte se um prestador negar o cuidado que acredita que deve receber.
- **Pedir-nos para cobrir um serviço ou medicamento que foi recusado ou que normalmente não está coberto.**
Isto é chamado de uma decisão de cobertura. O Capítulo 9, Secção E2, indica como pedir uma decisão de cobertura do plano.

H2. O seu direito de dizer o que deseja que aconteça se for incapaz de tomar as decisões de cuidados de saúde por si mesmo

Às vezes, as pessoas são incapazes de tomar decisões de saúde por si mesmas. Antes que isso aconteça consigo, pode:

- Preencher um formulário por escrito para **dar a alguém o direito de tomar decisões de saúde por si.**
- **Dar aos seus prestadores instruções por escrito** sobre como deseja que eles cuidem dos seus cuidados de saúde se for incapaz de tomar decisões por si mesmo.



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 (TDD 711), das 8h00 às 20h00, de segunda a sexta-feira; das 8h00 às 12h00 ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações,** visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

O documento legal que pode utilizar para indicar as suas instruções é chamado de diretiva antecipada. Existem diferentes tipos de diretivas antecipadas e com nomes diferentes. Exemplos disso são testamentos em vida e uma procuração para cuidados de saúde.

Não tem de utilizar uma diretiva antecipada, mas se quiser, pode. Eis o que fazer:

- **Obter o formulário.** Pode obter um formulário do seu prestador, advogado, agência de serviços jurídicos ou assistente social. As organizações que dão às pessoas informações sobre o Medicare ou o Medicaid, como o The POINT, podem também ter formulários de diretiva antecipada. Também pode aceder à página do Departamento de Saúde de Rhode Island em health.ri.gov/lifestages/death/about/endoflifedecisions/ para obter o formulário.
- **Preencher e assinar o formulário.** O formulário é um documento legal. Deve ter um advogado para ajudá-lo a preparar o documento.
- **Dê cópias às pessoas que precisam de saber sobre isto.** Deve entregar uma cópia do formulário ao seu prestador. Deve também entregar uma cópia à pessoa que designou para tomar decisões por si. Pode também entregar cópias aos amigos ou membros da sua família. Não se esqueça de guardar uma cópia em casa.
- Se for internado e tiver assinado uma diretiva antecipada, **leve uma cópia para o hospital.**

O hospital perguntará se assinou um formulário de diretiva antecipada e se o tem consigo.

Se não assinou um formulário de diretiva antecipada, há formulários disponíveis no hospital e os funcionários irão perguntar-lhe se deseja assinar um.

Lembre-se que a escolha de preencher ou não uma diretiva antecipada é sua.

H3. O que fazer se as suas instruções não forem seguidas

Se tiver assinado uma diretiva antecipada e considerar que um prestador de cuidados de saúde ou um hospital não seguiu as instruções nela contidas, pode apresentar uma queixa junto do Departamento de Saúde de Rhode Island, ligando para 1-401-222-5960 (TDD 711) ou por correio para:

Department of Health

3 Capitol Hill

Providence, RI 02908



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 (TDD 711), das 8h00 às 20h00, de segunda a sexta-feira; das 8h00 às 12h00 ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

I. O seu direito de apresentar queixas e pedir-nos para reconsiderar as decisões que tomámos

O Capítulo 9 indica o que pode fazer se tiver quaisquer problemas ou preocupações sobre os seus cuidados ou serviços cobertos. Por exemplo, pode pedir-nos para tomar uma decisão de cobertura, apresentar um recurso para que alteremos uma decisão de cobertura ou fazer uma queixa.

Tem o direito de conseguir informações sobre recursos e queixas que outros Membros têm apresentado contra o nosso plano. Para obter estas informações, contacte os Serviços para Membros.

I1. O que fazer se considerar que está a ser tratado injustamente ou se pretender obter mais informações sobre os seus direitos

Se considerar que foi tratado injustamente - e que não se trata de discriminação pelos motivos indicados na página 224 – ou se pretender obter mais informações sobre os seus direitos, pode obter ajuda telefonando:

- Serviços para Membros.
- The POINT através do 1-401-462-4444 (TDD 711). The POINT fornece informações e referências para programas e serviços de idosos, adultos com deficiências e os seus cuidadores.
- Medicare através do 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas por dia, 7 dias por semana. TDD 1-877-486-2048. (Também pode ler ou descarregar "Direitos e Proteções do Medicare", que se encontra no sítio Web do Medicare em www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf.)
- Provedor dos Cuidados de Saúde RIPIN. Para mais informações sobre esta organização e a forma de a contactar, consulte o Capítulo 2, Secção I.
- A Aliança para Melhores Cuidados de Longa Duração (Alliance for Better Long Term Care). Para obter mais detalhes sobre esta organização e como contactá-la, consulte o Capítulo 2, Secção J.
- Rhode Island Medicaid através do número 1-855-697-4347, os utilizadores de TDD devem ligar para o 711.



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 (TDD 711), das 8h00 às 20h00, de segunda a sexta-feira; das 8h00 às 12h00 ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

J. As suas responsabilidades como Membro do plano

Como membro do plano, tem a responsabilidade de tomar as medidas indicadas abaixo. Se tiver alguma dúvida, contacte os Serviços para Membros.

- **Leia o *Manual do Membro*** para saber o que está coberto e quais as regras que tem de seguir para obter os serviços e medicamentos cobertos.
 - Serviços cobertos, consulte os Capítulos 3 e 4. Estes capítulos mostram o que é coberto, o que não é coberto, quais as regras que precisa seguir e o que paga.
 - Medicamentos cobertos, consulte os Capítulos 5 e 6.
- **Informe-nos sobre qualquer outra cobertura de saúde ou de medicamentos sujeitos a receita médica** que possua. Somos obrigados a garantir que esteja a usar todas as opções de cobertura quando receber cuidados de saúde. Contacte os Serviços para Membros se tiver outra cobertura.
- **Informe o seu médico e outros profissionais de saúde** que está inscrito no nosso plano. Mostre o seu Cartão de Identificação de Membro sempre que receber serviços ou medicamentos.
- **Ajude os seus médicos** e outros profissionais de saúde a prestar o melhor atendimento.
 - 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 o seu médico.
 - Certifique-se de que os seus médicos e outros prestadores de cuidados de saúde têm conhecimento de todos os medicamentos que está a tomar. Isto inclui medicamentos sujeitos a receita médica, medicamentos de venda livre, vitaminas e suplementos.
 - Se tiver alguma dúvida, não deixe de a colocar. Os seus médicos e outros prestadores de cuidados de saúde devem explicar-lhe tudo de uma forma que possa compreender. Se fizer uma pergunta e não entender a resposta, pergunte novamente.
- **Seja atencioso.** Esperamos que todos os nossos Membros respeitem os direitos dos outros doentes. Esperamos também que aja com respeito no consultório do seu médico, nos hospitais e nos consultórios de outros prestadores de serviços.
- **Pague o que deve.** Enquanto membro do plano, é responsável por estes pagamentos:



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 (TDD 711), das 8h00 às 20h00, de segunda a sexta-feira; das 8h00 às 12h00 ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

- Prémios Medicare Parte A e Medicare Parte B. Para a maioria dos Membros do Neighborhood INTEGRITY, o Medicaid paga o seu prémio da Parte A e o seu prémio da Parte B.
- Se receber LTSS, poderá ter de pagar parte do custo dos seus serviços. A isto chama-se "comparticipação nos custos" e o montante é determinado pelo Rhode Island Medicaid.
- **Diga-nos se mudar de casa.** Se vai mudar de casa, é importante que nos informe imediatamente. Contacte os Serviços para Membros.
- **Se se mudar para fora da nossa área de serviço, não pode manter-se neste plano.** Apenas as pessoas que vivem na nossa área de serviço podem obter o Neighborhood INTEGRITY. O capítulo 1, secção D, descreve a nossa área de serviço.
- Podemos ajudá-lo a descobrir se está a sair da nossa área de serviço. Durante um período especial de inscrição, pode mudar para o Original Medicare ou inscrever-se num plano de saúde ou medicamentos de prescrição médica no seu novo local.
- Também não deixe de informar o Medicare e o Medicaid do seu novo endereço quando se mudar. Consulte o Capítulo 2 para obter os números de telefone do Medicare e Medicaid.
- **Se mudar de residência dentro da nossa área de serviço, precisamos de saber.** Precisamos de manter o seu registo de membro atualizado e de saber como o contactar.
- Se tiver dúvidas ou preocupações, contacte os Serviços para Membros para obter ajuda.

K. O que fazer se suspeitar de fraude

A maioria dos profissionais de saúde e das organizações que prestam serviços são honestos. Infelizmente, pode haver quem seja desonesto.

Se pensa que um médico, hospital ou outra farmácia está a fazer algo de errado, contacte-nos.

- Ligue-nos para os Serviços para Membros do Neighborhood INTEGRITY. Os números de telefone estão na parte inferior desta página.
- Ou, ligue para o Medicare através do número 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Os utilizadores TDD devem ligar 1-877-486-2048. Pode ligar para estes números, gratuitamente, 24 horas por dia, 7 dias por semana.



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 (TDD 711), das 8h00 às 20h00, de segunda a sexta-feira; das 8h00 às 12h00 ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

- Também pode telefonar para o Gabinete de Integridade do Programa de Rhode Island através do número 1-401-462-6503 ou para o Departamento do Procurador-Geral de Rhode Island para denúncias de fraude Medicaid, abuso ou negligência de doentes ou desvio de medicamentos através do número 1-401-222-2556 ou 1-401-274-4400 ext. 2269 ou,
- O Responsável pela Conformidade do Neighborhood através do número 1-401-459-6162 (TDD 711) ou,
- Linha Direta de Conformidade do Neighborhood através do número 1-888-579-1551.



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 (TDD 711), das 8h00 às 20h00, de segunda a sexta-feira; das 8h00 às 12h00 ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Capítulo 9: O que fazer se tiver um problema ou queixa (decisões de cobertura, recursos, queixas)

Introdução

Este capítulo contém informações sobre os seus direitos. Leia este capítulo para descobrir o que fazer se:

- Tiver um problema ou uma queixa sobre o seu plano.
- Precisar de um serviço, produto ou de uma medicação que o seu plano disse que não pagará.
- Discordar de uma decisão que o seu plano fez sobre os seus cuidados.
- Achar que os seus serviços cobertos estão a terminar demasiado cedo.

Se tiver algum problema ou alguma preocupação, apenas precisará ler as partes deste capítulo que se aplicam à sua situação. Este capítulo está dividido em seções diferentes para ajudá-lo a encontrar facilmente o que está a procurar.

Se estiver a enfrentar um problema com a sua saúde ou os seus serviços e apoio de longo prazo

Deve receber os cuidados de saúde, medicamentos e serviços e apoios a longo prazo que o seu médico e outros prestadores de cuidados de saúde determinarem como necessários para os seus cuidados, como parte do seu plano de cuidados. **Se tiver algum problema com os seus cuidados, pode contactar o Provedor de Cuidados de Saúde RIPIN através do número 1-855-747-3224 (TDD 711) para obter ajuda.** Este capítulo explica as diferentes opções disponíveis para diferentes problemas e queixas, mas pode sempre ligar para o Provedor de Cuidados de Saúde RIPIN para ajudar a guiá-lo com o seu problema.

Para obter recursos adicionais para abordar as suas preocupações e formas de contactá-los, consulte o Capítulo 2, Secção I, para ter mais informações sobre o Provedor de Cuidados de Saúde RIPIN.



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 (TDD 711), das 8h00 às 20h00, de segunda a sexta-feira; das 8h00 às 12h00 ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações,** visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Índice

A. O que fazer se tiver um problema	167
A1. Sobre os termos jurídicos	167
B. Para onde ligar a pedir ajuda	167
B1. Onde conseguir mais informações e ajuda	167
C. Problemas com os seus benefícios.....	169
C1. Utilizar o processo de decisão de cobertura e de recurso ou de apresentação de queixa.....	169
D. Decisões de cobertura e recursos.....	169
D1. Visão geral das decisões de cobertura e dos recursos	169
D2. Obter ajuda com decisões de cobertura e recursos	170
D3. Utilizar a secção deste capítulo que irá ajudá-lo	171
E. Problemas sobre serviços, produtos e medicamentos (exceto os medicamentos da Parte D.....	173
E1. Quando utilizar esta secção.....	173
E2. Pedir uma decisão de cobertura	174
E3. Recurso de Nível 1 para serviços, artigos e medicamentos (não medicamentos da Parte D)	176
E4. Recursos de Nível 2 por serviços, produtos e medicamentos (exceto medicamentos da Parte D).....	181
E5. Problemas de pagamento	186
F. Medicamentos da Parte D	188
F1. O que fazer se tiver problemas em obter um medicamento da Parte D ou se quiser que o reembolsemos por um medicamento da Parte D	188
F2. O que é uma exceção	189
F3. Informações importantes a saber sobre como solicitar exceções	190
F4. Como solicitar uma decisão de cobertura sobre um medicamento da Parte D ou o reembolso de um medicamento da Parte D, incluindo uma exceção	191
F5. Recurso de Nível 1 para medicamentos da Parte D	194
F6. Recurso de Nível 2 para medicamentos da Parte D	197
G. Pedir-nos para cobrir uma estadia hospitalar mais longa.....	198
G1. Conhecer os seus direitos no âmbito do Medicare	198
G2. Recurso de Nível 1 para alterar a data de alta hospitalar	199



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 (TDD 711), das 8h00 às 20h00, de segunda a sexta-feira; das 8h00 às 12h00 ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

G3. Recurso de Nível 2 para alterar a data de alta hospitalar	202
G4. O que acontece se não cumprir o prazo de recurso	202
H. O que fazer se achar que os seus serviços de cuidados de saúde ao domicílio, cuidados de enfermagem especializados ou CORF (Centro de Reabilitação Ambulatório Integral) estão a terminar demasiado cedo	204
H1. Informá-lo-emos com antecedência sobre o fim da sua cobertura.....	205
H2. Recurso de Nível 1 para continuar os seus cuidados.....	205
H3. Recurso de Nível 2 para continuar os seus cuidados.....	207
H4. O que acontece se falhar o prazo de apresentação do Recurso de Nível 1	208
I. Levar o seu recurso para além do Nível 2	210
I1. Próximos passos para os serviços e artigos Medicare.....	210
I2. Próximas etapas para serviços e artigos Medicaid.....	211
J. Como apresentar uma queixa	211
J1. Que tipos de problemas devem ser objeto de queixa.....	211
J2. Queixas internas	213
J3. Queixas externas	213



A. O que fazer se tiver um problema

Este capítulo diz-lhe o que fazer se tiver um problema com o seu plano ou com os seus serviços ou pagamento. A Medicare e a Medicaid aprovaram estes processos. Cada processo tem um conjunto de regras, procedimentos e prazos que devem ser cumpridos por nós e por si.

A1. Sobre os termos jurídicos

Há termos jurídicos difíceis para algumas das regras e prazos deste capítulo. Muitos destes termos podem ser difíceis de compreender, pelo que utilizámos palavras mais simples em vez de certos termos jurídicos. Utilizamos o menos possível as abreviaturas.

Por exemplo, iremos dizer:

- "Apresentar uma queixa" em vez de "apresentar uma reclamação"
- "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"

Conhecer os termos jurídicos adequados pode ajudá-lo a comunicar de forma mais clara, pelo que também os fornecemos.

B. Para onde ligar a pedir ajuda

B1. Onde conseguir mais informações e ajuda

Às vezes, pode ser complicado começar ou seguir o processo para lidar com um problema. Isto pode ser especialmente verdade se não se sentir bem ou tiver pouca energia. Outras vezes, pode não ter o conhecimento necessário para dar o próximo passo.

Pode conseguir ajuda do Provedor dos Cuidados de Saúde RIPIN

Se precisar de ajuda, pode sempre ligar para o Provedor dos Cuidados de Saúde RIPIN. O Provedor dos Cuidados de Saúde RIPIN é um programa de mediação que pode responder às suas perguntas e ajudá-lo a entender o que fazer para lidar com o seu problema. Consulte o Capítulo 2, Secção I para obter mais informações sobre os programas de provedor.

O Provedor dos Cuidados de Saúde RIPIN não está ligado a nós nem a qualquer companhia de seguros ou plano de saúde. Podem ajudá-lo a compreender qual o processo a utilizar. O número de telefone para o Provedor dos Cuidados de Saúde RIPIN é o 1-855-747-3224 (TDD 711). Os serviços são gratuitos.



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 (TDD 711), das 8h00 às 20h00, de segunda a sexta-feira; das 8h00 às 12h00 ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Pode receber ajuda do Programa de Assistência de Seguro de Saúde do Estado (SHIP) e do Programa de Apoio à Inscrição Medicare-Medicaid (MME)

Pode também ligar seu Programa de Assistência de Seguro de Saúde do Estado (SHIP) para falar com um conselheiro do SHIP sobre o Medicare. Em Rhode Island, o SHIP é fornecido pelo Gabinete de Envelhecimento Saudável (OHA - Office of Healthy Aging). O SHIP tem conselheiros formados em todos os estados e os serviços são gratuitos. Para falar com um conselheiro do SHIP, ligue para 1-888-884-8721 (TDD 711) e o sítio Web é www.oha.ri.gov.

O Programa de Apoio à Inscrição Medicare-Medicaid (MME) dá aconselhamento gratuito e individual sobre seguros de saúde a pessoas com Medicare e Medicaid. Em Rhode Island, o MME é fornecido pelo The POINT. Para falar com um conselheiro do MME, ligue para 1-401-462-4444 (TDD 711).

Para mais informações, consulte o Capítulo 2.

Obter ajuda do Medicare

Pode ligar diretamente para o Medicare para obter ajuda com problemas. Aqui estão duas formas de obter ajuda do Medicare:

- Ligue 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 por dia, 7 dias por semana. TDD 1-877-486-2048. A chamada é gratuita.
- Visite o sítio Web do Medicare em www.medicare.gov.

Obter ajuda do Medicaid

Também pode obter ajuda do Medicaid. Contacte a Linha de Informação do Departamento de Serviços Humanos (DHS) de Rhode Island através do número 1-855-697-4347 (TDD 711) para obter ajuda com o Medicaid e os Serviços e Apoios a Longo Prazo (LTSS) do DHS através do número 1-401-574-9915 para obter ajuda com o Medicaid LTSS.

Obter ajuda da Organização para a Melhoria da Qualidade de Rhode Island (QIO)

Rhode Island tem uma organização chamada KEPRO. A organização é um grupo de médicos e outros profissionais de saúde que ajudam a melhorar a qualidade do atendimento para as pessoas com Medicare. A KEPRO não está relacionada com o Neighborhood INTEGRITY.

- Ligue para 1-888-319-8452, das 9h00 às 17h00, de segunda a sexta-feira; das 11h00 às 15h00 aos sábados, domingos e feriados. O correio de voz está disponível 24 horas por dia. Os utilizadores TDD devem ligar o 1-855-843-4776. Este número destina-se a pessoas com problemas de audição ou de fala. É necessário dispor de um equipamento telefónico especial para o chamar.
- Enviar para:
KEPRO
5700 Lombardo Center Drive, Suite 100
Seven Hills, OH 44131
- Visite o sítio Web da KEPRO em: www.keproqio.com/



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 (TDD 711), das 8h00 às 20h00, de segunda a sexta-feira; das 8h00 às 12h00 ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

C. Problemas com os seus benefícios

C1. Utilizar o processo de decisão de cobertura e de recurso ou de apresentação de queixa

Se tiver algum problema ou alguma preocupação, apenas precisará ler as partes deste capítulo que se aplicam à sua situação. A tabela seguinte ajudá-lo-á a encontrar a secção correta deste capítulo para problemas ou queixas.

O seu problema ou preocupação tem a ver com as suas prestações ou cobertura?

(Isto inclui problemas sobre se determinados cuidados médicos (artigos médicos, serviços e/ou medicamentos sujeitos a receita médica da Parte B) estão cobertos ou não, a forma como estão cobertos e problemas relacionados com o pagamento dos cuidados médicos).

Sim.	Não.
O meu problema prende-se com os benefícios ou a cobertura.	O meu problema não se prende com os benefícios ou a cobertura.
Consulte a secção D: " Decisões de cobertura e recursos " na página 169.	Avance para a secção J: " Como apresentar uma queixa " na página 211.

D. Decisões de cobertura e recursos

D1. Visão geral das decisões de cobertura e dos recursos

O processo para solicitar decisões de cobertura e interpor recursos trata de problemas relacionados com os seus benefícios e a cobertura dos seus cuidados médicos (serviços, artigos e medicamentos sujeitos a receita médica da Parte B, incluindo o pagamento).

O que é uma decisão de cobertura?

Uma decisão de cobertura é uma decisão inicial que tomamos sobre os seus benefícios e a sua cobertura ou sobre o valor que pagaremos pelos seus serviços médicos, produtos ou medicamentos. Estamos a tomar uma decisão de cobertura cada vez que decidimos o que é coberto para si e o montante que pagamos.

Se o membro ou o seu prestador de cuidados de saúde não tiverem a certeza se um serviço, artigo ou medicamento está coberto pelo Medicare ou Medicaid, qualquer um de vós pode solicitar uma decisão de cobertura antes de o prestador de cuidados de saúde prestar o serviço, artigo ou medicamento.



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 (TDD 711), das 8h00 às 20h00, de segunda a sexta-feira; das 8h00 às 12h00 ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

O que é um recurso?

Um recurso é uma maneira formal de nos solicitar que seja revista a nossa decisão e a alteremos se achar que cometemos um erro. Por exemplo, podemos decidir que um serviço, produto, ou medicamento que desejar não é coberto ou não é mais coberto pelo Medicare ou Medicaid. Se o membro ou o seu prestador de cuidados de saúde não concordarem com a nossa decisão, pode recorrer.

D2. Obter ajuda com decisões de cobertura e recursos

A quem posso telefonar para obter ajuda para pedir decisões de cobertura ou apresentar um recurso?

Pode pedir ajuda a qualquer uma destas pessoas:

- Contacte os **Serviços para Membros** através do número 1-844-812-6896.
- Ligue para o **Provedor dos Cuidados de Saúde RIPIN** para obter ajuda gratuita. O Provedor de Cuidados de Saúde RIPIN ajuda as pessoas inscritas com serviço ou problemas de faturação. O número de telefone é 1-855-747-3224 (TDD 711).
- Ligue para o **The POINT** para ajuda gratuita. The POINT é uma organização independente. Não está relacionada com este plano. O número de telefone é o 1-401-462-4444 (TDD 711).
- Fale com o **seu médico ou outro prestador de cuidados de saúde**. O seu médico ou outro prestador de cuidados de saúde pode solicitar uma decisão de cobertura ou recorrer em seu nome.
- Fale com um **amigo ou familiar** e peça-lhe que atue por si. Pode nomear outra pessoa para agir por si como seu "representante" para solicitar uma decisão de cobertura ou apresentar um recurso.
 - Se pretender que um amigo, familiar ou outra pessoa seja o seu representante, contacte os Serviços para Membros e peça o formulário "Nomeação de representante".
 - O formulário também pode ser obtido no seguinte endereço www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf ou www.nhpri.org/wp-content/uploads/2019/04/2017-INTEGRITY-AOR-Form-CMS1696-1.pdf. O formulário autoriza a pessoa a agir em seu nome. Deve entregar-nos uma cópia do formulário assinado.
- **Tem também o direito de pedir a um advogado** que atue em seu nome. Pode ligar ao seu próprio advogado ou pedir o nome de um advogado da associação dos advogados locais ou de outro serviço de referência. Alguns grupos jurídicos prestar-lhe-ão serviços



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 (TDD 711), das 8h00 às 20h00, de segunda a sexta-feira; das 8h00 às 12h00 ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

jurídicos gratuitos se reunir as condições necessárias. Se quiser que um advogado o represente, terá de preencher o formulário de Nomeação de Representante.

- No entanto, **não é necessário ter um advogado** para pedir qualquer tipo de decisão de cobertura ou para interpor um recurso.

D3. Utilizar a secção deste capítulo que irá ajudá-lo

Existem quatro tipos diferentes de situações que envolvem decisões de cobertura e recursos. Cada situação tem regras e prazos diferentes. Separámos este capítulo em secções diferentes para ajudá-lo a encontrar as regras que precisa seguir. **Só precisa de ler a secção que se aplica ao seu problema:**

- A Secção E na página 169 dá-lhe informações se tiver problemas com serviços, artigos e medicamentos (mas **não** com os medicamentos da Parte D). Por exemplo, utilize esta secção se:
 - Não está a receber os cuidados médicos que deseja e acredita que o nosso plano cobre esses cuidados.
 - Não aprovámos os serviços, artigos ou medicamentos que o seu prestador de cuidados de saúde pretende fornecer-lhe e o membro considera que estes cuidados de saúde deveriam estar cobertos.
 - **NOTA:** Utilize a Secção E apenas se se tratar de medicamentos **não** cobertos pela Parte D. Os medicamentos da *Lista de Medicamentos Cobertos*, também conhecida como Lista de Medicamentos, com um "DP" não são cobertos pela Parte D. Consulte a Secção F na página 186 para recursos de medicamentos da Parte D.
 - Recebeu cuidados médicos ou serviços que considera que deveriam estar cobertos, mas não estamos a pagar por esses cuidados.
 - Recebeu e pagou por serviços médicos ou produtos que pensava que estavam cobertos e quer pedir-nos o reembolso.
 - Foi informado que a cobertura dos cuidados que está a receber será reduzida ou interrompida e não concorda com a nossa decisão.
 - **NOTA:** Se a cobertura que vai ser interrompida for para cuidados hospitalares, cuidados de saúde ao domicílio, cuidados num centro de enfermagem especializado ou serviços CORF (Centro de Reabilitação Ambulatório Integral), tem de ler uma secção separada deste capítulo porque se aplicam regras especiais a estes tipos de cuidados. Consulte as Secções G e H nas páginas 201 e 207.



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 (TDD 711), das 8h00 às 20h00, de segunda a sexta-feira; das 8h00 às 12h00 ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

- O seu pedido de decisão de cobertura pode ser indeferido, o que significa que não iremos analisar o pedido. Exemplos de situações em que podemos rejeitar o seu pedido são: se o seu pedido estiver incompleto, se alguém fizer o pedido por si mas não nos der prova de que concordou em autorizá-lo a fazer o pedido, ou se pedir que o seu pedido seja retirado. Se rejeitarmos uma solicitação de decisão de cobertura, enviaremos um aviso a explicar o motivo e como solicitar uma revisão da rejeição. Esta revisão é um processo formal chamado de recurso.
- A Secção F na página 186 dá-lhe informações sobre os medicamentos da Parte D. Por exemplo, utilize esta secção se:
 - Pretende pedir-nos para abrir uma exceção para abranger um medicamento da Parte D que não consta da nossa Lista de Medicamentos.
 - Pretende pedir-nos para renunciarmos aos limites da quantidade do medicamento que pode obter.
 - Pretende solicitar-nos a cobertura de um medicamento que requer autorização prévia (PA).
 - Não aprovámos o seu pedido ou exceção e o membro, o seu médico ou outro profissional de saúde considera que o devíamos ter feito.
 - Quer pedir-nos que paguemos um medicamento que já comprou. (Isto é pedir uma decisão de cobertura sobre o pagamento).
- A Secção G na página 201 dá-lhe informações sobre como nos pode pedir para cobrir um internamento hospitalar mais longo se achar que o prestador de cuidados de saúde lhe está a dar alta demasiado cedo. Utilize esta Secção se:
 - Está no hospital e pensa que o prestador de cuidados de saúde lhe pediu para sair do hospital demasiado cedo.
- A Secção H na página 207 dá-lhe informações se achar que os seus cuidados de saúde ao domicílio, os cuidados num centro de enfermagem especializado e os serviços do CORF (Centro de Reabilitação Ambulatório Integral) estão a terminar demasiado cedo.

Se não tiver a certeza de qual a secção que deve utilizar, contacte os Serviços para Membros através do número 1-844-812-6896.

Se necessitar de outra ajuda ou informação, contacte o Provedor dos Cuidados de Saúde RIPIN através do número 1-855-747-3224 (TDD 711).



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 (TDD 711), das 8h00 às 20h00, de segunda a sexta-feira; das 8h00 às 12h00 ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

E. Problemas sobre serviços, produtos e medicamentos (exceto os medicamentos da Parte D)

E1. Quando utilizar esta secção

Esta secção diz-lhe o que fazer se tiver problemas com os seus benefícios para os seus serviços médicos, de saúde comportamental e de cuidados a longo prazo. Também pode utilizar esta secção para problemas com medicamentos **não** cobertos pela Parte D, incluindo medicamentos Medicare da Parte B. Os medicamentos da Lista de Medicamentos com um "**DP**" **não** estão cobertos pela Parte D. Utilize a Secção F para recursos de medicamentos da Parte D.

Esta secção diz-lhe o que pode fazer se se encontrar numa das cinco situações seguintes:

1. Pensa que cobrimos um serviço médico, de saúde comportamental ou de cuidados a longo prazo de que necessita mas que não está a receber.

O que pode fazer: Pode pedir-nos que tomemos uma decisão de cobertura. Consulte a Secção E2 na página 177 para obter informações sobre como solicitar uma decisão de cobertura.

2. Não aprovámos os cuidados que o seu prestador de cuidados de saúde quer prestar-lhe e o membro acha que devíamos ter aprovado.

O que pode fazer: Pode recorrer da nossa decisão de não aprovar os cuidados. Consulte a Secção E3 na página 171 para obter informações sobre como apresentar um recurso.

3. Recebeu serviços ou artigos que pensa que estão cobertos, mas que não serão pagos.

O que pode fazer: Pode recorrer da nossa decisão de não pagar. Consulte a Secção E3 na página 171 para obter informações sobre como apresentar um recurso.

4. Recebeu e pagou por serviços ou artigos que pensava estarem cobertos e pretende que o reembolsemos por esses serviços ou artigos.

O que pode fazer: Pode pedir-nos para o reembolsar. Consulte a secção E5 na página 186 para obter informações sobre como nos pedir o pagamento.

5. Reduzimos ou interrompemos a sua cobertura para um determinado serviço e o membro não concorda com a nossa decisão.

O que pode fazer: Pode recorrer da nossa decisão de reduzir ou interromper o serviço. Consulte a Secção E3 na página 171 para obter informações sobre como apresentar um recurso.



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 (TDD 711), das 8h00 às 20h00, de segunda a sexta-feira; das 8h00 às 12h00 ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

NOTA: Se a cobertura que será interrompida for para cuidados hospitalares, cuidados de saúde ao domicílio, cuidados num centro de enfermagem especializado ou serviços CORF (Centro de Reabilitação Ambulatório Integral), aplicam-se regras especiais. Leia as Secções G ou H nas páginas 201 e 207 para saber mais.

E2. Pedir uma decisão de cobertura

Como pedir uma decisão de cobertura para obter um serviço médico, de saúde comportamental ou de cuidados a longo prazo

Para solicitar uma decisão de cobertura, telefone, escreva ou envie-nos um fax, ou peça ao seu representante ou prestador de cuidados de saúde para nos solicitar uma decisão.

- Pode ligar-nos para o número: 1-844-812-6896 TDD 711
- Pode enviar-nos um fax para o número: 1-401-459-6023
- Pode escrever-nos para:

Neighborhood Health Plan of Rhode Island

Ao cuidado de: Utilization Management

910 Douglas Pike

Smithfield, RI 02917

Quanto tempo é necessário para obter uma decisão de cobertura?

Normalmente, demora até 14 dias consecutivos após o pedido, exceto se o pedido for para um medicamento sujeito a receita médica Medicare Parte B. Se o seu pedido for para um medicamento sujeito a receita médica Medicare Parte B, dar-lhe-emos uma decisão no prazo máximo de 72 horas após a receção do seu pedido. Se não lhe dermos a nossa decisão no prazo de 14 dias consecutivos (ou 72 horas para um medicamento sujeito a receita médica Medicare Parte B), pode recorrer.

Por vezes, precisamos de mais tempo e enviar-lhe-emos uma carta informando-o de que precisamos de mais 14 dias consecutivos. A carta explicará por que razão é necessário mais tempo. Não podemos demorar mais tempo a tomar uma decisão se o seu pedido for para um medicamento sujeito a receita médica Medicare Parte B.

Posso obter uma decisão de cobertura mais rápida?

Sim. Se precisar de uma resposta mais rápida por causa da sua saúde, peça-nos para tomar uma "decisão de cobertura rápida." Se aprovarmos o pedido, notificá-lo-emos da nossa decisão no prazo de 72 horas (ou no prazo de 24 horas para um medicamento sujeito a receita médica Medicare Parte B).



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 (TDD 711), das 8h00 às 20h00, de segunda a sexta-feira; das 8h00 às 12h00 ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

No entanto, por vezes precisamos de mais tempo e enviar-lhe-emos uma carta informando-o de que precisamos de mais 14 dias consecutivos. A carta explicará por que razão é necessário mais tempo. Não podemos demorar mais tempo a tomar uma decisão se o seu pedido for para um medicamento sujeito a receita médica Medicare Parte B.

O **termo jurídico** para "decisão de cobertura rápida" é "**determinação acelerada**".

Solicitar uma decisão de cobertura rápida:

- Se solicitar uma decisão de cobertura rápida, comece por telefonar ou enviar um fax ao nosso plano para nos pedir que cubramos os cuidados que pretende.
- Pode ligar-nos para 1-844-812-6896 (TDD 711) ou enviar-nos um fax para 1-401-459-6023. Para mais informações sobre a forma de nos contactar, consulte o Capítulo 2, Secção A.
- Também pode pedir ao seu fornecedor ou ao seu representante que nos contacte.

Eis as regras para pedir uma decisão de cobertura rápida:

Para obter uma decisão de cobertura rápida, deve cumprir os dois requisitos seguintes:

1. Só pode obter uma decisão de cobertura rápida **se solicitar a cobertura de cuidados médicos ou de artigos e/ou serviços que ainda não recebeu**. (Não pode pedir uma decisão de cobertura rápida se o seu pedido se referir ao pagamento de artigos ou serviços que já recebeu).
2. Só pode obter uma decisão de cobertura rápida **se o prazo normal de 14 dias consecutivos (ou o prazo de 72 horas para os medicamentos sujeitos a receita médica da Parte B do Medicare) puder causar danos graves à sua saúde ou prejudicar a sua capacidade de funcionamento**.
 - Se o seu prestador de cuidados de saúde disser que precisa de uma decisão de cobertura rápida, nós dar-lhe-emos automaticamente uma.
 - Se solicitar uma decisão de cobertura rápida sem o apoio do seu prestador, nós decidiremos se obtém uma decisão de cobertura rápida.
 - Se decidirmos que a sua saúde não satisfaz os requisitos para uma decisão de cobertura rápida, iremos enviar-lhe uma carta. Também utilizaremos o prazo normal de 14 dias consecutivos (ou o prazo de 72 horas para os medicamentos sujeitos a receita médica Medicare Parte B).
 - Esta carta informa-o de que, se o seu prestador de cuidados de saúde solicitar uma decisão de cobertura rápida, nós tomaremos automaticamente uma decisão de cobertura rápida.



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 (TDD 711), das 8h00 às 20h00, de segunda a sexta-feira; das 8h00 às 12h00 ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

- A carta também indica como pode apresentar uma "queixa rápida" sobre a nossa decisão de lhe dar uma decisão de cobertura normal em vez de uma decisão de cobertura rápida. Para mais informações sobre o processo de apresentação de queixas, incluindo queixas rápidas, consulte a Secção J na página 211.

Se a decisão de cobertura for "Não", como é que fico a saber?

Se a resposta for **Não**, iremos enviar-lhe uma carta avisando-o das nossas razões para dizer **Não**.

- Se dissermos **Não**, terá o direito de pedir-nos para mudar esta decisão fazendo um recurso. A apresentação de um recurso significa pedir-nos para rever a nossa decisão de negar a cobertura.
- Se decidir recorrer, isso significa que irá para o Nível 1 do processo de recursos (leia a próxima secção para obter mais informações).

E3. Recurso de Nível 1 para serviços, artigos e medicamentos (não medicamentos da Parte D)

O que é um recurso?

Um recurso é uma maneira formal de nos solicitar que seja revista a nossa decisão e a alteremos se achar que cometemos um erro. Se o membro, o seu médico ou outro prestador de cuidados de saúde não concordar com a nossa decisão, pode recorrer. Em todos os casos, deve iniciar o seu recurso no Nível 1.

Se precisar de ajuda durante o processo de recurso, pode contactar o Provedor de Cuidados de Saúde RIPIN através do número 1-855-747-3224 (TDD 711). O Provedor dos Cuidados de Saúde RIPIN não está ligado a nós nem a qualquer companhia de seguros ou plano de saúde.



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 (TDD 711), das 8h00 às 20h00, de segunda a sexta-feira; das 8h00 às 12h00 ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

O que é um Recurso de Nível 1?

Um Recurso de Nível 1 é o primeiro recurso do nosso plano. Analisaremos a sua decisão de cobertura para saber se está correta. O avaliador será alguém que não tomou a decisão de cobertura original. Quando concluirmos a análise, comunicar-lhe-emos a nossa decisão por escrito.

Se, após a nossa análise, lhe dissermos que o serviço ou artigo não está coberto, o seu caso pode ir para um Recurso de Nível 2.

Como posso apresentar um Recurso de Nível 1?

- Para iniciar o seu recurso, o membro, o seu médico ou outro prestador de cuidados de saúde, ou o seu representante, deve contactar-nos. Pode contactar-nos através do número 1-844-812-6896. Para obter detalhes adicionais sobre como entrar em contacto connosco para recursos, consulte o Capítulo 2, Secção A.
- Pode pedir-nos um "recurso normal" ou um "recurso rápido".
- Se estiver a solicitar um recurso normal ou recurso rápido, faça o seu recurso por escrito ou ligue-nos.
 - Pode enviar uma solicitação para o seguinte endereço:

Neighborhood Health Plan of Rhode Island

Ao cuidado de: Grievance and Appeals Coordinator

910 Douglas Pike

Smithfield, RI 02917

- Também pode solicitar um recurso ligando para o número 1-844-812-6896.

Em resumo: Como apresentar um Recurso de Nível 1

O membro, o seu prestador de cuidados de saúde ou o seu representante podem apresentar o seu pedido por escrito e enviá-lo por correio ou fax. Também pode solicitar um recurso telefonando-nos.

- Peça no **prazo de 60 dias consecutivos** a contar da data da decisão que é objeto de recurso. Se não cumprir o prazo por uma boa razão, pode ainda assim recorrer.
- Se recorrer, porque lhe dissermos que um serviço que está a receber no momento será alterado ou interrompido, **terá menos dias para recorrer** se quiser continuar a receber esse serviço enquanto o seu recurso estiver em processamento.
- Continue a ler esta secção para saber qual prazo se aplica ao seu recurso.

O termo jurídico para "recurso rápido" é "reconsideração acelerada".



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 (TDD 711), das 8h00 às 20h00, de segunda a sexta-feira; das 8h00 às 12h00 ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Alguém pode apresentar o recurso por mim?

Sim. O seu médico ou outro prestador de cuidados de saúde pode apresentar o recurso por si. Além disso, outra pessoa para além do seu médico ou outro prestador de cuidados de saúde pode apresentar o recurso por si, mas primeiro tem de preencher um formulário de Nomeação de Representante. O formulário autoriza a outra pessoa a agir em seu nome.

Se não recebermos este formulário e alguém estiver a agir em seu nome, o seu pedido de recurso será indeferido. Se isso acontecer, tem o direito de pedir a outra pessoa que reveja o seu despedimento. Enviar-lhe-emos um aviso por escrito a explicar o seu direito de solicitar à Organização de Análise Independente que reveja a nossa decisão de indeferir o seu recurso.

Para obter um formulário de Nomeação de Representante, contacte os Serviços para Membros e peça um, ou visite www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf ou www.nhpri.org/wp-content/uploads/2019/04/2017-INTEGRITY-AOR-Form-CMS1696-1.pdf.

Se o recurso for apresentado por outra pessoa que não o membro, o seu médico ou outro prestador de cuidados de saúde, temos de receber o formulário Nomeação de Representante preenchido antes de podermos analisar o recurso.

De quanto tempo disponho para apresentar um recurso?

Deve solicitar um recurso **no prazo de 60 dias consecutivos** a contar da data da carta que lhe enviámos a comunicar a nossa decisão.

Se falhar este prazo e tiver uma boa razão para isso, podemos dar-lhe mais tempo para apresentar o seu recurso. Exemplos de um bom motivo são: teve uma doença grave ou fornecemos-lhe informações incorretas sobre o prazo para requerer um recurso. Deve explicar o motivo do atraso do seu recurso quando o apresentar.

NOTA: Se recorrer, porque lhe dissemos que um serviço que está a receber no momento será alterado ou interrompido, **terá menos dias para recorrer** se quiser continuar a receber esse serviço enquanto o seu recurso estiver em processamento. Leia "Os meus benefícios continuarão durante os recursos de Nível 1" na página 183 para obter mais informações.

Posso obter uma cópia do meu processo?

Sim. Peça-nos um exemplar gratuito ligando para os Serviços para Membros através do número 1-844-812-6896.

O meu prestador pode fornecer mais informações sobre o meu recurso?

Sim, o membro e o seu prestador de cuidados de saúde podem fornecer-nos mais informações para fundamentar o seu recurso.



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 (TDD 711), das 8h00 às 20h00, de segunda a sexta-feira; das 8h00 às 12h00 ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações,** visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Como será tomada a decisão de recurso?

Analizamos cuidadosamente todas as informações sobre o seu pedido de cobertura de cuidados médicos. Depois, verificamos se estávamos a cumprir todas as regras quando dissemos "**não**" ao seu pedido. O revisor será alguém que não tomou a decisão original.

Se precisarmos de mais informações, podemos pedir-lhas a si ou ao seu prestador de serviços.

Quando é que vou ter conhecimento de uma decisão de recurso "normal"?

Temos de lhe dar a nossa resposta no prazo de 30 dias consecutivos após recebermos o seu recurso (ou no prazo de 7 dias consecutivos após recebermos o seu recurso para um medicamento sujeito a receita médica Medicare Parte B). A nossa decisão será tomada mais cedo se o seu estado de saúde assim o exigir.

- No entanto, se pedir mais tempo ou se precisarmos de recolher mais informações, podemos demorar até mais 14 dias consecutivos. Se decidirmos que precisamos de mais dias para tomar a decisão, enviar-lhe-emos uma carta a explicar por que razão precisamos de mais tempo. Não podemos demorar mais tempo a tomar uma decisão se o seu recurso for para um medicamento sujeito a receita médica Medicare Parte B.
- Se considerar que não deveríamos ter tirado mais dias, pode apresentar uma "queixa rápida" sobre a nossa decisão de tirar mais dias. Quando apresentar uma queixa rápida, dar-lhe-emos uma resposta à sua queixa no prazo de 24 horas. Para mais informações sobre o processo de apresentação de queixas, incluindo queixas rápidas, consulte a Secção J na página 211.
- Se não lhe dermos uma resposta ao seu recurso no prazo de 30 dias consecutivos (ou no prazo de 7 dias consecutivos após termos recebido o seu recurso para um medicamento sujeito a receita médica Medicare Parte B) ou até ao final dos dias extra (se os tivermos), enviaremos automaticamente o seu caso para o Nível 2 do processo de recurso se o seu problema for sobre a cobertura de um serviço ou artigo Medicare. Será notificado quando isso acontecer. Se o seu problema se referir à cobertura de um serviço ou artigo Medicaid, pode apresentar um Recurso de Nível 2. Para mais informações sobre o processo de Recurso de Nível 2, consulte a Secção E4 na página 183.

Se a nossa resposta for "Sim" a parte ou à totalidade do seu pedido, temos de aprovar ou fornecer-lhe o serviço ou artigo logo que o seu estado de saúde o exija, mas o mais tardar 72 horas a partir da data em que recebemos a decisão (ou no prazo de 7 dias consecutivos após termos recebido o seu recurso para um medicamento sujeito a receita médica Medicare Parte B).

Se a resposta for "Não" para parte ou tudo do que solicitou, iremos enviar-lhe uma carta. Se o seu problema for sobre a cobertura de um serviço ou artigo Medicare, a carta dir-lhe-á que enviámos o seu caso para a Entidade de Revisão Independente para um Recurso de Nível 2. Se o seu problema for sobre a cobertura de um serviço ou artigo Medicaid, a carta dir-lhe-á como apresentar um Recurso de Nível 2. Para mais informações sobre o processo de Recurso de Nível 2, consulte a Secção E4 na página 183.



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 (TDD 711), das 8h00 às 20h00, de segunda a sexta-feira; das 8h00 às 12h00 ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Quando é que vou saber de uma decisão de recurso "rápida"?

Se solicitar um recurso rápido, dar-lhe-emos a nossa resposta no prazo de 72 horas após termos recebido o seu recurso. Iremos dar-lhe a nossa decisão mais cedo, se o seu estado de saúde o exigir.

- No entanto, se pedir mais tempo ou se precisarmos de recolher mais informações, podemos demorar até mais 14 dias consecutivos. Se decidirmos demorar alguns dias a mais para tomar a decisão, enviaremos uma carta a explicar qual a razão de precisarmos de mais tempo. Não podemos demorar mais tempo a tomar uma decisão se o seu pedido for para um medicamento sujeito a receita médica Medicare Parte B.
- Se considerar que não deveríamos ter tirado mais dias, pode apresentar uma "queixa rápida" sobre a nossa decisão de tirar mais dias. Quando apresentar uma queixa rápida, dar-lhe-emos uma resposta à sua queixa no prazo de 24 horas. Para mais informações sobre o processo de apresentação de queixas, incluindo queixas rápidas, consulte a Secção J na página 211.
- Se não lhe dermos uma resposta ao seu recurso no prazo de 72 horas ou até ao final dos dias extra (se os tivermos), enviaremos automaticamente o seu caso para o Nível 2 do processo de recurso se o seu problema for sobre a cobertura de um serviço ou item Medicare. Será notificado quando isso acontecer. Se o seu problema se referir à cobertura de um serviço ou artigo Medicaid, pode apresentar um Recurso de Nível 2. Para mais informações sobre o processo de Recurso de Nível 2, consulte a Secção E4 na página 183.

Se a nossa resposta for "Sim" a parte ou à totalidade do seu pedido, temos de autorizar ou fornecer a cobertura logo que o seu estado de saúde o exija, mas o mais tardar 72 horas após a data em que tomarmos a decisão.

Se a resposta for "Não" para parte ou tudo do que solicitou, iremos enviar-lhe uma carta. Se o seu problema for sobre a cobertura de um serviço ou artigo Medicare, a carta dir-lhe-á que enviámos o seu caso para a Entidade de Revisão Independente para um Recurso de Nível 2. Se o seu problema for sobre a cobertura de um serviço ou artigo Medicaid, a carta dir-lhe-á como apresentar um Recurso de Nível 2. Para mais informações sobre o processo de Recurso de Nível 2, consulte a Secção E4 na página 183.

As minhas prestações continuarão durante os recursos de Nível 1?

Se decidirmos alterar ou suspender a cobertura de um serviço previamente aprovado, enviar-lhe-emos um aviso antes de tomarmos essa medida. Se não concordar com a ação, pode apresentar um Recurso de Nível 1 e solicitar a continuação dos seus benefícios para o serviço. Para poder continuar a receber as suas prestações, **deve apresentar o pedido até ao último dos seguintes prazos:**

- No prazo de 10 dias a contar da data de envio da nossa notificação de ação; **ou**
- A data prevista para a produção de efeitos da ação.



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 (TDD 711), das 8h00 às 20h00, de segunda a sexta-feira; das 8h00 às 12h00 ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Se cumprir este prazo, pode continuar a receber o serviço contestado enquanto o seu recurso está a ser processado. Se os seus benefícios forem mantidos e o resultado final do recurso confirmar a nossa ação, podemos recuperar o custo dos serviços que lhe foram prestados enquanto o recurso estava pendente.

E4. Recursos de Nível 2 por serviços, produtos e medicamentos (exceto medicamentos da Parte D)

Se o plano disser Não no Nível 1, o que acontece a seguir?

Se dissermos **Não** para parte ou a totalidade do seu recurso de Nível 1, iremos enviar-lhe uma carta. Esta carta irá dizer-lhe se o serviço ou produto for coberto normalmente pelo Medicare e/ou Medicaid.

- Se o seu problema for sobre um serviço ou produto do Medicare, receberá automaticamente um Recurso de Nível 2 com uma Entidade de Revisão Independente (IRE), assim que o Recurso de Nível 1 estiver completo.
- Se o seu problema se referir a um serviço ou artigo Medicaid, pode apresentar um Recurso de Nível 2 junto do Gabinete de Audição Justa do Estado EOHHS (Gabinete Executivo de Saúde e Serviços Humanos). Em muitos casos, também pode solicitar uma Revisão Externa RI. Se puder solicitar uma Revisão Externa RI, a carta que enviámos com a nossa decisão de Recurso de Nível 1 irá explicar como fazer isso. Se não tiver a certeza se pode solicitar uma Revisão Externa RI, entre em contacto através do número 1-844-812-6896 e TDD 711. As informações também estão indicadas abaixo. A Audiência Justa do Estado e as Revisões Externas RI são realizadas por organizações independentes que não fazem parte do plano.
- Se o seu problema for sobre um serviço ou produto que poderia ser coberto pelo Medicare e Medicaid, receberá automaticamente um Recurso de Nível 2 com a IRE. Pode também solicitar um Recurso de Nível 2 ao escritório de Audiência Justa do Estado e/ou à organização de Revisão Externa RI. A carta que lhe enviamos com a decisão do Recurso de Nível 1 indica-lhe como o pode fazer. As informações também estão indicadas abaixo.

O que é um Recurso de Nível 2?

Um Recurso de Nível 2 é o segundo recurso, que é feito por uma organização independente que não está relacionada com o plano. Se o seu problema for sobre um serviço ou produto do **Medicare**, o Recurso de Nível 2 é feito por uma organização independente que é chamada de Entidade de Revisão Independente (IRE). A IRE é uma organização independente contratada pela Medicare. Não se trata de uma agência governamental. A Medicare supervisiona o seu trabalho. Se o seu problema for sobre um serviço ou artigo **Medicaid**, pode pedir um Recurso de Nível 2 ao Gabinete de Audição Justa do Estado EOHHS e/ou à organização de Revisão Externa RI.

O meu problema tem a ver com um serviço ou artigo da Medicaid. Como posso apresentar um Recurso de Nível 2?



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 (TDD 711), das 8h00 às 20h00, de segunda a sexta-feira; das 8h00 às 12h00 ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Um Recurso de Nível 2 para um serviço ou artigo Medicaid é o segundo recurso que é efetuado por uma Audiência Justa do Estado ou por uma organização de Revisão Externa RI. Pode apresentar um ou ambos os recursos de Nível 2 no prazo de **120 dias consecutivos** a contar da data de envio da nossa decisão de Nível 1. Quando a revisão do Nível 2 estiver concluída, receberá uma decisão por escrito.

Se não cumprir este prazo e tiver um bom motivo para o fazer, o EOHHS ou a organização de Revisão Externa RI podem dar-lhe mais tempo para apresentar o seu recurso. Exemplos de um bom motivo são: teve uma doença grave ou fornecemos-lhe informações incorretas sobre o prazo para requerer um recurso.

NOTA: Se mantivemos os seus benefícios para o serviço contestado enquanto o seu Recurso de Nível 1 estava a ser processado, **tem menos dias para recorrer**. Se pretender continuar a receber esse serviço durante o Recurso de Nível 2, leia "Os meus benefícios continuarão durante os Recursos de Nível 2" na página 187 para obter mais informações.

Como posso apresentar um Recurso de Nível 2: Audiência Justa do Estado EOHHS?

Para iniciar o seu Recurso de Nível 2, o membro, o seu médico ou outro prestador de cuidados de saúde, ou o seu representante, deve preencher um formulário para solicitar uma audiência no prazo de 120 dias a contar da data de envio da nossa decisão de Nível 1.

O formulário pode ser solicitado por si ou pelo seu representante:

- Ligando para o Gabinete de Recursos do Gabinete Executivo de Saúde e Serviços Humanos (EOHHS) através do número (401) 462-2132 (TDD 711).
- Enviando o seu pedido por correio eletrónico para OHHS.AppealsOffice@ohhs.ri.gov.
- Enviando o seu pedido por fax através do (401) 462-0458.
- Pode também ligar para o Provedor dos Cuidados de Saúde RIPIN através do número 1-855-747-3224 (TDD 711) para obter assistência.

O formulário de Audiência Justa do Estado pode ser enviado por correio, por fax ou por correio eletrónico.

Também pode pedir uma Audiência Justa do Estado Acelerada (rápida) no formulário.

Pode enviar um pedido de recurso para o seguinte endereço:

EOHHS Appeals Office, Virks Building, 3 West Rd., Cranston, RI 02920

O escritório de Audiência Justa do Estado agendará uma audiência. Irão enviar-lhe um aviso com a data, hora e o local da audiência, o mais tardar, 15 dias antes da data da audiência.



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 (TDD 711), das 8h00 às 20h00, de segunda a sexta-feira; das 8h00 às 12h00 ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Como posso apresentar um Recurso de Nível 2: Revisão Externa RI?

Pode solicitar uma Revisão Externa RI, contactando-nos através do número 1-844-812-6896 e TDD 711 no prazo de quatro (4) meses a contar da data de envio da nossa decisão de Nível 1.

Encaminharemos as informações de recurso à organização de Revisão Externa RI dentro de cinco dias úteis após a receção da sua solicitação para uma Revisão Externa de RI. Receberá uma decisão por escrito da organização de Revisão Externa RI no prazo de 10 dias úteis após a receção de todas as informações necessárias para analisar o seu caso, mas o mais tardar 45 dias após a receção do pedido.

Alguns recursos recusados não são elegíveis para uma Revisão Externa RI. Se não tiver a certeza se pode solicitar uma Revisão Externa RI, entre em contacto através do número 1-844-812-6896 e TDD 711. Podemos ajudá-lo a descobrir se uma Revisão Externa RI está disponível para a sua situação.

O meu problema é sobre um serviço ou produto do Medicare. Como posso apresentar um Recurso de Nível 2?

Uma Entidade de Revisão Independente (IRE) analisará cuidadosamente a decisão de Nível 1 e decidirá se deverá ser alterada.

- Não precisa solicitar o Recurso de Nível 2. Enviaremos automaticamente quaisquer recusas (totais ou parciais) para o IRE. Será notificado quando isso acontecer.
- A IRE é contratada pelo Medicare e não tem ligação com este plano.
- Pode solicitar uma cópia do seu ficheiro ligando para os Serviços para Membros através do número 1-844-812-6896.

A IRE deve dar uma resposta ao seu Recurso de Nível 2 dentro de 30 dias consecutivos a partir do momento em que recebe seu recurso (ou dentro de 7 dias consecutivos após a receção do seu recurso por um medicamento prescrito pelo Medicare Parte B). Esta regra aplica-se se enviar o seu recurso antes de obter serviços ou produtos médicos.

- No entanto, se a IRE precisar de recolher mais informações que o possam beneficiar, pode demorar até mais 14 dias consecutivos. Se a IRE precisar de mais dias para tomar uma decisão, irá avisá-lo por carta. A IRE não pode demorar mais para tomar uma decisão se o seu recurso for para um medicamento prescrito do Medicare Parte B.

Se teve um "recurso rápido" no Nível 1, terá automaticamente um recurso rápido no Nível 2. A IRE deve dar-lhe uma resposta dentro de 72 horas a partir do momento que obtém o seu recurso.

- No entanto, se a IRE precisar de recolher mais informações que o possam beneficiar, pode demorar até mais 14 dias consecutivos. Se a IRE precisar de mais dias para tomar uma decisão, irá avisá-lo por carta. A IRE não pode demorar mais para tomar uma decisão se o seu recurso for para um medicamento prescrito do Medicare Parte B.



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 (TDD 711), das 8h00 às 20h00, de segunda a sexta-feira; das 8h00 às 12h00 ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

E se o meu serviço ou artigo puder ser coberto tanto pelo Medicare como pelo Medicaid?

Se o seu problema for sobre um serviço ou produto que possa ser coberto pelo Medicare e pelo Medicaid, iremos enviar automaticamente o seu Recurso de Nível 2 para a Entidade de Revisão Independente (IRE). A IRE irá tomar uma decisão sobre se o Medicare deve cobrir o serviço ou produto. Também pode apresentar um Recurso de Nível 2 ao EOHHS para uma Audiência Justa do Estado ou à organização de Revisão Externa RI. Siga as instruções da página 185.

As minhas prestações continuarão durante os recursos de Nível 2?

Se o seu problema for sobre um serviço coberto apenas pelo Medicare, os seus benefícios para este serviço **não** continuarão durante o processo de recursos de Nível 2 com a Entidade de Revisão Independente.

Se o seu problema for sobre um serviço coberto pelo Medicaid ou um serviço que pode ser coberto pelo Medicare e pelo Medicaid, os seus benefícios para esse serviço continuarão se:

- O segurado reunia as condições para a continuação das prestações durante o seu Recurso de Nível 1;
- Apresenta o seu Recurso de nível 2 e solicita a continuação dos seus benefícios **no prazo de 10 dias** a contar da data de envio da nossa decisão de Nível 1. Pode pedir-nos para continuar os seus benefícios, ligando-nos para o número 1-844-812-6896 ou enviando uma solicitação por escrito para o Plano de Saúde Neighborhood de Rhode Island, Ao cuidado de: Grievance and Appeals Coordinator, 910 Douglas Pike, Smithfield RI 02917 ou por fax para: 1-401-709-7005.

Se cumprir estes requisitos, poderá continuar a receber o serviço contestado enquanto o recurso estiver a ser processado. Se os seus benefícios forem mantidos e o resultado final do recurso confirmar a nossa ação, podemos recuperar o custo dos serviços que lhe foram prestados enquanto o recurso estava pendente.

Quando é que fico a saber da decisão?

Receberá uma carta a explicar a decisão da Audiência Justa do Estado dentro de 90 dias a partir da data em que solicitou a audiência. Receberá uma carta a explicar a decisão de uma Revisão Externa RI no prazo de 10 dias após a receção de todas as informações necessárias para analisar o seu caso, mas o mais tardar 45 dias após a receção do recurso. Se se qualificar para uma Audiência Justa do Estado Acelerada, o EOHHS deve dar-lhe uma resposta no prazo de 72 horas. Se for elegível para uma Revisão Externa RI acelerada, receberá uma resposta em 48 horas. No entanto, se o EOHHS ou a organização de Revisão Externa RI precisar de recolher mais informações que poderem ajudá-lo, poderá levar até mais 14 dias consecutivos.



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 (TDD 711), das 8h00 às 20h00, de segunda a sexta-feira; das 8h00 às 12h00 ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

- Se a decisão do recurso for **Sim** a parte ou à totalidade do que solicitou no seu recurso normal, temos de aprovar ou fornecer-lhe o serviço ou item logo que o seu estado de saúde o exija, mas o mais tardar 72 horas após a data em que recebemos a decisão.
- Se a decisão do recurso for **Não** a parte ou à totalidade do que pediu, isso significa que o EOHHS ou a organização de Revisão Externa RI confirmou a decisão de Nível 1. A isto chama-se "manter a decisão". Também se chama "recusar o recurso".

Se o seu Recurso de Nível 2 for à Entidade de Revisão Independente (IRE), esta irá enviar-lhe uma carta a explicar a sua decisão.

- Se o IRE disser "**Sim**" a parte ou à totalidade do que solicitou no seu recurso normal, temos de autorizar a cobertura de cuidados médicos logo que o seu estado de saúde o exija, mas o mais tardar 72 horas após a data em que recebemos a decisão. Se tiver um recurso rápido, devermos autorizar a cobertura de cuidados médicos ou fornecer o serviço ou produto dentro de 72 horas a partir da data em que recebermos a decisão da IRE.
- Se o IRE disser "**Sim**" a parte ou à totalidade do que pediu no seu recurso normal para um medicamento sujeito a receita médica da Parte B da Medicare, temos de autorizar ou fornecer o medicamento sujeito a receita médica da Parte B da Medicare no prazo de 72 horas após recebermos a decisão da IRE. Se teve um recurso rápido, precisamos autorizar ou fornecer o medicamento prescrito do Medicare Parte B dentro de 24 horas a partir da data em que recebermos a decisão da IRE.
- Se a resposta da IRE for **Não** para parte ou tudo o que solicitou, significa que concorda com a decisão de Nível 1. A isto chama-se "manter a decisão". Também se chama "recusar o recurso".

E se o Gabinete de Audição Justa do Estado EOHHS e/ou a organização de Revisão Externa RI e a Entidade de Revisão Independente ambas analisarem o Recurso de Nível 2 e tomarem decisões diferentes?

Se o Gabinete de Audição Justa do Estado EOHHS, a organização de Revisão Externa RI ou a Entidade de Revisão Independente decidir **Sim** para a totalidade ou parte do que pediu, dar-lhe-emos o serviço ou item aprovado que mais se aproxima do que pediu no seu recurso.

Se a decisão for negativa para a totalidade ou parte do que pedi, posso interpor outro recurso?

Sim, em alguns casos.

Se o seu Recurso de Nível 2 for direcionado para o Gabinete de Audição Justa do Estado EOHHS e/ou a organização de Revisão Externa RI e a resposta for não a parte ou à totalidade do seu Recurso de Nível 2, para um serviço do Medicaid, produto ou medicamentos, poderá apresentar um Recurso de Nível 3. Enviar-lhe-emos uma carta que lhe indicará como o fazer. O Nível 3 do processo de recurso



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 (TDD 711), das 8h00 às 20h00, de segunda a sexta-feira; das 8h00 às 12h00 ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

para um serviço, artigo ou medicamento Medicaid é no Tribunal do Estado. Consulte a secção I2 na página 211 para mais informações.

Se o seu Recurso de Nível 2 foi para a Entidade de Revisão Independente (IRE), pode recorrer novamente apenas se o valor em dólares do serviço ou produto que deseja, atingir um determinado valor mínimo. A carta que recebe do IRE explica-lhe os direitos de recurso adicionais que poderá ter. Consulte a Secção I1 na página 213 para mais informações.

E5. Problemas de pagamento

Não permitimos que os nossos prestadores de serviços da rede faturem serviços e artigos cobertos. Isto aplica-se mesmo que paguemos ao prestador menos do que este cobra por um serviço ou artigo coberto. Nunca é obrigado a pagar o saldo de uma fatura. A única exceção a isto é se estiver a receber serviços e apoios a longo prazo e o Rhode Island Medicaid disser que tem de pagar parte do custo destes serviços. A isto chama-se "comparticipação nos custos" e o montante é determinado pelo Rhode Island Medicaid. Se estiver a receber serviços e apoios a longo prazo, também pode ter de pagar parte do custo dos serviços. Esse montante é determinado pelo Rhode Island Medicaid. A isto chama-se "comparticipação nos custos" e o montante é determinado pelo Rhode Island Medicaid.

Se receber uma fatura relativa a serviços e artigos cobertos, envie-nos a fatura. **Não deve pagar a fatura sozinho.** Contactaremos diretamente o prestador e resolveremos o problema.

Para mais informações, comece por ler o Capítulo 7: "Quando um prestador da rede lhe envia uma fatura." O capítulo 7, secção A descreve as situações em que pode ter de pedir um reembolso ou pagar uma fatura que recebeu de um prestador de serviços. Também indica como nos enviar a documentação que nos pede o pagamento.

Posso pedir-vos que me reembolsem por um serviço ou artigo que paguei?

Lembre-se de que, se receber uma fatura relativa a serviços e artigos cobertos, não deve pagar a fatura sozinho. Mas se pagar a fatura, pode obter um reembolso se tiver seguido as regras para obter serviços e artigos. O único montante que tem de pagar é a sua parte do custo dos serviços e apoios a longo prazo. A isto chama-se "comparticipação nos custos" e o montante é determinado pelo Rhode Island Medicaid.

Se está a pedir o reembolso, está a pedir uma decisão de cobertura. Iremos ver se o serviço ou produto que pagou é um serviço ou produto coberto e verificaremos se seguiu todas as regras para utilizar a sua cobertura.

- Se o serviço ou produto pelo qual pagou estiver coberto e seguir todas as regras, enviaremos o pagamento pelo serviço ou produto dentro de 60 dias consecutivos após recebermos o seu pedido. Se ainda não pagou pelo serviço ou produto, enviaremos o pagamento diretamente ao prestador. Quando enviamos o pagamento, é o mesmo que dizer **Sim** ao seu pedido de uma decisão de cobertura.



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 (TDD 711), das 8h00 às 20h00, de segunda a sexta-feira; das 8h00 às 12h00 ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

- Se o serviço ou produto não for coberto, ou se não seguiu todas as regras, enviaremos uma carta a informar que não pagaremos pelo serviço ou produto e explicamos o motivo.

E se dissermos que não vamos pagar?

Se não concordar com a nossa decisão, **pode interpor recurso**. Siga o processo de recurso descrito na secção E3 na página 171. Ao seguir estas instruções, tenha em atenção:

- Se apresentar um recurso para reembolso, temos de lhe dar a nossa resposta no prazo de 60 dias consecutivos após a receção do seu recurso.
- Se nos pedir o reembolso de um serviço ou artigo que já recebeu e pagou, não pode pedir um recurso rápido.

Se respondermos **Não** ao seu recurso e o serviço ou artigo estiver normalmente coberto pelo Medicare, enviaremos automaticamente o seu caso para a Entidade de Revisão Independente (IRE). Se tal acontecer, informá-lo-emos por carta.

- Se a IRE reverter a nossa decisão e disser que devemos pagar-lhe, devemos enviar o pagamento a si ou ao prestador dentro de 30 dias consecutivos. Se a resposta ao recurso for **Sim** em qualquer estágio do processo de recurso após o Nível 2, devemos enviar o pagamento que solicitou a si ou ao prestador dentro de 60 dias consecutivos.
- Se a IRE disser **Não** ao seu recurso, significa que concorda com a nossa decisão de não aprovar o seu pedido. (A isto chama-se "manter a decisão". Também se chama "recusar o seu recurso"). A carta que receber explicará os direitos de recurso adicionais que poderá ter. Só pode recorrer novamente se o valor em dólares do serviço ou artigo que pretende atingir um determinado montante mínimo. Consulte a Secção I na página 213 para obter mais informações sobre outros níveis de recurso.

Se respondermos **Não** ao seu recurso e o serviço ou artigo estiver normalmente coberto pelo Medicaid, pode apresentar um Recurso de Nível 2 (consulte a Secção E4 na página 183).



F. Medicamentos da Parte D

F1. O que fazer se tiver problemas em obter um medicamento da Parte D ou se quiser que o reembolsemos por um medicamento da Parte D

Os seus benefícios como membro do nosso plano incluem a cobertura de muitos medicamentos sujeitos a receita médica. A maioria destes medicamentos são "medicamentos da Parte D". Existem alguns medicamentos que o Medicare Parte D não cobre, mas que o Medicaid pode cobrir. **Esta secção aplica-se apenas aos recursos de medicamentos da Parte D.**

A Lista de Medicamentos inclui alguns medicamentos com um "DP". Estes medicamentos **não** são medicamentos da Parte D. Os recursos ou decisões de cobertura sobre medicamentos com o símbolo "DP" seguem o processo indicado na Secção E na página 169.

Posso pedir uma decisão de cobertura ou apresentar um recurso sobre os medicamentos sujeitos a receita médica da Parte D?

Sim. Eis alguns exemplos de decisões de cobertura que nos pode pedir para tomarmos relativamente aos seus medicamentos da Parte D:

- O utilizador pede-nos para abrir uma exceção, por exemplo:
 - Pedir-nos para cobrir um medicamento da Parte D que não esteja na Lista de Medicamentos do plano
 - Pedir-nos para renunciar a uma restrição na cobertura do plano para um medicamento (por exemplo, limites na quantidade do medicamento que pode obter)
- Se nos perguntar se um medicamento está coberto para si (por exemplo, quando o seu medicamento está na Lista de Medicamentos do plano, mas exigimos que obtenha a nossa autorização antes de o cobrirmos para si).

NOTA: Se a sua farmácia lhe disser que a sua receita não pode ser aviada, receberá um aviso a explicar como nos pode contactar para solicitar uma decisão de cobertura.

- Pedir-nos para pagar um medicamento de prescrição que já comprou. Isto é uma solicitação de uma decisão de cobertura sobre um pagamento.

O termo jurídico para uma decisão de cobertura sobre os seus medicamentos da Parte D é "**determinação de cobertura**".

Se não concordar com uma decisão de cobertura que tomámos, poderá recorrer da nossa decisão. Esta secção indica como solicitar uma cobertura de decisões e como solicitar um recurso.

Use a tabela abaixo para ajudá-lo a decidir qual secção tem informações para a sua situação:



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 (TDD 711), das 8h00 às 20h00, de segunda a sexta-feira; das 8h00 às 12h00 ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Em qual destas situações se encontra?

Necessita de um medicamento que não consta da nossa Lista de Medicamentos ou necessita que renunciemos a uma regra ou restrição relativa a um medicamento que cobrimos?	Pretende que cubramos um medicamento da nossa Lista de Medicamentos e considera que cumpre todas as regras ou restrições do plano (como obter aprovação prévia) para o medicamento de que necessita?	Quer pedir-nos para reembolsá-lo por um medicamento que já recebeu e pagou?	Já lhe dissemos que não iremos cobrir ou pagar um medicamento da forma que pretende que seja coberto ou pago?
Pode pedir-nos para abrir uma exceção. (Este é um tipo de decisão de cobertura).	Pode pedir-nos uma decisão de cobertura.	Pode pedir-nos que o reembolsemos. (Este é um tipo de decisão de cobertura).	Pode apresentar um recurso. (Isto significa que nos está a pedir para reconsiderar).
Comece pela secção F2 na página 192. Consulte também as secções F3 e F4 nas páginas 193 e 194.	Avance para a secção F4 na página 194.	Avance para a secção F4 na página 194.	Avance para a secção F5 na página 194.

F2. O que é uma exceção

Uma exceção é a autorização para obter cobertura para um medicamento que normalmente não consta da nossa Lista de Medicamentos ou para utilizar o medicamento sem determinadas regras e limitações. Se um medicamento não constar da nossa Lista de Medicamentos ou não estiver coberto da forma que gostaria, pode pedir-nos para abrir uma "exceção".

Quando solicita uma exceção, o seu médico ou outro profissional de saúde terá de explicar as razões médicas pelas quais necessita da exceção.

Eis alguns exemplos de exceções que o membro, o seu médico ou outro profissional de saúde nos pode pedir para abrir:



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 (TDD 711), das 8h00 às 20h00, de segunda a sexta-feira; das 8h00 às 12h00 ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

1. Cobertura de um medicamento da Parte D que não se encontra na nossa Lista de Medicamentos.
2. Remover uma restrição à nossa cobertura. Há mais regras ou restrições que se aplicam a certos medicamentos na nossa Lista de Medicamentos (para ter mais informações, consulte o Capítulo 5, a Secção C).
 - As regras e restrições extras sobre a cobertura de certos medicamentos incluem:
 - Requerer o uso da versão genérica de um medicamento em vez do medicamento de marca.
 - Obter a autorização do plano antes de concordarmos em cobrir o medicamento para si. (Isto, às vezes, é chamado de "autorização prévia" (PA).)
 - Ser obrigado a experimentar primeiro um medicamento diferente antes de concordarmos em cobrir o medicamento que está a pedir. (Isto, às vezes, é chamado de "terapia por etapas".)
 - Limites de quantidade: Para alguns medicamentos, nós limitamos a quantidade que pode ter.

O termo jurídico para pedir a eliminação de uma restrição à cobertura de um medicamento é por vezes designado por pedido de **"exceção ao formulário"**.

F3. Informações importantes a saber sobre como solicitar exceções

O seu médico ou outro prestador deve informar-nos as razões médicas

O seu médico ou outro prestador deve fornecer-nos uma declaração a explicar as razões médicas para solicitar uma exceção. A nossa decisão sobre a exceção será mais rápida se incluir esta informação do seu médico ou outro prestador quando pedir a exceção.

Normalmente, a nossa Lista de Medicamentos inclui mais de uma medicação para tratar uma determinada condição. São os chamados medicamentos "alternativos". Se um medicamento alternativo for tão eficaz como o medicamento que está a pedir e não causaria efeitos secundários ou outros problemas de saúde, normalmente não aprovaremos a sua solicitação para uma exceção.

Responderemos sim ou não ao seu pedido de exceção

- Se dissermos **Sim** ao seu pedido para uma exceção, a exceção geralmente permanecerá até o final do ano civil. Isto permanece, enquanto o seu prestador continuar a prescrever o medicamento para si e esse medicamento continuar a ser seguro e eficaz para o tratamento da sua condição.



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 (TDD 711), das 8h00 às 20h00, de segunda a sexta-feira; das 8h00 às 12h00 ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

- Se dissermos **Não** ao seu pedido para uma exceção, poderá pedir uma revisão da nossa decisão apresentando um recurso. A secção F5 na página 194 indica como apresentar um recurso se dissermos **Não**.

A secção seguinte indica-lhe como solicitar uma decisão de cobertura, incluindo uma exceção.

F4. Como solicitar uma decisão de cobertura sobre um medicamento da Parte D ou o reembolso de um medicamento da Parte D, incluindo uma exceção

O que fazer

- Peça o tipo de decisão de cobertura que pretende. Telefone, escreva ou envie-nos um fax para fazer o seu pedido. Pode contactar-nos através do número 1-844-812-6896. Inclua o seu nome, informações de contacto e informações sobre o pedido.
- O membro, o seu médico (ou outro profissional de saúde) ou outra pessoa que atue em seu nome pode solicitar uma decisão de cobertura. Pode também recorrer a um advogado para atuar em seu nome.
- Leia a Secção D2 na página 172 para saber como dar autorização a outra pessoa para agir como seu representante.
- Não é necessário dar autorização escrita ao seu médico ou a outro profissional de saúde para nos pedir uma decisão de cobertura em seu nome.
- Se quiser pedir-nos o reembolso de um medicamento, leia o Capítulo 7, Secção A deste manual. O Capítulo 7 descreve os casos em que pode ser necessário pedir um reembolso. Também indica como nos enviar a documentação que nos pede para lhe pagar a nossa parte do custo de um medicamento que pagou.
- Se estiver a pedir uma exceção, forneça a "declaração de apoio". O seu médico ou outro profissional de saúde deve indicar-nos as razões médicas para a exceção do medicamento. Chamamos-lhe "declaração de apoio".

Em resumo: Como solicitar uma decisão de cobertura sobre um medicamento ou pagamento

Ligue, escreva ou envie-nos um fax ou peça ao seu representante, médico ou outro prescritor. Dar-lhe-emos uma resposta sobre uma decisão de cobertura normal no prazo de 72 horas. Dar-lhe-emos uma resposta sobre o reembolso de um medicamento da Parte D que já pagou no prazo de 14 dias consecutivos.

- Se estiver a pedir uma exceção, inclua a declaração de apoio do seu médico ou outro prescritor.
- O membro, o seu médico ou outro prescritor pode pedir uma decisão rápida. (As decisões rápidas geralmente ocorrem em 24 horas).
- Leia esta secção para se certificar de que tem direito a uma decisão rápida! Leia também para obter informações sobre os prazos de decisão.



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 (TDD 711), das 8h00 às 20h00, de segunda a sexta-feira; das 8h00 às 12h00 ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

- O seu médico ou outro profissional de saúde pode enviar-nos a declaração por fax ou correio. Ou o seu médico ou outro prescritor pode ligar-nos e depois enviar por fax ou correio uma declaração.

Se o seu estado de saúde o exigir, peça-nos para lhe darmos uma "decisão de cobertura rápida"

Utilizaremos os "prazos normais", exceto se tivermos acordado em utilizar os "prazos rápidos".

- Uma **decisão de cobertura normal** significa que iremos dar-lhe uma **resposta dentro de 72 horas** após recebermos a declaração do seu prestador.
- Uma **decisão de cobertura rápida** significa que iremos dar-lhe uma **resposta dentro de 24 horas** após recebermos a declaração do seu prestador.

O termo jurídico para uma "decisão de cobertura rápida" é "determinação de cobertura acelerada".

Pode receber uma decisão de cobertura rápida **apenas se estiver a solicitar um medicamento que ainda não recebeu**. (Não pode receber uma decisão de cobertura rápida se estiver a pedir-nos para pagar um medicamento que já comprou.)

Pode receber uma decisão de cobertura rápida **apenas se o uso do prazo normal causar sérios danos à sua saúde ou prejudicar a sua capacidade de funcionar**.

Se o seu médico ou outro prescritor nos disser que sua saúde exige uma "decisão de cobertura rápida", concordaremos automaticamente em dar-lhe uma decisão de cobertura rápida e a carta irá dizer-lhe isso.

- Se pedir uma decisão de cobertura rápida por conta própria (sem o apoio do seu médico ou de outro prescritor), decidiremos se terá uma decisão de cobertura rápida.
- Se decidirmos que sua condição médica não cumpre os requisitos para uma decisão de cobertura rápida, utilizaremos os prazos padrões.
 - Enviar-lhe-emos uma carta a informá-lo desse facto. A carta irá dizer-lhe como apresentar uma queixa sobre a nossa decisão de dar uma decisão normal.
 - Pode registar uma "queixa rápida" e receber uma resposta à sua queixa dentro de 24 horas. Para mais informações sobre o processo de apresentação de queixas, incluindo queixas rápidas, consulte a Secção J na página 211.



Prazos para uma "decisão de cobertura rápida"

- Se estivermos a utilizar os prazos rápidos, devemos dar-lhe a nossa resposta dentro de 24 horas. Isto quer dizer dentro de 24 horas depois de recebermos a sua solicitação. Ou, se estiver a solicitar uma exceção, 24 horas depois de recebermos a declaração do seu médico ou do seu prescritor apoiando a sua solicitação. Dar-lhe-emos a nossa resposta mais cedo se a sua saúde o exigir.
- Se não cumprirmos esse prazo, enviaremos seu pedido ao Nível 2 do processo de recursos. No Nível 2, uma Entidade de Revisão Independente analisará o seu pedido.
- **Se a nossa resposta for Sim** para parte ou a totalidade do que solicitou, devemos dar-lhe a cobertura dentro de 24 horas após recebermos o seu pedido ou a declaração do seu médico ou do seu prescritor que apoie o seu pedido.
- **Se a nossa resposta for Não** para parte ou a totalidade do que solicitou, iremos enviar-lhe uma carta a explicar o motivo de termos dito **Não**. A carta também explicará como pode recorrer da nossa decisão.

Prazos para uma "decisão de cobertura normal" sobre um medicamento que ainda não recebeu

- Se estivermos a utilizar os prazos normais, devemos dar a nossa resposta no prazo de 72 horas após a receção do seu pedido. Ou, se estiver a pedir uma exceção, isto significa no prazo de 72 horas após termos recebido a declaração de apoio do seu médico ou prescritor. Dar-lhe-emos a nossa resposta mais cedo se a sua saúde o exigir.
- Se não cumprirmos esse prazo, enviaremos o seu pedido para o Nível 2 do processo de recursos. No Nível 2, uma Entidade de Revisão Independente analisará o seu pedido.
- **Se a nossa resposta for "Sim"** a parte ou à totalidade do seu pedido, temos de aprovar ou conceder a cobertura no prazo de 72 horas após termos recebido o seu pedido ou, se estiver a pedir uma exceção, a declaração de apoio do seu médico ou prescritor.
- **Se a nossa resposta for Não** para parte ou a totalidade do que solicitou, iremos enviar-lhe uma carta a explicar o motivo de termos dito **Não**. A carta também explicará como pode recorrer da nossa decisão.

Prazos para uma "decisão de cobertura normal" sobre o pagamento de um medicamento que já comprou

- Devemos dar-lhe a nossa resposta dentro de 14 dias consecutivos após ter recebido o seu pedido.
- Se não cumprirmos esse prazo, enviaremos seu pedido ao Nível 2 do processo de recursos. No Nível 2, uma Entidade de Revisão Independente analisará o seu pedido.



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 (TDD 711), das 8h00 às 20h00, de segunda a sexta-feira; das 8h00 às 12h00 ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

- **Se a resposta for Sim** para parte ou a totalidade do que solicitou, iremos fazer-lhe um pagamento dentro de 14 dias consecutivos.
- **Se a nossa resposta for Não** para parte ou a totalidade do que solicitou, iremos enviar-lhe uma carta a explicar o motivo de termos dito **Não**. A carta também explicará como pode recorrer da nossa decisão.

F5. Recurso de Nível 1 para medicamentos da Parte D

- Para iniciar o seu recurso, o membro, o seu médico ou outro profissional de saúde, ou o seu representante, deve contactar-nos. Inclua o seu nome, dados de contacto e informações sobre o seu pedido.
- Se o seu pedido for um recurso normal, pode apresentá-lo enviando um pedido por escrito. Também pode solicitar um recurso ligando para o número 1-844-812-6896.
- Se pretender um recurso rápido, pode apresentá-lo por escrito ou telefonar-nos.
- Faça a sua solicitação de recurso **dentro de 60 dias consecutivos** a partir da data do aviso onde o informaremos da nossa decisão. Se falhar este prazo e tiver uma boa razão para isso, podemos dar-lhe mais tempo para apresentar o seu recurso. Por exemplo, uma boa razão para não cumprir o prazo seria se tivesse uma doença grave que o impedisse de nos contactar ou se lhe tivéssemos dado informações incorretas ou incompletas sobre o prazo para requerer um recurso.
- Tem o direito de nos pedir uma cópia das informações sobre o seu recurso. Para pedir uma cópia, contacte os Serviços para Membros através do número 1-844-812-6896.

Em resumo: Como apresentar um Recurso de Nível 1

O membro, o seu médico ou prescriptor, ou o seu representante pode apresentar o seu pedido por escrito e enviá-lo por correio ou fax. *Também pode solicitar um recurso telefonando-nos.*

- Peça no **prazo de 60 dias consecutivos** a contar da data da decisão que é objeto de recurso. Se não cumprir o prazo por uma boa razão, pode ainda assim recorrer.
- O membro, o seu médico, o seu prescriptor ou o seu representante podem contactar-nos para solicitar um recurso rápido.
- Leia esta secção para se certificar de que tem direito a uma decisão rápida! Leia também para obter informações sobre os prazos de decisão.

O termo jurídico para um recurso ao plano sobre uma decisão de cobertura de medicamentos da Parte D é "**redeterminação**."



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 (TDD 711), das 8h00 às 20h00, de segunda a sexta-feira; das 8h00 às 12h00 ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Se desejar, o membro e o seu médico ou outro profissional de saúde podem fornecer-nos informações adicionais para apoiar o seu recurso.

Se a sua saúde o exigir, peça um "recurso rápido"

- Se estiver a recorrer de uma decisão que o nosso plano tomou sobre um medicamento que ainda não recebeu, você e o seu médico ou outro profissional de saúde terão de decidir se precisa de um "recurso rápido".
- Os requisitos para obter um "recurso rápido" são os mesmos que para obter uma "decisão de cobertura rápida" na Secção F4 na página 194.

O termo jurídico para "recurso rápido" é "reconsideração acelerada".

O nosso plano analisará o seu recurso e irá dar-lhe a nossa decisão

- Analisamos cuidadosamente todas as informações sobre a sua solicitação de cobertura. Verificamos se seguimos todas as regras quando dissermos **Não** ao seu pedido. Poderemos entrar em contacto consigo, com o seu médico ou outro prescritor para obter mais informações. O avaliador será alguém que não tomou a decisão de cobertura original.

Prazos para um "recurso rápido"

- Se estivermos a utilizar os prazos rápidos, iremos dar-lhe a nossa resposta dentro de 72 horas após recebermos o seu recurso ou antes, se a sua saúde o exigir.
- Se não dermos uma resposta dentro de 72 horas, enviaremos a sua solicitação para o Nível 2 do processo de recurso. No Nível 2, uma Entidade de Revisão Independente analisará o seu pedido.
- **Se a nossa resposta for Sim** para parte ou a totalidade do que solicitou, devemos dar-lhe a cobertura dentro de 72 horas após recebermos o seu pedido
- **Se a nossa resposta for Não** para parte ou a totalidade do que solicitou, iremos enviar-lhe uma carta a explicar o motivo de termos dito **Não**.

Prazos para um "recurso normal"

- Se utilizarmos os prazos normais, temos de lhe dar a nossa resposta no prazo de 7 dias consecutivos após a receção do seu recurso, ou mais cedo se o seu estado de saúde o exigir, exceto se nos pedir o reembolso de um medicamento que já comprou. Se estiver a pedir-nos o reembolso de uma medicação que já comprou, devemos dar-lhe a nossa resposta dentro de 14 dias consecutivos após recebermos o seu recurso. Se considerar que a sua saúde o exige, deve pedir um "recurso rápido".



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 (TDD 711), das 8h00 às 20h00, de segunda a sexta-feira; das 8h00 às 12h00 ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

- Se não tomarmos uma decisão dentro de 7 consecutivos ou 14 dias, se nos pediu para pagar por um medicamento que já comprou, enviaremos o seu pedido para o Nível 2 do processo de recurso. No Nível 2, uma Entidade de Revisão Independente analisará o seu pedido.
- **Se a nossa resposta for Sim** para parte ou a totalidade do que solicitou:
 - Se aprovarmos um pedido de cobertura, temos de lhe dar a cobertura tão rapidamente quanto o seu estado de saúde o exija, mas o mais tardar 7 dias consecutivos após termos recebido o seu recurso ou 14 dias consecutivos se nos tiver pedido para o reembolsar por um medicamento que já comprou.
 - Se aprovarmos um pedido de reembolso por um medicamento que já comprou, iremos enviar-lhe o pagamento dentro de 30 dias consecutivos após termos recebido o seu pedido de recurso.
- Se a nossa resposta for Não para parte ou a totalidade do que solicitou, iremos enviar-lhe uma carta a explicar o motivo de termos dito Não e explicará como pode recorrer da nossa decisão.



F6. Recurso de Nível 2 para medicamentos da Parte D

Se dissermos que **Não** para parte ou a totalidade do que solicitou, poderá optar por aceitar esta decisão ou fazer um outro recurso. Se decidir ir a um Recurso de Nível 2, a Entidade de Revisão Independente (IRE) irá rever a nossa decisão.

- Se quiser que a IRE analise o seu caso, a sua solicitação de recurso deverá ser feita por escrito. A carta que enviámos sobre a nossa decisão do Recurso de Nível 1 explicará como solicitar o Recurso de Nível 2.
- Quando fizer um recurso para a IRE, iremos enviar-lhes o seu processo. Tem o direito de nos pedir uma cópia do seu processo ligando para os Serviços para Membros através do número 1-844-812-6896.
- Tem o direito de dar à IRE outras informações para apoiar o seu recurso.
- A IRE é uma organização independente que é contratada pela Medicare. Não está ligada a este plano e não é uma agência governamental.
- Os revisores do IRE analisarão cuidadosamente todas as informações relacionadas com o seu recurso. A organização irá enviar-lhe uma carta a explicar a sua decisão.

Em resumo: Como apresentar um Recurso de Nível 2

Se pretender que a Entidade de Revisão Independente analise o seu caso, o seu pedido de recurso deve ser apresentado por escrito.

- Peça no **prazo de 60 dias consecutivos** a contar da data da decisão que é objeto de recurso. Se não cumprir o prazo por uma boa razão, pode ainda assim recorrer.
- O membro, o seu médico ou outro profissional de saúde, ou o seu representante podem solicitar o Recurso de Nível 2.
- Leia esta secção para se certificar de que tem direito a uma decisão rápida! Leia também para obter informações sobre os prazos de decisão.

O termo jurídico para um recurso à IRE sobre um medicamento da Parte D é "**reconsideração**."

Prazos para "recurso rápido" de Nível 2

- Se a sua saúde o exigir, peça à Entidade de Revisão Independente (IRE) um "recurso rápido."
- Se a IRE concordar em conceder-lhe um "recurso rápido", deve dar-lhe uma resposta ao seu Recurso de Nível 2 no prazo de 72 horas após a receção do seu pedido de recurso.
- Se a IRE disser "**Sim**" a parte ou à totalidade do seu pedido, temos de autorizar ou dar-lhe a cobertura do medicamento no prazo de 24 horas após termos recebido a decisão.



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 (TDD 711), das 8h00 às 20h00, de segunda a sexta-feira; das 8h00 às 12h00 ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Prazos para um "recurso normal" de Nível 2

- Se tiver um recurso normal de Nível 2, a Entidade de Revisão Independente (IRE) tem de lhe dar uma resposta ao seu Recurso de Nível 2 no prazo de 7 dias consecutivos após a receção do seu recurso, ou 14 dias consecutivos se nos tiver pedido para o reembolsar por um medicamento que já comprou.
- Se a IRE disser "**Sim**" a parte ou à totalidade do seu pedido, temos de autorizar ou dar-lhe a cobertura do medicamento no prazo de 72 horas após termos recebido a decisão.
- Se a IRE aprovar um pedido de reembolso de um medicamento que já comprou, enviar-lhe-emos o pagamento no prazo de 30 dias consecutivos após a decisão.

E se a Entidade de Revisão Independente recusar o seu Recurso de Nível 2?

Não significa que a Entidade de Revisão Independente (IRE) concorda com a nossa decisão de não aprovar a sua solicitação. A isto chama-se "manter a decisão". Também se chama "recusar o recurso".

Se pretender passar ao Nível 3 do processo de recurso, os medicamentos que está a solicitar devem ter um valor mínimo em dólares. Se o valor em dólares for inferior ao mínimo, não pode recorrer mais. Se o valor em dólares for suficientemente elevado, pode solicitar um recurso de nível 3. A carta que receber da IRE indicar-lhe-á o valor em dólares necessário para prosseguir com o processo de recurso.

G. Pedir-nos para cobrir uma estadia hospitalar mais longa

Quando é internado num hospital, tem direito a receber todos os serviços hospitalares cobertos por nós que sejam necessários para diagnosticar e tratar a sua doença ou ferimento.

Durante a sua estadia hospitalar coberta, o seu prestador de cuidados de saúde e o pessoal do hospital trabalharão consigo para se preparar para o dia em que sair do hospital. Também o ajudarão a organizar os cuidados de que poderá necessitar após a sua partida.

- O dia em que sai do hospital é designado por "data de alta".
- O seu prestador de cuidados de saúde ou o pessoal do hospital dir-lhe-á qual é a sua data de alta.

Se considerar que lhe estão a pedir para sair do hospital demasiado cedo, pode pedir uma estadia mais longa no hospital. Esta secção diz-lhe como perguntar.

G1. Conhecer os seus direitos no âmbito do Medicare

No prazo de dois dias após o internamento no hospital, um assistente social ou enfermeiro entregar-lhe-á um aviso denominado "Uma mensagem importante da Medicare sobre os seus direitos". Se não receber este aviso, peça-o a qualquer funcionário do hospital. Se precisar de ajuda, ligue para os



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 (TDD 711), das 8h00 às 20h00, de segunda a sexta-feira; das 8h00 às 12h00 ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Serviços para Membros através do 1-844-812-6896. Também pode telefonar para 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas por dia, 7 dias por semana. Os utilizadores TDD devem ligar 1-877-486-2048.

Leia atentamente este aviso e faça perguntas se não o compreender. A "Mensagem Importante" informa-o sobre os seus direitos enquanto doente hospitalizado, incluindo os seus direitos a:

- Obter serviços cobertos pelo Medicare durante e após a sua estadia no hospital. Tem o direito de saber quais são esses serviços, quem os paga e onde os pode obter.
- Participar em todas as decisões sobre a duração da sua estadia no hospital.
- Saber onde comunicar quaisquer preocupações que tenha sobre a qualidade dos seus cuidados hospitalares.
- Recorrer se achar que está a ter alta do hospital demasiado cedo.

Deve assinar o aviso do Medicare para mostrar que o recebeu e que compreende os seus direitos. O facto de assinar o aviso **não** significa que concorda com a data de alta que lhe poderá ter sido comunicada pelo seu prestador de cuidados de saúde ou pelo pessoal do hospital.

Guarde a sua cópia da notificação assinada para ter as informações nela contidas se precisar delas.

- Para consultar antecipadamente uma cópia deste aviso, pode contactar os Serviços para Membros através do número 1-844-812-6896. Também pode telefonar para o número 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas por dia, 7 dias por semana. TTY users should call 1-877-486-2048. A chamada é gratuita.
- O aviso também pode ser consultado online em www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.
- Se precisar de ajuda, contacte os Serviços para Membros ou o Medicare através dos números indicados acima.

G2. Recurso de Nível 1 para alterar a data de alta hospitalar

Se pretender que cubramos os seus serviços de internamento hospitalar durante mais tempo, deve solicitar um recurso.

Uma Organização para a Melhoria da Qualidade fará a revisão do Recurso de Nível 1 para verificar se a sua data de alta marcada é clinicamente apropriada para si. Em Rhode Island, a Organização para a Melhoria da Qualidade chama-se KEPRO.

Para apresentar um recurso para alterar a sua data de alta, contacte a KEPRO através do número: 1-888-319-8452.

Ligue imediatamente!



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 (TDD 711), das 8h00 às 20h00, de segunda a sexta-feira; das 8h00 às 12h00 ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Ligue para a Organização para a Melhoria da Qualidade **antes** de deixar o hospital e o mais tardar na data de alta marcada. "Uma mensagem importante da Medicare sobre os seus direitos" contém informações sobre como contactar a Organização para a Melhoria da Qualidade.

- **Se telefonar antes de sair**, pode permanecer no hospital após a data prevista para a alta sem pagar por isso, enquanto espera pela decisão sobre o seu recurso da Organização para a Melhoria da Qualidade.
- **Se não ligar para recorrer**, e decidir permanecer no hospital após a data planeada de alta, poderá ter de pagar por todos os custos dos cuidados hospitalares recebidos após a data marcada da alta.
- **Se falhar o prazo** para entrar em contacto com a Organização para a Melhoria da Qualidade sobre o seu recurso, poderá fazer o seu recurso diretamente ao nosso plano. Para mais informações, consulte a secção G4 na página 205.

Em resumo: Como apresentar um Recurso de Nível 1 para mudar sua data de alta

Ligue para a Organização para a Melhoria da Qualidade para o seu estado através do 1-888-319-8452 e peça uma "revisão rápida."

Telefone antes de sair do hospital e antes da data prevista para a alta.

Queremos certificar-nos de que compreende o que tem de fazer e quais são os prazos.

- **Peça ajuda se precisar.** Se tiver dúvidas ou precisar de ajuda em qualquer altura, contacte os Serviços para Membros através do número 1-844-812-6896. Pode também ligar para o Provedor dos Cuidados de Saúde RIPIN através do 1-855-747-3224 (TDD 711) ou para o Programa de Assistência de Seguro de Saúde do Estado (SHIP) através do 1-888-884-8721 (TDD 711) ou para o The Point através do número 1-401-462-4444 (TDD 711).

O que é uma Organização para a Melhoria da Qualidade?

Trata-se de um grupo de médicos e outros profissionais de saúde que são pagos pelo governo federal. Estes especialistas não fazem parte do nosso plano. São pagos pelo Medicare para controlar e ajudar a melhorar a qualidade dos cuidados prestados às pessoas que beneficiam do Medicare.

Pedir uma "revisão rápida"

Deve solicitar uma "**revisão rápida**" da sua alta à Organização para a Melhoria da Qualidade. Pedir uma "revisão rápida" significa que está a pedir à organização que utilize os prazos rápidos para um recurso em vez de utilizar os prazos normais.

O termo jurídico para "revisão rápida" é "revisão imediata".



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 (TDD 711), das 8h00 às 20h00, de segunda a sexta-feira; das 8h00 às 12h00 ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

O que acontece durante a revisão rápida?

- Os revisores da Organização para a Melhoria da Qualidade irão perguntar-lhe ou ao seu representante por que acha que a cobertura deverá continuar após a data planeada de alta. Não tem de preparar nada por escrito, mas pode fazê-lo se assim o desejar.
- Os avaliadores consultam o seu registo médico, falam com o seu prestador de cuidados de saúde e analisam todas as informações relacionadas com a sua estadia no hospital.
- Até ao meio-dia do dia seguinte ao dia em que os avaliadores nos informarem sobre o seu recurso, receberá uma carta com a data prevista para a sua alta. A carta explica as razões pelas quais o seu prestador de cuidados de saúde, o hospital e nós achamos que é correto que tenha alta nessa data.

O termo jurídico para esta explicação escrita é designado por "**Aviso Detalhado de Alta Hospitalar**". Pode obter uma amostra ligando para os Serviços para Membros através do número 1-844-812-6896. Também pode telefonar para 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas por dia, 7 dias por semana. Os utilizadores TDD devem ligar 1-877-486-2048. Ou pode consultar um modelo de aviso online em www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

E se a resposta for "Sim"?

- Se a Organização para a Melhoria da Qualidade disser **Sim** ao seu recurso, deveremos continuar a cobrir os seus serviços hospitalares enquanto foram medicamente necessários.

E se a resposta for "Não"?

- Se a Organização para a Melhoria da Qualidade disser **Não** ao seu recurso, eles estarão a dizer que a sua data prevista de alta é clinicamente apropriada. Se isto acontecer, a nossa cobertura para seus serviços de internamento hospitalar terminará ao meio-dia do dia seguinte depois da Organização para a Melhoria da Qualidade lhe comunicar a sua resposta.
- Se a Organização para a Melhoria da Qualidade disser **Não** e decidir ficar no hospital então, poderá ter de pagar pela sua permanência no hospital. O custo do cuidado hospitalar que poderá ter de pagar começará ao meio-dia do dia seguinte depois da Organização para a Melhoria da Qualidade lhe comunicar a resposta.
- Se a Organização para a Melhoria da Qualidade recusar o seu recurso e ficar no hospital após a sua data planeada de alta então, poderá fazer um Recurso de Nível 2.



G3. Recurso de Nível 2 para alterar a data de alta hospitalar

Se a Organização para a Melhoria da Qualidade recusar o seu recurso e ficar no hospital após a sua data planeada de alta então, poderá fazer um Recurso de Nível 2. Precisarás entrar em contacto com a Organização para a Melhoria da Qualidade novamente e pedir outra revisão.

Peça uma revisão de Nível 2 **dentro de 60 dias consecutivos** após o dia em que a Organização para a Melhoria da Qualidade disser **Não** ao seu Recurso de Nível 1. Só pode solicitar esta revisão se tiver permanecido no hospital após a data em que a sua cobertura para os cuidados terminou.

Em Rhode Island, a Organização para a Melhoria da Qualidade chama-se KEPRO. Pode contactar a KEPRO através de: 1-888-319-8452.

- Os revisores da Organização para a Melhoria da Qualidade analisarão de novo cuidadosamente todas as informações relacionadas com o seu recurso.
- Dentro de 14 dias consecutivos após a receção do seu pedido para uma segunda revisão, a Organização para a Melhoria da Qualidade tomará uma decisão.

Em resumo: Como fazer um Recurso de Nível 2 para mudar a sua data de alta

Ligue para a Organização para a Melhoria da Qualidade do seu estado para o número 1-888-319-8452 e peça outra revisão.

O que acontece se a resposta for "Sim"?

- Temos de lhe pagar a nossa parte dos custos dos cuidados hospitalares que recebeu desde o meio-dia do dia seguinte à data da sua primeira decisão de recurso. Temos de continuar a fornecer cobertura para os seus cuidados hospitalares de internamento enquanto forem clinicamente necessários.
- Tem de continuar a pagar a sua parte dos custos e podem aplicar-se limitações de cobertura.

O que acontece se a resposta for "Não"?

Significa que a Organização para a Melhoria da Qualidade concorda com a decisão de Nível 1 e não mudará isso. A carta que receber dir-lhe-á o que pode fazer se quiser continuar com o processo de recurso.

Se a Organização para a Melhoria da Qualidade recusar o seu Recurso de Nível 2, poderá ter de pagar o custo total da sua estadia após a data planeada de alta.

G4. O que acontece se não cumprir o prazo de recurso

Se falhar os prazos de recurso, existe outra forma de fazer Recursos de Nível 1 e Nível 2, chamado de Recursos Alternativos. Mas os primeiros dois níveis de recurso são diferentes.



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 (TDD 711), das 8h00 às 20h00, de segunda a sexta-feira; das 8h00 às 12h00 ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Recurso Alternativo de Nível 1 para alterar a data da sua alta hospitalar

Se não cumprir o prazo para contactar a Organização para a Melhoria da Qualidade (que é de 60 dias ou o mais tardar na data prevista para a alta, consoante o que ocorrer primeiro), pode apresentar-nos um recurso, solicitando uma "revisão rápida". Uma revisão rápida é um recurso que utiliza os prazos rápidos em vez dos prazos normais.

- Durante esta revisão, analisamos todas as informações sobre a sua estadia no hospital. Verificamos se a decisão sobre o momento em que deve sair do hospital foi justa e cumpriu todas as regras.
- Utilizaremos os prazos rápidos em vez dos prazos normais para lhe dar a resposta a esta revisão. Isto significa que iremos dar-lhe a nossa decisão dentro de 72 horas depois de pedir uma "revisão rápida".
- **Se dissermos Sim à sua revisão rápida,** significa que concordamos que ainda precisa de ficar no hospital após a data de alta. Continuaremos a cobrir os serviços hospitalares enquanto forem clinicamente necessários. Também significa que concordamos em pagar-lhe a nossa parte dos custos dos cuidados de saúde que recebeu desde a data em que dissemos que a sua cobertura iria terminar.
- **Se dissermos Não à sua revisão rápida,** estamos a dizer que a data de alta planeada é clinicamente adequada. A nossa cobertura para os seus serviços hospitalares de internamento termina no dia em que dissemos que a cobertura terminaria.
 - Se permaneceu no hospital após a data de alta prevista, poderá ter de pagar o custo total dos cuidados hospitalares que recebeu após a data de alta prevista.
- Para nos certificarmos de que estávamos a seguir todas as regras quando dissemos **Não** ao seu recurso rápido, enviaremos o seu recurso para a "Entidade de Revisão Independente". Quando o fazemos, isso significa que o seu caso passa automaticamente para o Nível 2 do processo de recurso.

Em resumo: Como apresentar um Recurso Alternativo de Nível 1

Ligue para o nosso número de Serviços para Membros e peça uma "revisão rápida" da sua data de alta hospitalar.

A nossa decisão será tomada no prazo de 72 horas.

O termo jurídico para "revisão rápida" ou "recurso rápido" é "recurso acelerado".



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 (TDD 711), das 8h00 às 20h00, de segunda a sexta-feira; das 8h00 às 12h00 ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações,** visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Recurso Alternativo de Nível 2 para alterar a data da sua alta hospitalar

Enviaremos as informações do seu Recurso de Nível 2 à Entidade de Revisão Independente (IRE) no prazo de 24 horas após a decisão de Nível 1. Se considerar que não estamos a cumprir este prazo ou outros prazos, pode apresentar uma queixa. A secção J na página 211 indica como apresentar uma queixa.

Durante o Recurso de Nível 2, a IRE analisa a decisão que tomámos quando dissemos **Não** à sua "revisão rápida." Esta organização decide se a decisão que tomámos deve ser alterada.

- A IRE faz uma "revisão rápida" do seu recurso. Normalmente, os avaliadores dão-lhe uma resposta no prazo de 72 horas.
- A IRE é uma organização independente que é contratada pela Medicare. Esta organização não está ligada ao nosso plano e não é uma agência governamental.
- Os revisores da IRE analisarão cuidadosamente todas as informações relacionadas com o seu recurso da sua alta hospitalar.
- Se a IRE disser "**Sim**" ao seu recurso, teremos de lhe pagar a nossa parte dos custos dos cuidados hospitalares que recebeu desde a data da sua alta programada. Também temos de continuar a cobrir os seus serviços hospitalares enquanto forem clinicamente necessários.
- Se a IRE disser **Não** ao seu recurso, significa que concorda connosco que a data de alta hospitalar planeada era clinicamente adequada.
- A carta que receber do IRE dir-lhe-á o que pode fazer se quiser continuar com o processo de revisão. Este documento fornece-lhe os pormenores sobre a forma de avançar para um Recurso de Nível 3, que é tratado por um juiz.

Em resumo: Como fazer um Recurso Alternativo de Nível 2

Não é preciso fazer nada. O plano enviará automaticamente o seu recurso para a Entidade de Revisão Independente.

H. O que fazer se achar que os seus serviços de cuidados de saúde ao domicílio, cuidados de enfermagem especializados ou CORF (Centro de Reabilitação Ambulatório Integral) estão a terminar demasiado cedo

Esta secção refere-se apenas aos seguintes tipos de cuidados:

- Serviços de cuidados de saúde ao domicílio.
- Cuidados de enfermagem especializados num centro de enfermagem especializado.



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 (TDD 711), das 8h00 às 20h00, de segunda a sexta-feira; das 8h00 às 12h00 ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

- Cuidados de reabilitação que está a receber como paciente externo num CORF (Centro de Reabilitação Ambulatório Integral) aprovado pela Medicare. Geralmente, isto significa que está a receber tratamento para uma doença ou um acidente, ou está a recuperar-se de uma operação importante.
 - Com qualquer um destes três tipos de cuidados, tem o direito de continuar a receber os serviços cobertos durante o tempo que o prestador disser que precisa deles.
 - Quando decidirmos deixar de cobrir qualquer um destes serviços, temos de o informar antes de os seus serviços terminarem. Quando a sua cobertura para esses cuidados terminar, deixaremos de pagar os seus cuidados.

Se considerar que estamos a terminar a cobertura dos seus cuidados demasiado cedo, **pode recorrer da nossa decisão**. Esta secção indica-lhe como solicitar um recurso.

H1. Informá-lo-emos com antecedência sobre o fim da sua cobertura

Receberá um aviso pelo menos dois dias antes de deixarmos de pagar os seus cuidados. A isto chama-se o "Aviso de não cobertura Medicare". O aviso por escrito indica-lhe a data em que deixaremos de cobrir os seus cuidados e como pode recorrer desta decisão.

O aviso escrito deve ser assinado por si ou pelo seu representante, para comprovar que o recebeu. O facto de o assinar **não** significa que concorda com o plano e que é altura de deixar de receber os cuidados.

Quando a sua cobertura terminar, deixaremos de pagar.

H2. Recurso de Nível 1 para continuar os seus cuidados

Se considerar que estamos a terminar a cobertura dos seus cuidados demasiado cedo, pode recorrer da nossa decisão. Esta secção indica-lhe como solicitar um recurso.

Antes de iniciar o seu recurso, deve saber o que tem de fazer e quais são os prazos.

- **Respeite os prazos.** Os prazos são importantes. Certifique-se de que compreende e cumpre os prazos aplicáveis às coisas que tem de fazer. Há também prazos que o nosso plano deve respeitar. (Se considerar que não estamos a cumprir os nossos prazos, pode apresentar uma queixa. A secção J na página 211 indica-lhe como apresentar uma queixa).
- **Peça ajuda se precisar.** Se tiver dúvidas ou precisar de ajuda em qualquer altura, contacte os Serviços para Membros através do número 1-844-812-6896. Ou ligue para o seu Programa de Assistência de Seguro de Saúde do Estado através do número 1-401-462-4444.



Durante um Recurso de Nível 1, uma Organização para a Melhoria da Qualidade analisará o seu recurso e decidirá se altera ou não a decisão que tomámos. Em Rhode Island, a Organização para a Melhoria da Qualidade chama-se KEPRO. Pode contactar a KEPRO através de: 1-888-319-8452. Informações sobre como recorrer à Organização para a Melhoria da Qualidade estão também no Aviso de Não Cobertura do Medicare. Este é o aviso que recebeu quando lhe foi dito que deixaríamos de cobrir os seus cuidados.

O que é uma Organização para a Melhoria da Qualidade?

Trata-se de um grupo de médicos e outros profissionais de saúde que são pagos pelo governo federal. Estes especialistas não fazem parte do nosso plano. São pagos pelo Medicare para controlar e ajudar a melhorar a qualidade dos cuidados prestados às pessoas que beneficiam do Medicare.

O que é que se deve pedir?

Peça-lhes um "recurso acelerado". Trata-se de uma análise independente para determinar se é clinicamente adequado para nós terminar a cobertura dos seus serviços.

Qual é o prazo para contactar esta organização?

- Deve entrar em contacto com a Organização para a Melhoria da Qualidade o mais tardar ao meio-dia do dia seguinte à receção da notificação por escrito, informando-o quando deixaremos de cobrir o seu cuidado.
- Se falhar o prazo para entrar em contacto com a Organização para a Melhoria da Qualidade sobre o seu recurso, pode fazer o seu recurso directamente connosco. Para mais informações sobre esta outra forma de apresentar o seu recurso, consulte a Secção H4 na página 211.

Em resumo: Como fazer um Recurso de Nível 1 para pedir que o plano continue com seus cuidados

Ligue para a Organização para a Melhoria da Qualidade do seu estado através do 1-888-319-8452 e peça um "recurso acelerado".

Telefone antes de deixar a agência ou estabelecimento que está a prestar os seus cuidados e antes da data prevista para a alta.

O termo jurídico para o aviso escrito é "**Aviso de não cobertura Medicare**". Para obter uma cópia de amostra, contacte os Serviços para Membros através do número 1-844-812-6896 ou 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas por dia, 7 dias por semana. Os utilizadores TDD devem ligar 1-877-486-2048. Ou consulte uma cópia em linha em www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BN1

O que acontece durante a revisão da Organização para a Melhoria da Qualidade?



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 (TDD 711), das 8h00 às 20h00, de segunda a sexta-feira; das 8h00 às 12h00 ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

- Os revisores da Organização para a Melhoria da Qualidade irão perguntar-lhe ou ao seu representante porque acha que a cobertura dos serviços deverá continuar. Não tem de preparar nada por escrito, mas pode fazê-lo se assim o desejar.
- Quando pedir um recurso, o plano e a Organização para a Melhoria da Qualidade deverão escrever-lhe uma carta a explicar qual o motivo para os seus serviços deverem terminar.
- Os avaliadores também analisarão os seus registos médicos, falarão com o seu prestador de cuidados de saúde e analisarão as informações que o nosso plano lhes forneceu.
- **No prazo de um dia inteiro após os avaliadores terem todas as informações de que necessitam, comunicam-lhe a sua decisão.** Receberá uma carta com a explicação da decisão.

O termo jurídico para a carta que explica por que razão os seus serviços devem terminar é **"Explicação Pormenorizada de Não Cobertura"**.

O que acontece se os revisores disserem "Sim"?

- Se os avaliadores disserem **"Sim"** ao seu recurso, temos de continuar a fornecer os serviços cobertos enquanto forem clinicamente necessários.

O que acontece se os revisores disserem "Não"?

- Se os revisores disserem **"Não"** ao seu recurso, a sua cobertura terminará na data que lhe comunicámos. Deixaremos de pagar a nossa parte dos custos destes cuidados.
- Se decidir continuar a receber cuidados de saúde ao domicílio, cuidados num centro de enfermagem especializado ou serviços CORF (Centro de Reabilitação Ambulatório Integral) após a data em que a sua cobertura termina, terá de pagar o custo total destes cuidados.

H3. Recurso de Nível 2 para continuar os seus cuidados

Se a Organização para a Melhoria da Qualidade disser **Não** ao recurso e optar por continuar a receber o cuidado após fim da sua cobertura, poderá fazer um Recurso de Nível 2.

Durante o Recurso de Nível 2, a Organização para a Melhoria da Qualidade irá analisar a decisão que tomou no Nível 1. Se disserem que concordam com a decisão de Nível 1, poderá ter de pagar o custo total dos seus cuidados de saúde ao domicílio, cuidados num centro de enfermagem especializado ou serviços CORF (Centro de Reabilitação Ambulatório Integral) após a data em que dissemos que a sua cobertura iria terminar.



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 (TDD 711), das 8h00 às 20h00, de segunda a sexta-feira; das 8h00 às 12h00 ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Em Rhode Island, a Organização para a Melhoria da Qualidade chama-se KEPRO. Pode contactar a KEPRO através de: 1-888-319-8452. Peça uma revisão de Nível 2 **dentro de 60 dias consecutivos** após o dia em que a Organização para a Melhoria da Qualidade disser **Não** ao seu Recurso de Nível 1. Só pode pedir esta revisão se continuar a receber cuidados após a data em que a sua cobertura para os cuidados terminou.

- Os revisores da Organização para a Melhoria da Qualidade analisarão de novo cuidadosamente todas as informações relacionadas com o seu recurso.
- A Organização para a Melhoria da Qualidade tomará a sua decisão no prazo de 14 dias consecutivos após a receção do seu pedido de recurso.

O que acontece se a organização de revisão disser "Sim"?

- Temos de lhe pagar a nossa parte dos custos dos cuidados de saúde que recebeu desde a data em que dissemos que a sua cobertura iria terminar. Temos de continuar a assegurar a cobertura dos cuidados enquanto estes forem clinicamente necessários.

O que acontece se a organização de revisão disser "Não"?

- Significa que concordam com a decisão que tomaram no Recurso de Nível 1 e que não a irão alterar.
- A carta que receber dir-lhe-á o que deve fazer se quiser continuar com o processo de revisão. O relatório fornece-lhe os pormenores sobre a forma de passar ao nível seguinte de recurso, que é tratado por um juiz.

H4. O que acontece se falhar o prazo de apresentação do Recurso de Nível 1

Se falhar os prazos de recurso, existe outra forma de fazer Recursos de Nível 1 e Nível 2, chamado de Recursos Alternativos. Mas os primeiros dois níveis de recurso são diferentes.

Recurso Alternativo de Nível 1 para continuar os cuidados durante mais tempo

Se falhar o prazo para entrar em contacto com a Organização para a Melhoria da Qualidade, poderá fazer um recurso connosco, pedindo uma "revisão rápida". Uma revisão rápida é um recurso que utiliza os prazos rápidos em vez dos prazos normais.

Em resumo: Como fazer um Recurso de Nível 2 para exigir que o plano cubra os seus cuidados por mais tempo

Ligue para a Organização para a Melhoria da Qualidade de Rhode Island através do número 1-888-319-8452 e peça outra revisão.

Telefone antes de deixar a agência ou estabelecimento que está a prestar os seus cuidados e antes da data prevista para a alta.



- Durante esta análise, analisamos todas as informações sobre os seus cuidados de saúde ao domicílio, os cuidados prestados num centro de enfermagem especializado ou os cuidados que recebe num CORF (Centro de Reabilitação Ambulatório Integral). Verificamos se a decisão sobre o termo dos seus serviços foi justa e respeitou todas as regras.
- Utilizaremos os prazos rápidos em vez dos prazos normais para lhe dar a resposta a esta revisão. Iremos informá-lo da nossa decisão dentro de 72 horas depois de pedir uma "revisão rápida".
- **Se dissermos Sim** à sua revisão rápida, isso significa que concordamos em continuar a cobrir os seus serviços enquanto forem clinicamente necessários. Também significa que concordamos em pagar-lhe a nossa parte dos custos dos cuidados de saúde que recebeu desde a data em que dissemos que a sua cobertura iria terminar.
- **Se dissermos Não** para a sua revisão rápida, estaremos a dizer que parar os seus serviços foi medicamente apropriado. A nossa cobertura termina no dia em que anunciámos o fim da cobertura.

Em resumo: Como apresentar um Recurso Alternativo de Nível 1

Ligue para o nosso número dos Serviços para Membros e peça uma "revisão rápida."

A nossa decisão será tomada no prazo de 72 horas.

Se continuar a receber serviços após o dia em que dissemos que iriam parar, **poderá ter de pagar o custo total** dos serviços.

Para nos certificarmos de que estávamos a seguir todas as regras quando dissemos **Não** ao seu recurso rápido, enviaremos o seu recurso para a "Entidade de Revisão Independente". Quando o fazemos, isso significa que o seu caso passa automaticamente para o Nível 2 do processo de recurso.

O termo jurídico para "revisão rápida" ou "recurso rápido" é "recurso acelerado".

Recurso Alternativo de Nível 2 para continuar os cuidados durante mais tempo

Enviaremos as informações do seu Recurso de Nível 2 à Entidade de Revisão Independente (IRE) no prazo de 24 horas após a decisão de Nível 1. Se considerar que não estamos a cumprir este prazo ou outros prazos, pode apresentar uma queixa. A secção J na página 211 indica como apresentar uma queixa.

Durante o Recurso de Nível 2, a IRE analisa a decisão que tomámos quando dissemos **Não** à sua "revisão rápida." Esta organização decide se a decisão que tomámos deve ser alterada.



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 (TDD 711), das 8h00 às 20h00, de segunda a sexta-feira; das 8h00 às 12h00 ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

- A IRE faz uma "revisão rápida" do seu recurso. Normalmente, os avaliadores dão-lhe uma resposta no prazo de 72 horas.
- A IRE é uma organização independente que é contratada pela Medicare. Esta organização não está ligada ao nosso plano e não é uma agência governamental.
- Os revisores do IRE analisarão cuidadosamente todas as informações relacionadas com o seu recurso.
- **Se a IRE disser Sim** ao seu recurso então, devemos pagar-lhe a nossa parte dos custos do cuidado. Também temos de continuar a cobrir os seus serviços enquanto forem clinicamente necessários.
- **Se a IRE disser "Não"** ao seu recurso, significa que concorda connosco que a interrupção da cobertura dos serviços foi clinicamente adequada.

Em resumo: Como apresentar um Recurso de Nível 2 para exigir que o plano continue os seus cuidados

Não é preciso fazer nada. O plano enviará automaticamente o seu recurso para a Entidade de Revisão Independente.

A carta que receber do IRE dir-lhe-á o que pode fazer se quiser continuar com o processo de revisão. Informará os detalhes sobre como continuar e ir para o Recurso de Nível 3, que é tratado por um juiz.

I. Levar o seu recurso para além do Nível 2

I1. Próximos passos para os serviços e artigos Medicare

Se fizer um Recurso de Nível 1 e um de Nível 2 por os serviços ou produtos do Medicare e ambos recursos forem recusados, poderá ter direitos aos recursos de níveis suplementares. A carta que receber da Entidade de Revisão Independente irá dizer-lhe o que poderá fazer se quiser continuar com o processo de revisão.

O Nível 3 do processo de recursos é uma audiência do Juiz de Direito Administrativo (ALJ). A pessoa que toma a decisão num recurso de Nível 3 é um ALJ ou um advogado adjudicatário. Se pretender que um ALJ ou um advogado avaliador analise o seu caso, o artigo ou serviço médico que está a solicitar tem de atingir um montante mínimo em dólares. Se o valor em dólares for inferior ao nível mínimo, não pode recorrer mais. Se o valor em dólares for suficientemente elevado, pode pedir a um ALJ ou a um advogado adjudicatário para ouvir o seu recurso.

Se não concordar com a decisão do ALJ ou do advogado adjudicatário, pode recorrer ao Conselho de Recursos do Medicare. Depois disso, pode ter o direito de pedir a um tribunal federal que analise o seu recurso.

Se necessitar de assistência em qualquer fase do processo de recurso, pode contactar o Provedor de Cuidados de Saúde RIPIN. O número de telefone é 1-855-747-3224 (TDD 711).



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 (TDD 711), das 8h00 às 20h00, de segunda a sexta-feira; das 8h00 às 12h00 ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

I2. Próximas etapas para serviços e artigos Medicaid

Também tem mais direitos de recurso se o seu recurso for sobre os serviços, produtos ou medicamentos que podem ser cobertos pelo Medicaid. Se o Gabinete de Audição Justa do Estado EOHHS ou a organização de Revisão Externa RI recusar parte ou a totalidade do seu Recurso de Nível 2, para um serviço, artigo ou medicamento Medicaid, pode apresentar um Recurso de Nível 3. Enviar-lhe-emos uma carta que lhe indicará como o fazer. O Nível 3 do processo de recurso para um serviço, artigo ou medicamento Medicaid é no Tribunal do Estado.

Para obter mais informações sobre como passar ao nível seguinte de recurso, contacte-nos através do número 1-844-812-6896 e TDD 711. Também pode pedir ajuda ao Provedor dos Cuidados de Saúde RIPIN. O número de telefone é 1-855-747-3224 (TDD 711).

J. Como apresentar uma queixa

J1. Que tipos de problemas devem ser objeto de queixa

O processo de queixa é utilizado apenas para determinados tipos de problemas, tais como problemas relacionados com a qualidade dos cuidados de saúde, tempos de espera e serviço de apoio ao cliente. Eis alguns exemplos dos tipos de problemas tratados pelo processo de queixa.

Queixas sobre a qualidade

- Não está satisfeito com a qualidade dos cuidados de saúde, por exemplo, os cuidados que recebeu no hospital.

Queixas sobre a privacidade

- Pensa que alguém não respeitou o seu direito à privacidade ou partilhou informações confidenciais a seu respeito.

Queixas sobre o mau atendimento ao cliente

- Um prestador de cuidados de saúde ou o pessoal foi rude ou desrespeitoso consigo.
- O pessoal do Neighborhood INTEGRITY tratou-o mal.
- Pensa que está a ser empurrado para fora do plano.

Queixas sobre a acessibilidade

- Não pode aceder fisicamente aos serviços e instalações de cuidados de saúde de um consultório médico ou de um prestador de cuidados de saúde.

Em resumo: Como apresentar uma queixa

Pode apresentar uma queixa interna ao nosso plano e/ou uma queixa externa a uma organização que não esteja ligada ao nosso plano.

Para apresentar uma queixa interna, contacte os Serviços para Membros ou envie-nos uma carta.

Existem diferentes organizações que tratam das queixas externas. Para mais informações, leia a secção J3 na página 217.



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 (TDD 711), das 8h00 às 20h00, de segunda a sexta-feira; das 8h00 às 12h00 ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

- O seu prestador de cuidados de saúde não lhe dá uma acomodação razoável de que necessita, como um intérprete de língua gestual americana.

Queixas sobre os tempos de espera

- Está a ter dificuldades em conseguir uma consulta ou espera demasiado tempo para a conseguir.
- Foi deixado à espera demasiado tempo por médicos, farmacêuticos ou outros profissionais de saúde ou pelos Serviços para Membros ou outro pessoal do plano.

Queixas sobre a limpeza

- Pensa que a clínica, hospital ou consultório médico não está limpo.

Queixas sobre o acesso aos serviços linguísticos

- O seu médico ou prestador de cuidados de saúde não lhe fornece um intérprete durante a consulta.

Queixas sobre as comunicações 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.

Queixas sobre a pontualidade das nossas ações relacionadas a decisões de cobertura ou recursos

- Considera que não estamos a cumprir os nossos prazos para tomar uma decisão de cobertura ou responder ao seu recurso.
- Considera que, depois de obter uma decisão de cobertura ou de recurso a seu favor, não estamos a cumprir os prazos para aprovar ou prestar-lhe o serviço ou pagar-lhe determinados serviços médicos.
- Considera que não enviámos o seu caso à Entidade de Revisão Independente a tempo.

O termo jurídico para uma "reclamação" é uma "queixa".

O termo jurídico para "apresentar uma queixa" é "apresentar uma reclamação".

Existem diferentes tipos de queixas?

Sim. Pode apresentar uma queixa interna e/ou uma queixa externa. Uma queixa interna é apresentada e analisada pelo nosso plano. Uma queixa externa é apresentada e analisada por uma organização que não



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 (TDD 711), das 8h00 às 20h00, de segunda a sexta-feira; das 8h00 às 12h00 ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

está associada ao nosso plano. Se precisar de ajuda para apresentar uma queixa interna e/ou externa, pode telefonar para o RIPIN Healthcare Advocate através do número 1-855-747-3224 (TDD 711).

J2. Queixas internas

Para apresentar uma queixa interna, contacte os Serviços para Membros através do número 1-844-812-6896. Pode apresentar a queixa em qualquer altura, exceto se se tratar de um medicamento da Parte D. Se a queixa for sobre um medicamento da Parte D, deve apresentá-la **no prazo de 60 dias consecutivos** após ter tido o problema de que se quer queixar.

- Se houver mais alguma coisa que precise de fazer, os Serviços para Membros informá-lo-ão.
- Também pode escrever a sua queixa e enviá-la para nós. Se apresentar a sua queixa por escrito, responderemos à sua queixa por escrito.

O termo jurídico para "queixa rápida" é "queixa acelerada".

Se possível, responder-lhe-emos de imediato. Se nos telefonar com uma queixa, poderemos dar-lhe uma resposta no mesmo telefonema. Se o seu estado de saúde exigir uma resposta rápida, fá-lo-emos.

- Respondemos à maioria das queixas no prazo de 30 dias consecutivos. Se precisarmos de mais informações e o atraso for do seu interesse, ou se pedir mais tempo, podemos demorar até mais 14 dias consecutivos (44 dias consecutivos) para responder à sua queixa. Informá-lo-emos por escrito da razão pela qual necessitamos de mais tempo.
- Se estiver a apresentar uma queixa porque recusámos o seu pedido de uma "decisão de cobertura rápida" ou de um "recurso rápido", dar-lhe-emos automaticamente uma "queixa rápida" e responderemos à sua queixa no prazo de 24 horas.
- Se estiver a apresentar uma queixa porque demorámos mais tempo a tomar uma decisão de cobertura ou recurso, dar-lhe-emos automaticamente uma "queixa rápida" e responderemos à sua queixa no prazo de 24 horas.

Se discordarmos com parte ou toda a sua queixa, **iremos dizer-lhe** e dar-lhe as nossas razões. Responderemos, quer concordemos ou não com a queixa.

J3. Queixas externas

Pode informar o Medicare sobre a sua queixa

Pode enviar a sua queixa para a Medicare. O formulário de queixa Medicare está disponível em: www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 (TDD 711), das 8h00 às 20h00, de segunda a sexta-feira; das 8h00 às 12h00 ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

A Medicare leva as suas queixas a sério e utilizará estas informações para ajudar a melhorar a qualidade do programa Medicare.

Se tiver quaisquer outros comentários ou preocupações, ou se achar que o plano não está a resolver o seu problema, ligue para 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Os utilizadores TDD podem ligar para o 1-877-486-2048. A chamada é gratuita.

Pode informar o Departamento de Saúde de Rhode Island ou o Gabinete do Comissário de Seguro de Saúde de Rhode Island sobre a sua queixa

Pode apresentar uma queixa junto do Departamento de Saúde de Rhode Island, ligando para o número 1-401-222-2231 (TDD 711). Também pode apresentar uma queixa junto do Gabinete do Comissário de Seguros de Saúde de Rhode Island, ligando para o número 1-401-462-9517 (TDD 711).

Pode registar uma queixa junto do Escritório de Direitos Civis

Pode apresentar uma queixa ao Gabinete dos Direitos Civis do Departamento de Saúde e Serviços Humanos se considerar que não foi tratado de forma justa. Por exemplo, pode apresentar uma queixa sobre o acesso de deficientes ou a assistência linguística. O número de telefone do Escritório dos Direitos Civis é o 1-800-368-1019. Os utilizadores TDD devem ligar para o 1-800-537-7697. Pode também visitar www.hhs.gov/ocr para mais informações.

Pode também contactar os seguintes gabinetes locais de direitos civis:

- Comissão dos Direitos Humanos de Rhode Island, através do número 1-401-222-2661. Os utilizadores TDD devem ligar para o 1-401-222-2664. Pode visitar www.richr.ri.gov para mais informações.
- Oficial de Ligação de Relações Comunitárias do Departamento de Serviços Humanos de Rhode Island, através do número 1-401-415-8500. Os utilizadores TDD devem ligar para o 1-401-462-6239 ou 711.
- Gabinete para os Direitos Civis (OCR) Região da Nova Inglaterra, através do número 1-800-368-1019. Os utilizadores TDD devem ligar para o 1-800-537-7697.

Também pode ter direitos ao abrigo da Lei dos Americanos Portadores de Deficiência. Pode contactar o Provedor dos Cuidados de Saúde RIPIN para obter assistência. O número de telefone é 1-855-747-3224 (TDD 711).

Pode apresentar uma queixa à Organização para a Melhoria da Qualidade

Quando a sua queixa diz respeito à qualidade dos cuidados de saúde, também tem duas opções:

- Se preferir, pode apresentar a sua queixa sobre a qualidade do cuidado diretamente à Organização para a Melhoria da Qualidade (sem fazer a queixa connosco).



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 (TDD 711), das 8h00 às 20h00, de segunda a sexta-feira; das 8h00 às 12h00 ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

- Ou pode apresentar a sua queixa connosco e com a Organização para a Melhoria da Qualidade. Se apresentar uma queixa a esta organização, trabalharemos com ela para resolver a sua queixa.

A Organização para a Melhoria da Qualidade é um grupo de médicos e outros especialistas em cuidados de saúde pagos pelo governo federal para verificar e melhorar os cuidados prestados aos doentes do Medicare. Para aprender mais sobre a Organização para a Melhoria da Qualidade, veja o Capítulo 2, Secção F. Em Rhode Island, a Organização para a Melhoria da Qualidade é chamada do KEPRO. O número de telefone da KEPRO é 1-888-319-8452.



Capítulo 10: Terminar a sua adesão ao nosso plano Medicare-Medicaid

Introdução

Este capítulo indica-lhe quando e como pode terminar a sua inscrição no nosso plano e quais são as suas opções de cobertura de saúde depois de sair do nosso plano. Se sair do nosso plano, continuará a estar coberto pelos programas Medicare e Rhode Island Medicaid enquanto for elegível. Os termos-chave e as suas definições aparecem por ordem alfabética no último capítulo do *Manual do Membro*.

Índice

A. Quando pode terminar a sua inscrição no nosso plano Medicare-Medicaid	217
B. Como terminar a sua adesão ao nosso plano	217
C. Como obter serviços Medicare e Medicaid separadamente.....	218
C1. Formas de obter serviços Medicare	218
C2. Como obter os seus serviços Medicaid	220
D. Continuar a receber os seus serviços médicos e medicamentos através do nosso plano até a sua filiação terminar.....	220
E. Continuar a receber os seus artigos médicos, serviços e medicamentos através do nosso plano até a sua adesão terminar	220
F. Regras contra pedir-lhe que abandone o nosso plano por qualquer motivo relacionado com a saúde.....	221
G. O seu direito de apresentar uma queixa se terminarmos a sua adesão ao nosso plano.....	222
H. Como obter mais informações sobre o fim da sua adesão ao plano	222



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 (TDD 711), das 8h00 às 20h00, de segunda a sexta-feira; das 8h00 às 12h00 ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

A. Quando pode terminar a sua inscrição no nosso plano Medicare-Medicaid

Pode terminar a sua inscrição no Plano Neighborhood INTEGRITY Medicare-Medicaid a qualquer momento durante o ano, inscrevendo-se noutro Plano Medicare Advantage ou mudando-se para o Original Medicare.

A sua adesão terminará no último dia do mês em que recebermos o seu pedido de alteração do plano. Por exemplo, se recebermos o seu pedido a 18 de janeiro, a sua cobertura com o nosso plano terminará a 31 de janeiro. 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 o seu:

- Opções do Medicare na tabela da página 222.
- Serviços Medicaid de Rhode Island na página 223.

Pode obter mais informações sobre o momento em que pode terminar a sua inscrição através de um telefonema:

- Linha de inscrição no plano Medicare-Medicaid através do número 1-844-602-3469, de segunda a sexta-feira, das 8:00 às 18:00 horas. Os utilizadores de TDD devem ligar para o 711.
- O Programa de Assistência de Seguro de Saúde do Estado (SHIP), Gabinete de Envelhecimento Saudável através do número 1-888-884-8721. Os utilizadores de TDD devem ligar para o 711.
- Programa de apoio à inscrição no Medicare-Medicaid (MME), The POINT, através do número 1-401-462-4444. Os utilizadores de TDD devem ligar para o 711.
- Medicare através do 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas por dia, 7 dias por semana. Os utilizadores TDD devem ligar 1-877-486-2048.

NOTA: Se estiver coberto por um programa de gestão de medicamentos, poderá não conseguir mudar de plano. Consulte o Capítulo 5 para obter informações sobre os programas de gestão de medicamentos.

B. Como terminar a sua adesão ao nosso plano

Se decidir terminar a sua adesão, informe o Rhode Island Medicaid ou o Medicare que pretende sair do Neighborhood INTEGRITY:

- Ligue para a Linha de Inscrição no Plano Medicare-Medicaid através do número 1-844-602-3469, de segunda a sexta-feira, das 8:00 às 18:00 horas. Os utilizadores TDD devem ligar o 711; **OU**



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 (TDD 711), das 8h00 às 20h00, de segunda a sexta-feira; das 8h00 às 12h00 ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

- Ligue para o Medicare através do número 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas por dia, 7 dias por semana. Os utilizadores TDD (pessoas com dificuldade em ouvir ou falar) devem ligar para 1-877-486-2048. Ao telefonar para o 1-800-MEDICARE, também pode inscrever-se noutro plano de saúde ou de medicamentos Medicare. Para mais informações sobre como obter os seus serviços Medicare quando sai do nosso plano, consulte a tabela na página 222.

C. Como obter serviços Medicare e Medicaid separadamente

Se deixar o Neighborhood INTEGRITY, voltará a receber os seus serviços Medicare e Medicaid separadamente.

C1. Formas de obter serviços Medicare

Terá a possibilidade de escolher a forma como recebe as prestações do Medicare.

Tem três opções para obter os seus serviços Medicare. Ao escolher uma destas opções, termina automaticamente a sua adesão ao nosso plano.

1. Pode mudar para: Um plano de saúde Medicare, como um plano Medicare Advantage ou um Programa de Cuidados Inclusivos para Idosos (PACE)	Eis o que fazer: Ligue para o Medicare através do número 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas por dia, 7 dias por semana. Os utilizadores TDD devem ligar para o número 1-877-486-2048 para se inscreverem no novo plano de saúde Medicare-only. Se precisar de ajuda ou de mais informações: • Contacte o Rhode Island SHIP através do número 1-888-884-8721 ou o The POINT através do número 1-401-462-4444. Os utilizadores de TDD devem ligar para o 711. Será automaticamente retirado da inscrição do Neighborhood INTEGRITY quando a cobertura do seu novo plano começar.
2. Pode mudar para: Original Medicare com um plano de medicamentos sujeitos a receita médica	Eis o que fazer: Ligue para o Medicare através do número 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas por dia, 7 dias por semana. Os utilizadores



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 (TDD 711), das 8h00 às 20h00, de segunda a sexta-feira; das 8h00 às 12h00 ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Medicare separado	TDD devem ligar 1-877-486-2048. Se precisar de ajuda ou de mais informações: • Contacte o Rhode Island SHIP através do número 1-888-884-8721 ou o The POINT através do número 1-401-462-4444. Os utilizadores de TDD devem ligar para o 711. Será automaticamente retirado do Neighborhood INTEGRITY quando a sua cobertura do Medicare Original começar.
---------------------------------	--

3. Pode mudar para: Original Medicare sem um plano de medicamentos sujeitos a receita médica Medicare separado NOTA: Se mudar para o Original Medicare e não se inscrever num plano de medicamentos sujeitos a receita médica Medicare separado, o Medicare pode inscrevê-lo num plano de medicamentos, a não ser que diga ao Medicare que não quer aderir. Só deve desistir da cobertura de medicamentos sujeitos a receita médica se tiver cobertura de medicamentos de outra fonte, como uma entidade patronal ou um sindicato. Se tiver dúvidas sobre se necessita de cobertura para medicamentos, ligue para o SHIP de Rhode Island através do número 1-888-884-8721 ou para o The POINT através do número 1-401-462-4444, os utilizadores de TDD devem ligar para o 711. Irão encaminhá-lo para um conselheiro do Programa de Assistência de Seguro de Saúde do Estado (SHIP).	Eis o que fazer: Ligue para o Medicare através do número 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas por dia, 7 dias por semana. TTY users should call 1-877-486-2048. Se precisar de ajuda ou de mais informações: • Contacte o Rhode Island SHIP através do número 1-888-884-8721 ou o The POINT através do número 1-401-462-4444. Os utilizadores de TDD devem ligar para o 711. Será automaticamente retirado do Neighborhood INTEGRITY quando a sua cobertura do Medicare Original começar.
---	---



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 (TDD 711), das 8h00 às 20h00, de segunda a sexta-feira; das 8h00 às 12h00 ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

C2. Como obter os seus serviços Medicaid

Se deixar o plano Medicare-Medicaid, receberá os seus serviços Medicaid diretamente através da Taxa de serviço Medicaid de Rhode Island (FFS).

Os seus serviços Medicaid incluem a maioria dos serviços e apoios a longo prazo (LTSS) e cuidados de saúde comportamental.

D. Continuar a receber os seus serviços médicos e medicamentos através do nosso plano até a sua filiação terminar

Se sair do Neighborhood INTEGRITY, pode levar algum tempo até que a sua filiação termine e a sua nova cobertura do Medicare e do Rhode Island Medicaid comece. Durante este período, continue a receber os seus medicamentos sujeitos a receita médica e cuidados de saúde através do nosso plano.

- Utilize os prestadores da nossa rede para receber cuidados médicos.
- **Utilize as farmácias da nossa rede**, incluindo através dos nossos serviços de farmácia por correspondência, **para aviar as suas receitas**.
- Se for hospitalizado no dia em que a sua afiliação ao Neighborhood INTEGRITY terminar, o nosso plano até receber alta. Isto acontece mesmo que a sua nova cobertura de saúde comece antes de receber alta.

E. Continuar a receber os seus artigos médicos, serviços e medicamentos através do nosso plano até a sua adesão terminar

Estes são os casos em que o Neighborhood INTEGRITY deve terminar a sua adesão ao plano:

- Se houver uma interrupção na sua cobertura Medicare Parte A e Parte B.
- Se já não reunir as condições de acesso ao Rhode Island Medicaid. O nosso plano destina-se a pessoas que reúnem as condições de acesso ao Medicare e ao Rhode Island Medicaid.
- Se sair da nossa área de serviço.
- Se estiver ausente da nossa área de serviço durante mais de seis meses.
 - Se mudar de casa ou fizer uma viagem longa, tem de contactar os Serviços para Membros para saber se o local para onde se vai mudar ou para onde viaja se encontra na área de assistência do nosso plano.
- Se for detido ou preso por um delito criminal.



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 (TDD 711), das 8h00 às 20h00, de segunda a sexta-feira; das 8h00 às 12h00 ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

- Se mentir ou ocultar informações sobre outro seguro que tenha para medicamentos sujeitos a receita médica.
- Se não for cidadão dos Estados Unidos ou não estiver legalmente presente nos Estados Unidos.
 - Tem de ser um cidadão dos Estados Unidos ou estar legalmente presente nos Estados Unidos para ser Membro do nosso plano.
 - Os Centros de Serviços do Medicare e Medicaid notificar-nos-ão se não for elegível para continuar a ser membro nesta base.
 - Teremos de anular a sua inscrição se não cumprir este requisito.

Só podemos obrigá-lo a sair do nosso plano pelos seguintes motivos se obtivermos primeiro autorização do Medicare e do Rhode Island Medicaid:

- Se se comportar continuamente de uma forma que seja perturbadora e nos dificulte a prestação de cuidados médicos a si e a outros Membros do nosso plano.
- Se deixar que outra pessoa utilize o seu Cartão de Identificação de Membro para obter cuidados médicos.
 - Se terminarmos a sua inscrição por este motivo, a Medicare pode mandar investigar o seu caso pelo Inspetor-Geral.

F. Regras contra pedir-lhe que abandone o nosso plano por qualquer motivo relacionado com a saúde

Se achar que lhe está a ser pedido que abandone o nosso plano por um motivo relacionado com a saúde, deve contactar a Medicare através do número 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Os utilizadores TDD devem ligar para o 1-877-486- 2048. Pode telefonar 24 horas por dia, 7 dias por semana. Também deve contactar o Rhode Island Medicaid. A linha de inscrição no plano Medicare-Medicaid é 1-844-602-3469, das 8:30 às 18:00, de segunda a sexta-feira. Os utilizadores de TDD devem ligar para o 711.



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 (TDD 711), das 8h00 às 20h00, de segunda a sexta-feira; das 8h00 às 12h00 ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

G. O seu direito de apresentar uma queixa se terminarmos a sua adesão ao nosso plano

Se terminarmos a sua adesão ao nosso plano, temos de o informar por escrito dos nossos motivos para terminar a sua adesão. Também temos de explicar como pode apresentar uma queixa ou apresentar uma queixa sobre a nossa decisão de terminar a sua adesão. Pode também consultar o Capítulo 9, Secção J para obter informações sobre como apresentar uma queixa.

H. Como obter mais informações sobre o fim da sua adesão ao plano

Se tiver dúvidas ou pretender obter mais informações sobre quando podemos terminar a sua filiação, pode contactar os Serviços para Membros através do número 1-844-812-6896 (TDD 711).



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 (TDD 711), das 8h00 às 20h00, de segunda a sexta-feira; das 8h00 às 12h00 ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Clique ou toque aqui para introduzir o texto.

Capítulo 11: Avisos Legais

Introdução

Este capítulo inclui avisos legais que se aplicam à sua filiação no Neighborhood INTEGRITY. Os termos-chave e as suas definições aparecem por ordem alfabética no último capítulo do *Manual do Membro*.

Índice

A. Aviso sobre a legislação	224
B. Aviso sobre não-discriminação.....	224
C. Aviso sobre o Medicare como segundo pagador.....	225



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 (TDD 711), das 8h00 às 20h00, de segunda a sexta-feira; das 8h00 às 12h00 ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

A. Aviso sobre a legislação

O presente *Manual do Membro* é abrangido por várias leis. Estas leis podem afetar os seus direitos e responsabilidades, mesmo que as leis não sejam incluídas ou explicadas neste manual. As principais leis que se aplicam a este manual são as leis federais sobre os programas Medicare e Medicaid. Podem também aplicar-se outras leis federais e estatais.

B. Aviso sobre não-discriminação

Todas as empresas ou agências que trabalham com o Medicare e o Medicaid devem cumprir as leis que o protegem de discriminação ou tratamento injusto. Não o discriminamos nem o tratamos de forma diferente devido à sua idade, experiência em matéria de queixas, cor, etnia, prova de seguro, género, informações genéticas, localização geográfica na área de serviço, estado de saúde, historial médico, incapacidade mental ou física, nacionalidade, raça, religião, sexo ou orientação sexual. Além disso, não pode ser tratado de forma diferente devido aos seus recursos de cuidados de saúde, comportamento, identidade de género, expressão de género, capacidade mental, receção de cuidados de saúde ou utilização de serviços de cuidados de saúde.

É nossa responsabilidade tratá-lo com dignidade e respeito em todas as circunstâncias. Se pretender mais informações ou tiver preocupações sobre discriminação ou tratamento injusto:

- Contacte o Departamento de Saúde e Serviços Humanos, Gabinete dos Direitos Cívicos, através do número 1-800-368-1019. Os utilizadores de TDD podem ligar para 1-800-537-7697. Pode visitar www.hhs.gov/ocr para mais informações.
- Também pode contactar o Gabinete dos Direitos Cívicos local.
 - Comissão dos Direitos Humanos de Rhode Island, através do número 1-401-222-2661. Os utilizadores TDD devem ligar para o 1-401-222-2664. Pode visitar www.richr.ri.gov para mais informações.
 - Oficial de Ligação de Relações Comunitárias do Departamento de Serviços Humanos de Rhode Island, através do número 1-401-415-8500. Os utilizadores TDD devem ligar para o 1-401-462-6239 ou 711.

Se for portador de uma deficiência e precisar de ajuda para aceder aos serviços de cuidados de saúde ou a um prestador, contacte os Serviços para Membros. Se tiver uma queixa, como um problema de acesso a uma cadeira de rodas, os Serviços para Membros podem ajudá-lo.



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 (TDD 711), das 8h00 às 20h00, de segunda a sexta-feira; das 8h00 às 12h00 ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

C. Aviso sobre o Medicare como segundo pagador

Por vezes, os serviços que lhe prestamos têm de ser pagos primeiro por outra pessoa. Por exemplo, se tiver um acidente de viação ou se se lesionar no trabalho, o seguro ou a indemnização por acidente de trabalho tem de pagar primeiro.

Temos o direito e a responsabilidade de cobrar os serviços cobertos pelo Medicare para os quais o Medicare não é o primeiro pagador.



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 (TDD 711), das 8h00 às 20h00, de segunda a sexta-feira; das 8h00 às 12h00 ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

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 são indicados por ordem alfabética. Se não conseguir encontrar o termo que procura ou se necessitar de mais informações do que as incluídas na definição, contacte os Serviços para Membros.

Agência estatal do Medicaid: Consulte "Gabinete Executivo de Saúde e Serviços Humanos de Rhode Island."

Ajuda extra: Programa da Medicare que ajuda as pessoas com rendimentos e recursos limitados a reduzir os custos dos medicamentos sujeitos a receita médica da Parte D da Medicare, tais como prémios, franquias e copagamentos. A Ajuda Extra é também designada por "Subsídio para Rendimentos Baixos" ou "LIS".

Anulação da inscrição: O processo de terminar a sua adesão ao nosso plano. A anulação da inscrição pode ser voluntária (escolha do próprio) ou involuntária (não escolha do próprio).

Área de serviço: Uma área geográfica onde um plano de saúde aceita Membros se limitar a adesão com base no local onde as pessoas vivem. Para os planos que limitam os prestadores de serviços e hospitais que pode utilizar, é também geralmente a área onde pode obter serviços de rotina (não urgentes). A área de serviço do Neighborhood INTEGRITY é o Estado de Rhode Island. Apenas as pessoas que vivem na nossa área de serviço podem obter o Neighborhood INTEGRITY. Se se mudar para fora de Rhode Island, não pode manter-se neste plano.

Atividades da vida diária: As coisas que as pessoas fazem num dia normal, como comer, ir à casa de banho, vestir-se, tomar banho ou lavar os dentes

Audição justa: Uma oportunidade para contar o seu problema em tribunal ou no Gabinete de Audiências Justas do Estado e mostrar que uma decisão que tomámos está errada.

Autorização prévia (PA): Uma autorização do Neighborhood INTEGRITY que o membro deve obter antes de poder obter um serviço ou medicamento específico ou usar um prestador fora da rede. O Neighborhood INTEGRITY pode não cobrir o serviço ou medicamento se o membro não obtiver aprovação.

Alguns serviços médicos da rede estão cobertos apenas se o seu médico ou outro prestador da rede receber PA do nosso plano.

- Os serviços cobertos que necessitam de AP estão assinalados na Tabela de Benefícios no Capítulo 4, Secção F.

Alguns medicamentos só estão cobertos se obtiver a PA da nossa parte.



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 (TDD 711), das 8h00 às 20h00, de segunda a sexta-feira; das 8h00 às 12h00 ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Os medicamentos cobertos que necessitam de PA estão assinalados na *Lista de Medicamentos Cobertos*.

Auxiliar de saúde ao domicílio: Uma pessoa que presta serviços que não requerem as competências de um enfermeiro ou terapeuta licenciado, como a ajuda nos cuidados pessoais (como tomar banho, usar a casa de banho, vestir-se ou fazer os exercícios prescritos). Os auxiliares de saúde ao domicílio não têm licença de enfermagem nem fazem terapia.

Avaliação: Uma revisão do historial de cuidados de saúde e do estado atual do doente. É utilizado para determinar o estado de saúde do doente e a forma como este pode evoluir no futuro.

Beneficiário do Medicare-Medicaid: Uma pessoa que se qualifica para a cobertura Medicare e Medicaid. Um inscrito no Medicare-Medicaid também é designado por "indivíduo duplamente elegível".

Biossimilar: Um medicamento sujeito a receita médica que é considerado muito semelhante, mas não idêntico, ao produto biológico original. Os biossimilares geralmente funcionam tão bem e são tão seguros quanto o produto biológico original; no entanto, os biossimilares geralmente exigem uma nova prescrição para substituir o produto biológico original. Os biossimilares permutáveis cumprirem requisitos adicionais que permitem a sua substituição pelo produto biológico original na farmácia sem uma nova prescrição, sujeito às leis estatais.

Centro cirúrgico ambulatorio: Uma instalação que fornece cirurgia de ambulatorio a doentes que não necessitam de cuidados hospitalares e que não se prevê que necessitem de mais de 24 horas de cuidados.

Centro de enfermagem especializado (SNF): Um centro 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 conexos.

Centro de reabilitação ambulatorio integral (CORF): Uma instalação que presta principalmente serviços de reabilitação após uma doença, acidente ou operação importante. 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.

Centros para os serviços Medicare e Medicaid (CMS): A agência federal responsável pelo Medicare. O Capítulo 2, Secção G, explica como contactar a CMS.

Cuidados de emergência: Serviços cobertos que são prestados por um prestador com formação para prestar serviços de emergência e necessários para tratar uma emergência médica.

Cuidados num centro de enfermagem especializado (SNF): Cuidados de enfermagem especializados e serviços de reabilitação prestados numa base contínua e diária, numa instalação de enfermagem especializada. Exemplos de cuidados em instalações de enfermagem especializadas incluem fisioterapia ou injeções intravenosas (IV) que podem ser administradas por um enfermeiro registado ou por um médico.

Cuidados paliativos: Um programa de cuidados e apoio para ajudar as pessoas que têm um prognóstico terminal a viver confortavelmente. Um prognóstico terminal significa que uma pessoa tem uma doença terminal e que se espera que tenha seis meses ou menos de vida.



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 (TDD 711), das 8h00 às 20h00, de segunda a sexta-feira; das 8h00 às 12h00 ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações,** visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

- Um inscrito que tenha um prognóstico terminal tem o direito de optar por um serviço de cuidados paliativos.
- Uma equipa de profissionais e prestadores de cuidados especialmente formados presta cuidados a toda a pessoa, incluindo as necessidades físicas, emocionais, sociais e espirituais.

O Neighborhood INTEGRITY deve fornecer-lhe uma lista de prestadores de cuidados paliativos na sua área geográfica.

Decisão de cobertura: Uma decisão sobre as prestações que cobrimos. Isto inclui decisões sobre medicamentos e serviços cobertos ou o montante que pagaremos pelos seus serviços de saúde. O Capítulo 9, Secção D, explica como nos pode solicitar uma decisão de cobertura.

Determinação da organização: O plano determina uma organização quando ele, ou um dos seus prestadores, toma uma decisão sobre se os serviços estão cobertos ou quanto tem de pagar pelos serviços cobertos. Neste manual, as determinações da organização são designadas por "decisões de cobertura". O Capítulo 9, Secção D, explica como nos pode solicitar uma decisão de cobertura.

Emergência: Uma emergência médica é quando o membro, ou qualquer outra pessoa com conhecimentos médios de saúde e medicina, considera que tem sintomas médicos que necessitam de cuidados médicos imediatos para evitar a morte, a perda de uma parte do corpo ou a perda ou perturbação grave de uma função corporal e, se for uma mulher grávida, a perda de um feto. Os sintomas médicos podem ser uma lesão grave ou uma dor intensa.

Equipa de cuidados: Uma equipa de cuidados pode incluir médicos, enfermeiros, conselheiros ou outros profissionais de saúde que estão lá para o ajudar a obter os cuidados de que necessita. A sua equipa de cuidados também o ajudará a elaborar um plano de cuidados.

Equipamento Médico Duradouro (DME): Certos artigos que o seu médico lhe pede para serem utilizados na sua própria casa. Exemplos destes artigos são cadeiras de rodas, muletas, sistemas de colchões elétricos, material para diabéticos, camas hospitalares encomendadas por um prestador para utilização no domicílio, bombas de infusão intravenosa, dispositivos geradores de fala, equipamento e material de oxigénio, nebulizadores e andarilhos.

Especialista: Um prestador de cuidados de saúde que presta cuidados de saúde a uma doença específica ou a uma parte do corpo.

Exceção: Autorização para obter cobertura para um medicamento que normalmente não está coberto ou para utilizar o medicamento sem determinadas regras e limitações.

Farmácia da rede: Uma farmácia (loja de medicamentos) que concordou em aviar receitas médicas para o nosso Membro do plano. Chamamos-lhes "farmácias da rede" porque concordaram em trabalhar com o nosso plano. Na maioria dos casos, as suas receitas médicas só estão cobertas se forem aviadas numa das farmácias da nossa rede.

Farmácia fora da rede: Uma farmácia que não tenha concordado em trabalhar com o nosso plano para coordenar ou fornecer medicamentos cobertos aos Membros do nosso plano. A maioria dos



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 (TDD 711), das 8h00 às 20h00, de segunda a sexta-feira; das 8h00 às 12h00 ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações,** visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

medicamentos que obtém em farmácias não pertencentes à rede não estão cobertos pelo nosso plano, exceto se se aplicarem determinadas condições.

Faturação incorreta/inadequada: Uma situação em que um prestador (como um médico ou hospital) cobra mais do que o montante de partilha de custos do plano pelos serviços. Mostre o seu Cartão de Identificação de Membro do Neighborhood INTEGRITY quando receber quaisquer serviços ou receitas. Contacte os Serviços para Membros se receber alguma fatura que não compreenda.

Uma vez que o Neighborhood INTEGRITY paga a totalidade do custo dos seus serviços, não deve qualquer partilha de custos. Os prestadores de serviços não devem faturar nada por estes serviços.

Ferramenta de benefícios em tempo real: Um portal ou aplicação informática em que os inscritos podem consultar informações completas, exatas, atempadas, clinicamente adequadas, sobre medicamentos cobertos e benefícios específicos para os inscritos. Isto inclui montantes de comparticipação de custos, medicamentos alternativos que podem ser utilizados para o mesmo problema de saúde que um determinado medicamento e restrições de cobertura (autorização prévia, terapia faseada, limites de quantidade) que se aplicam a medicamentos alternativos.

Gabinete Executivo de Saúde e Serviços Humanos de Rhode Island (EOHHS): A agência estatal responsável pela administração do programa Medicaid em Rhode Island. O Capítulo 2, Secção H, explica como contactar o EOHHS.

Gestor de cuidados: Uma pessoa principal que trabalha consigo, com o plano de saúde e com os seus prestadores de cuidados para garantir que obtém os cuidados de que necessita.

Informações pessoais de saúde (também designadas por informações de saúde protegidas) (PHI): Informações sobre o utilizador e a sua saúde, tais como o seu nome, morada, número de segurança social, consultas médicas e historial médico. Consulte o Aviso de Práticas de Privacidade do Neighborhood INTEGRITY para obter mais informações sobre como o Neighborhood INTEGRITY protege, usa e divulga a sua PHI, bem como os seus direitos em relação à sua PHI.

Internamento: Termo utilizado quando foi formalmente admitido no hospital para receber serviços médicos especializados. Se não tiver sido formalmente admitido, poderá ser considerado um doente ambulatorio em vez de um doente internado, mesmo que passe a noite.

Lar ou estabelecimento de cuidados de saúde: Um local que presta cuidados a pessoas que não podem receber cuidados em casa, mas que não precisam de estar no hospital.

Lista de Medicamentos Cobertos (Lista de Medicamentos): Uma lista dos medicamentos sujeitos a receita médica cobertos pelo plano. O plano seleciona os medicamentos desta lista com a ajuda de médicos e farmacêuticos. A Lista de Medicamentos indica-lhe se existem regras que deve seguir para obter os seus medicamentos. A Lista de Medicamentos é por vezes designada por "formulário".

Limites de quantidade: Um limite para a quantidade de um medicamento que se pode tomar. Pode haver limites para a quantidade do medicamento que cobrimos por receita médica.



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 (TDD 711), das 8h00 às 20h00, de segunda a sexta-feira; das 8h00 às 12h00 ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações,** visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Medicamentos de venda livre (OTC): Os medicamentos de venda livre referem-se a qualquer droga ou medicamento que uma pessoa pode comprar sem receita médica de um profissional de saúde.

Medicamentos da Parte D: Consulte "Medicamentos Medicare Parte D."

Medicare Parte A: O programa Medicare que cobre a maior parte dos cuidados médicos necessários em hospitais, instalações de enfermagem especializadas, cuidados de saúde ao domicílio e cuidados paliativos.

Medicare Parte B: O programa Medicare que cobre serviços (como testes laboratoriais, cirurgias e visitas a prestadores de cuidados de saúde) e consumíveis (como cadeiras de rodas e andarilhos) que sejam clinicamente necessários para tratar uma doença ou condição. A Parte B da Medicare também cobre muitos serviços preventivos e de rastreio.

Medicare Parte C: O programa Medicare que permite que as companhias de seguros de saúde privadas forneçam benefícios Medicare através de um Plano Medicare Advantage.

Medicare Parte D: O programa de prestações de medicamentos sujeitos a receita médica Medicare. (Chamamos a este programa "Parte D" para abreviar). A Parte D abrange medicamentos sujeitos a receita médica em ambulatório, vacinas e alguns produtos não cobertos pela Parte A ou Parte B do Medicare ou pelo Medicaid. O Neighborhood INTEGRITY inclui a Parte D da Medicare.

Medicaid (ou Assistência Médica): Um programa gerido pelo governo federal e pelo estado que ajuda as pessoas com rendimentos e recursos limitados a pagar os serviços e apoios a longo prazo (LTSS) e os custos médicos.

- Cobre serviços extras e medicamentos não cobertos pelo Medicare.
- Os programas Medicaid variam de estado para estado, mas a maioria dos custos de cuidados de saúde são cobertos se se qualificar tanto para o Medicare como para o Medicaid.

Consulte o Capítulo 2, Secção H para obter informações sobre como contactar a Medicaid no seu estado.

Medicamento necessário: Isto descreve os serviços, fornecimentos ou medicamentos de que necessita para prevenir, diagnosticar ou tratar uma condição médica ou para manter o seu estado de saúde atual. Isto inclui cuidados que o impedem de ir para um hospital ou lar de idosos. Significa também que os serviços, fornecimentos ou medicamentos cumprem as normas aceites da prática médica.

Medicare: 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 (geralmente pessoas com insuficiência renal permanente que necessitam de diálise ou de um 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").



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 (TDD 711), das 8h00 às 20h00, de segunda a sexta-feira; das 8h00 às 12h00 ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações,** visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Medicamentos cobertos: O termo que utilizamos para designar todos os medicamentos sujeitos a receita médica cobertos pelo nosso plano.

Medicamento de marca: Um medicamento sujeito a receita médica que é fabricado e vendido pela empresa que originalmente fabricou o medicamento. Os medicamentos de marca têm os mesmos ingredientes ativos que as versões genéricas dos medicamentos. Os medicamentos genéricos são fabricados e vendidos por outras empresas farmacêuticas.

Medicamento genérico: Um medicamento sujeito a receita médica que é aprovado pelo governo federal para ser utilizado em vez de um medicamento de marca. Um medicamento genérico tem os mesmos ingredientes ativos que um medicamento de marca. Normalmente é mais barato e funciona tão bem como o medicamento de marca.

Medicamentos Medicare Parte D: Medicamentos que podem ser cobertos pela Parte D do Medicare. O Congresso excluiu especificamente determinadas categorias de medicamentos da cobertura como medicamentos da Parte D. O Medicaid pode cobrir alguns destes medicamentos.

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 (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 substitutos, que explicam a sua cobertura, o que devemos fazer, os seus direitos e o que deve fazer como Membro do nosso plano.

Necessidade urgente de cuidados: Cuidados que recebe por uma doença súbita, ferimento ou condição que não é uma emergência, mas que necessita de cuidados imediatos. Pode obter cuidados urgentes de prestadores que não pertencem à rede quando os prestadores da rede não estão disponíveis ou quando não consegue chegar até eles.

Níveis de medicamentos: Grupos de medicamentos da nossa Lista de Medicamentos. Os medicamentos genéricos, de marca ou de venda livre (OTC) são exemplos de níveis de medicamentos. Cada medicamento da Lista de Medicamentos encontra-se num dos 3 níveis.

Organização para a Melhoria da Qualidade (QIO): Um grupo de médicos e outros especialistas em cuidados de saúde que ajudam a melhorar a qualidade dos cuidados prestados às pessoas com Medicare. São pagos pelo governo federal para verificar e melhorar os cuidados prestados aos doentes. Consulte o Capítulo 2, Secção F para obter informações sobre como contactar o QIO do seu estado.

Original Medicare (Medicare tradicional ou Medicare pago): O Original Medicare é oferecido pelo governo. Ao abrigo do Original Medicare, os serviços Medicare são cobertos através do pagamento a médicos, hospitais e outros prestadores de cuidados de saúde de montantes fixados 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: Parte A (seguro hospitalar) e Parte B (seguro médico).



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 (TDD 711), das 8h00 às 20h00, de segunda a sexta-feira; das 8h00 às 12h00 ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações,** visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

- O Original Medicare está disponível em todo o território dos Estados Unidos.

Se não quiser aderir ao nosso plano, pode optar pelo Original Medicare.

Parte A: Consulte "Medicare Parte A."

Parte B: Consulte "Medicare Parte B."

Parte C: Consulte "Medicare Parte C."

Parte D: Consulte "Medicare Parte D"

Plano de cuidados: Um plano sobre os serviços de saúde que irá receber e como os irá receber.

Plano Medicare Advantage: Um programa Medicare, também conhecido como "Medicare Parte C" ou "Planos MA", que oferece planos através de empresas privadas. O Medicare paga a estas empresas para cobrirem as suas prestações do Medicare.

Prestador de cuidados primários (PCP): O seu prestador de cuidados primários é o médico ou outro prestador a quem recorre em primeiro lugar para a maioria dos problemas de saúde.

- Asseguram que recebe os cuidados de que necessita para se manter saudável. Também podem falar com outros médicos e prestadores de cuidados de saúde sobre os seus cuidados e encaminhá-lo para eles.
- Em muitos planos de saúde Medicare, tem de recorrer ao seu prestador de cuidados primários antes de recorrer a qualquer outro prestador de cuidados de saúde.

Consulte o Capítulo 3, Secção D, para obter informações sobre como obter cuidados dos prestadores de cuidados primários.

Prestador não pertencente à rede ou estabelecimento não pertencente à rede: Um prestador ou estabelecimento que não é empregado, propriedade ou operado pelo nosso plano e que não está sob contrato para prestar serviços cobertos aos Membros do nosso plano. O Capítulo 3, Secção D, explica os prestadores ou estabelecimentos que não pertencem à rede.

Provedor de Justiça: Um gabinete no seu estado que trabalha como advogado em seu nome. Podem responder a perguntas se tiver um problema ou uma queixa e podem ajudá-lo a compreender o que deve fazer. Os serviços do Provedor são gratuitos. Pode encontrar mais informações sobre o Provedor nos capítulos 2 e 9 do presente manual.

Prestador de rede: "Prestador" é o termo geral que utilizamos para designar 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, equipamento médico e serviços e apoios a longo prazo.

- São licenciados ou certificados pelo Medicare e pelo Estado para prestar serviços de cuidados de saúde.



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 (TDD 711), das 8h00 às 20h00, de segunda a sexta-feira; das 8h00 às 12h00 ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações,** visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

- Chamamos-lhes "prestadores da rede" quando aceitam trabalhar com o plano de saúde, aceitam o nosso pagamento e não cobram aos nossos Membros um montante adicional.

Enquanto for membro do nosso plano, tem de utilizar os prestadores da rede para obter os serviços cobertos. Os prestadores da rede também são designados por "prestadores do plano".

Produto biológico: Um medicamento sujeito a receita médica que é fabricado a partir de fontes naturais e vivas, como células animais, células vegetais, bactérias ou leveduras. Os produtos biológicos são mais complexos do que outros medicamentos e não podem ser copiados exatamente, pelo que as formas alternativas são designadas por biossimilares. Os biossimilares funcionam geralmente tão bem e são tão seguros como os produtos biológicos originais.

Próteses e Ortopedia: Trata-se de dispositivos médicos encomendados pelo seu médico ou outro prestador de cuidados de saúde. Os artigos cobertos incluem, entre outros, aparelhos para braços, costas e pescoço; membros artificiais; olhos artificiais; e dispositivos necessários para substituir uma parte ou função interna do corpo, incluindo material para ostomia e terapia de nutrição entérica e parentérica.

Queixa: Uma declaração escrita ou oral dizendo que tem um problema ou preocupação com os serviços ou cuidados cobertos. Isto inclui quaisquer preocupações sobre a qualidade dos seus cuidados, os nossos prestadores da rede ou as nossas farmácias da rede. O nome formal para "apresentar uma queixa" é "apresentar uma reclamação".

Reclamação: Uma queixa que faça contra nós ou contra um dos nossos fornecedores ou farmácias da rede. Isto inclui uma queixa sobre a qualidade dos seus cuidados.

Recurso: Uma forma de contestar a nossa ação se considerar que cometemos um erro. Pode pedir-nos para alterar uma decisão de cobertura através da apresentação de um recurso. A Secção D do Capítulo 9 explica os recursos, incluindo a forma de interpor um recurso.

Rendimento suplementar de segurança (SSI): Prestação mensal paga pela Segurança Social a pessoas com rendimentos e recursos limitados, portadoras de deficiência, cegas ou com idade igual ou superior a 65 anos. As prestações de SSI não são iguais às prestações da Segurança Social.

Serviços cobertos pelo Medicare: Serviços cobertos pela Parte A e Parte B do Medicare. Todos os planos de saúde Medicare, incluindo o nosso plano, têm de cobrir todos os serviços cobertos pela Parte A e Parte B do Medicare.

Serviços de reabilitação: Tratamento que o ajuda a recuperar de uma doença, acidente ou operação importante. Consulte o Capítulo 4, Secção D para saber mais sobre os serviços de reabilitação.

Serviços e apoios a longo prazo (LTSS): Os serviços e apoios a longo prazo são serviços que ajudam a melhorar uma condição médica a longo prazo. A maioria destes serviços ajuda-o a permanecer em sua casa para que não tenha de ir para um lar de idosos ou para um hospital.



Serviços cobertos: O termo geral que utilizamos para designar todos os cuidados de saúde, serviços e apoios a longo prazo (LTSS), consumíveis, medicamentos sujeitos a receita médica e de venda livre, equipamento e outros serviços cobertos pelo nosso plano.

Serviços e apoios a longo prazo (LTSS): Os serviços e apoios a longo prazo são serviços que ajudam a melhorar uma condição médica a longo prazo. A maioria destes serviços ajuda-o a permanecer em sua casa para que não tenha de ir para um lar de idosos ou para um hospital.

Serviços para Membros: Um departamento do nosso plano responsável por responder às suas perguntas sobre a sua filiação, benefícios, queixas e recursos. Consulte o Capítulo 2, secção A, para obter informações sobre como contactar os Serviços para Membros.

Terapia por etapas: Uma regra de cobertura que exige que experimente primeiro outro medicamento antes de cobrirmos o medicamento que está a pedir.



Serviços dos Membros do Neighborhood INTEGRITY

TELEFONE	1-844-812-6896 As chamadas para este número são gratuitas. Das 8h00 às 20h00, de segunda a sexta-feira; das 8h00 às 12h00 ao sábado Aos sábados à tarde, domingos e feriados, pode ser-lhe pedido que deixe uma mensagem. A sua chamada será respondida no dia útil seguinte. Os Serviços para Membros também dispõem de serviços de intérpretes linguísticos gratuitos para quem não fala inglês.
TDD	711 As chamadas para este número são gratuitas. Das 8:00 às 20:00 horas, de segunda a sexta-feira; das 8:00 às 12:00 horas ao sábado. Aos sábados à tarde, domingos e feriados, pode ser-lhe pedido que deixe uma mensagem. A sua chamada será respondida no dia útil seguinte.
CORREIO	Neighborhood Health Plan of Rhode Island 910 Douglas Pike Smithfield, RI 02917
SÍTIO WEB	www.nhpri.org/INTEGRITY



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 (TDD 711), das 8h00 às 20h00, de segunda a sexta-feira; das 8h00 às 12h00 ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.