



1 de janeiro de 2024 – 31 de dezembro de 2024

A sua saúde e cobertura de medicamentos ao abrigo do plano CCA One Care Medicare-Medicaid

***Manual do Associado* Introdução**

Este manual informa-o sobre a sua cobertura ao abrigo do CCA One Care até 31 de dezembro de 2024. Explica os serviços de cuidados de saúde, a cobertura de saúde comportamental, a cobertura dos medicamentos prescritos e serviços e cuidados continuados. Os serviços e cuidados continuados fornecem os cuidados de que precisa em casa e/ou na comunidade e podem reduzir as suas probabilidades de ter de recorrer a uma clínica de enfermagem ou hospital. Os termos-chave e as suas definições aparecem por ordem alfabética no último capítulo do *Manual do Associado*.

Este é um documento legal importante. Guarde-o num local seguro.

O CCA One Care (Plano Medicare-Medicaid) é oferecido pela Commonwealth Care Alliance, Inc. Sempre que este *Manual do Associado* indica “nós”, “nos” ou “nosso”, isso significa Commonwealth Care Alliance, Inc. Sempre que indica “o plano” ou “o nosso plano”, significa o CCA One Care.

ATTENTION: If you speak Spanish, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 866-610-2273 (TTY 711), 8 am to 8 pm, 7 days a week. This call is free.

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios de asistencia lingüística gratuitos. Llame al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 a 20 horas, 7 días a la semana. La llamada es gratuita.

Pode obter este documento gratuitamente noutros formatos, como letras grandes, formatos que funcionam com tecnologia de leitor de ecrã, braille ou áudio. Ligue para 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. A chamada é gratuita.

Conservaremos a sua solicitação de formatos alternativos e linguagem especial em ficheiro para envios futuros. Contacte o Serviço de Apoio a Associados (em inglês “Member Services”) através do número 866-610-2273 (TTY 711) para alterar para o idioma e/ou formato da sua preferência.

H0137_24_Handbook_C



Se tiver dúvidas, telefone para o CCA One Care através do número 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.ccama.org. 1

Serviços de intérprete em vários idiomas

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-866-610-2273 (TTY 711). Someone who speaks English can help you. This is a free service.

Spanish: 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 1-866-610-2273 (TTY 711). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-866-610-2273 (TTY 711)。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 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 1-866-610-2273 (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。

Tagalog: 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 1-866-610-2273 (TTY 711). Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: 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 1-866-610-2273 (TTY 711). Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: 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 1-866-610-2273 (TTY 711) sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-866-610-2273 (TTY 711). Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-866-610-2273 (TTY 711) 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian: 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 1-866-610-2273 (телетайп 711). Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.



Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على 1-866-610-2273 (رقم هاتف الصم والبكم 711). سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

Hindi: 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 1-866-610-2273 (TTY 711) पर फोन करें। कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है। यह एक मुफ्त सेवा है।

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-866-610-2273 (TTY 711). Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portuguese: 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 1-866-610-2273 (TTY 711). Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: 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 1-866-610-2273 (TTY 711). Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: 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 1-866-610-2273 (TTY 711). Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 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、1-866-610-2273 (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。

Gujarati: અમારી આરોગ્ય અથવા દવાની યોજના વિશે તમને હોય તેવા કોઈપણ પ્રશ્નોના જવાબ આપવા માટે અમારી પાસે મફત દુભાષિયા સેવાઓ છે. દુભાષિયા મેળવવા માટે, અમને ફક્ત 1-866-610-2273 (TTY 711) પર કોલ કરો. અંગ્રેજી/ગુજરાતી બોલતી વ્યક્તિ તમને મદદ કરી શકે છે. આ એક મફત સેવા છે.

Lao/Laotian: ພວກເຮົາມີບໍລິການລ່າມແປພາສາໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າເພື່ອຕອບທຸກຄໍາຖາມທີ່ທ່ານອາດມີກ່ຽວກັບແຜນສຸຂະພາບ ຫຼື ແຜນຢາຂອງພວກເຮົາ. ເພື່ອຂໍລ່າມແປພາສາ, ພຽງໃຫ້ຫາພວກເຮົາທີ່ເບີ 1-866-610-2273 (TTY 711). ຈະມີຜູ້ທີ່ເວົ້າພາສາອັງກິດ/ລາວຊ່ວຍທ່ານໄດ້. ນີ້ແມ່ນການບໍລິການບໍ່ເສຍຄ່າ.

Cambodian: យើងមានសេវាកម្មប្រែច្បាប់មាត់ដោយឥតគិតថ្លៃដើម្បីឆ្លើយសំណួរណាមួយដែលអ្នកអាចមានអំពី គម្រោងសុខភាព ឬផ្តារបស់យើង។ ដើម្បីទទួលបានអ្នកបកប្រែច្បាប់មាត់ សូមហៅទូរសព្ទមកយើងតាមរយៈលេខ 1-866-610-2273 (TTY 711) ។ នរណាម្នាក់ដែលនិយាយភាសាអង់គ្លេស/ភាសាខ្មែរអាចជួយអ្នកបាន។ នេះគឺជាសេវាកម្មដែលឥតគិតថ្លៃ។



Isenções de responsabilidade

- ❖ O Commonwealth Care Alliance (CCA) One Care (Plano Medicare-Medicaid) é um plano de saúde que contrata os programas Medicare e Commonwealth of Massachusetts MassHealth (Medicaid) para fornecer benefícios de ambos os programas aos inscritos. A adesão ao plano depende da renovação dos acordos.
- ❖ Podem aplicar-se limitações e restrições. Para obter mais informações, ligue para o Serviço de Apoio a Associados ou leia o Manual do Associado do CCA One Care. Isso significa que pode ter de pagar por alguns serviços e que é necessário que cumpra determinadas regras para que o CCA One Care pague pelos seus serviços.
- ❖ A Lista de Medicamentos Cobertos (formulário), a rede de farmácias e/ou a rede de fornecedores pode ser alterada a qualquer momento. Receberá um aviso, quando necessário.
- ❖ Os benefícios podem ser alterados a 1 de janeiro de cada ano.
- ❖ A cobertura do CCA One Care é a cobertura de saúde qualificada, denominada “cobertura mínima essencial.” Satisfaz o requisito de responsabilidade partilhada individual do Patient Protection and Affordable Care Act [Lei de Proteção do Doente e Cuidados Acessíveis, ACA]. Consulte o website do Internal Revenue Service (IRS) em www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obter mais informações sobre o requisito de responsabilidade partilhada individual.



Capítulo 1: Primeiros passos como associado

Introdução

Este capítulo inclui informações sobre o CCA One Care, um plano de saúde que cobre todos os seus serviços Medicare e MassHealth, e a sua adesão ao mesmo. Também o informa sobre o que esperar e que outras informações receberá do CCA One Care. Os termos-chave e as suas definições aparecem em ordem alfabética no último capítulo do *Manual do Associado*.

Índice

A. Bem-vindo ao CCA One Care.....	6
B. Informações sobre o Medicare e o MassHealth.....	6
B1. Medicare.....	6
B2. MassHealth.....	7
C. Vantagens do Plano One Care.....	7
D. Área de cobertura do CCA One Care.....	9
E. O que o torna elegível para ser um associado do plano?.....	9
F. O que esperar ao aderir a um plano de saúde pela primeira vez.....	9
G. O seu Plano de Cuidados Individualizados (ICP).....	11
H. Prémio mensal do plano CCA One Care.....	11
I. Manual do Associado.....	11
J. Outras informações importantes que receberá de nós.....	12
J1. O seu cartão de identificação de associado do CCA One Care.....	12
J2. <i>Diretório de Prestadores e Farmácias</i>	13
J3. <i>Lista de Medicamentos Cobertos</i>	14
J4. Explicação dos benefícios.....	14
K. Como manter o registo centralizado de inscrito atualizado.....	14
K1. Privacidade de informações pessoais de saúde (Personal health information, PHI).....	15



Se tiver dúvidas, telefone para o CCA One Care através do número 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.ccama.org.5

A. Bem-vindo ao CCA One Care

O CCA One Care é um plano One Care: MassHealth plus Medicare. Um plano One Care é composto por prestadores de cuidados de saúde, hospitais, farmácias, prestadores de serviços e cuidados continuados (LTSS, do inglês Long-term Services and Supports), prestadores de cuidados de saúde mental, prestadores de cuidados devido a perturbações por uso de substâncias, organizações comunitárias que podem ajudar com necessidades sociais relacionadas com a saúde e outros prestadores de cuidados de saúde. Num plano One Care, um Parceiro de Cuidados (em inglês, “Care Partner”) colaborará consigo para desenvolver um plano que satisfaça as suas necessidades de saúde específicas. Um Parceiro de Cuidados também o ajudará a gerir todos os seus prestadores, serviços e assistência. Todos trabalham conjuntamente para lhe prestar os cuidados de que precisa.

O CCA One Care foi autorizado pela Commonwealth of Massachusetts e os CMS (Centros de Serviços Medicare e Medicaid) a fornecer-lhe serviços no âmbito do One Care.

O One Care é um programa administrado pelo estado do Massachusetts e pelo governo federal com o objetivo de fornecer melhores cuidados de saúde a pessoas que beneficiam do Medicare e do MassHealth (Medicaid). Este programa piloto permite aos governos estadual e federal testar novas formas de melhorar o modo como você obtém os seus serviços de cuidados de saúde Medicare e MassHealth.

O CCA One Care é um sistema de cuidados integrado sem fins lucrativos. Procuramos prestar os melhores cuidados possíveis aos associados que servimos – adultos de todas as idades com necessidades complexas.

O CCA One Care tem como objetivo ajudar os associados a desfrutar da melhor qualidade de vida possível através de uma saúde melhor e maior independência. Procuramos novas e melhores formas de preencher lacunas importantes nos cuidados. Os associados do CCA One Care têm voz ativa nas decisões que afetam os seus cuidados. As nossas equipas de cuidados colaboram com os associados e as suas famílias, prestadores e cuidadores para desenvolver planos de cuidados verdadeiramente personalizados que satisfaçam as necessidades médicas, de saúde comportamental e de assistência social.

B. Informações sobre o Medicare e o MassHealth

B1. Medicare

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

- algumas pessoas com idade inferior a 65 anos com determinadas incapacidades;



Se tiver dúvidas, telefone para o CCA One Care através do número 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.ccama.org.6

- pessoas com idade igual ou superior a 65 anos; e
- pessoas com doença renal em estágio terminal (insuficiência renal).

B2. MassHealth

MassHealth é o nome do programa Medicaid do Massachusetts. O MassHealth é administrado pelo governo federal e pelo estado. O MassHealth ajuda pessoas com rendimentos e recursos limitados a pagar os serviços e cuidados continuados e custos médicos. Também cobre serviços e medicamentos suplementares que não são cobertos pelo Medicare.

Cada estado tem o seu próprio programa Medicaid. Isso significa que cada estado decide:

- o que conta como rendimentos e recursos,
- quem se qualifica para o Medicaid nesse estado,
- que serviços são cobertos, e
- quanto custam esses serviços.

Os estados podem decidir como administrar os seus próprios programas Medicaid, desde que sigam as regras federais.

O Medicare e o Massachusetts têm de aprovar o CCA One Care todos os anos. Pode obter os serviços Medicare e MassHealth por meio do nosso plano, desde que:

- seja elegível para participação no One Care;
- ofereçamos o plano no seu condado; e
- o Medicare e o Massachusetts aprovem o plano.

Mesmo que o nosso plano pare de funcionar, isso não afetará a sua elegibilidade para os serviços Medicare e MassHealth.

C. Vantagens do Plano One Care

Irá agora receber todos os seus serviços cobertos pelo Medicare e MassHealth a partir do CCA One Care. Tal inclui medicamentos sujeitos a receita médica. **Não necessita de pagar mais para aderir a este plano de saúde.**

O CCA One Care ajudará a fazer com que os benefícios para o Medicare e do MassHealth funcionem melhor em conjunto e funcionem melhor para si. Veja abaixo algumas das vantagens de ter o CCA One Care como o seu plano de saúde.



- Poderá ter **um** plano de saúde para **todas** as suas necessidades de seguro de saúde.
- Terá uma Equipa de Cuidados composta por pessoas da sua escolha. Uma Equipa de Cuidados é um grupo de pessoas que conhecerá as suas necessidades e colaborará consigo para ajudá-lo a criar e a realizar um Plano de Cuidados Individualizados (ICP, do inglês “Individualized Care Plan”). A sua Equipa de Cuidados conversará consigo sobre os serviços adequados para si.
- Terá um Parceiro de Cuidados que colaborará consigo, com o plano de saúde e com a sua Equipa de Cuidados para garantir que recebe os cuidados de que precisa.
- Também pode optar por ter um coordenador de cuidados continuados (Long-term Supports, LTS). Os serviços e cuidados continuados destinam-se a pessoas que precisam de assistência nas tarefas diárias, tais como tomar banho, vestir-se, preparar comida e tomar medicamentos.
- Um Coordenador de LTS ajudá-lo-á a encontrar e a obter os LTSS adequados e/ou outros serviços de cuidados de saúde comportamental ou de base comunitária.
 - O Parceiro de Cuidados e o Coordenador de LTS colaboram com a sua Equipa de Cuidados para garantir que recebe os cuidados de que precisa.
- Poderá encarregar-se dos seus próprios cuidados com a ajuda da sua Equipa de Cuidados e do Parceiro de Cuidados.
- A Equipa de Cuidados e o Parceiro de Cuidados colaborarão consigo para criar um Plano de Cuidados Individualizados (ICP) especialmente concebido para satisfazer as suas necessidades de saúde. Irão ajudá-lo a obter os serviços adequados e a organizar os seus cuidados. A Equipa de Cuidados estará encarregue de gerir os serviços de que precisa. 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 seus medicamentos, para que possam reduzir quaisquer efeitos secundários.
 - A sua Equipa de Cuidados irá certificar-se de que todos os seus médicos e outros prestadores têm acesso aos resultados das suas análises.
 - A sua Equipa de Cuidados irá ajudá-lo a marcar consultas com médicos e outros prestadores que o podem ajudar com quaisquer instalações de que precise para quaisquer incapacidades.



D. Área de cobertura do CCA One Care

A nossa área de cobertura inclui **TODAS AS CIDADES E CÓDIGOS POSTAIS** nos seguintes condados no Massachusetts: Barnstable, Berkshire, Bristol, Essex, Franklin, Hampden, Hampshire, Middlesex, Norfolk, Plymouth, Suffolk e Worcester.

Atualmente, não servimos os condados de Dukes ou Nantucket. O CCA One Care destina-se apenas a pessoas que vivem na nossa área de cobertura.

Se se mudar para fora da nossa área de cobertura, não poderá permanecer neste plano. Consulte o Capítulo 8, Secção J, para obter mais informações sobre os efeitos de uma mudança para fora da nossa área de cobertura.

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

É elegível para o nosso plano desde que:

- viva na nossa área de cobertura (os reclusos não são considerados residentes na área de cobertura geográfica, mesmo que estejam fisicamente localizados na mesma); **e**
- tenha o Medicare Part A e o Medicare Parte B e seja elegível para o Part D; **e**
- seja elegível para o MassHealth Standard ou MassHealth CommonHealth e tenha entre 21 e 64 anos no momento da inscrição; **e**
- seja cidadão dos Estados Unidos ou tenha presença legal nos Estados Unidos; **e**
- não esteja inscrito numa renúncia dos Serviços ao domicílio e Comunitários do MassHealth (MassHealth Home and Community-based Services, HCBS); **e**
- não tenha outro seguro de saúde.

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

Se o CCA One Care for um plano novo para si, pode continuar a utilizar os seus prestadores de cuidados de saúde e a obter os seus serviços atuais durante 90 dias ou até a sua avaliação global e o seu Plano de Cuidados Individualizados (ICP) estarem concluídos. A isto chama-se período de Continuidade de Cuidados. Se estiver a tomar quaisquer medicamentos sujeitos a receita médica do Part D do Medicare quando aderir ao nosso plano, pode obter um fornecimento temporário. Iremos ajudá-lo a fazer a transição para outro medicamento, se necessário.



Se tiver dúvidas, telefone para o CCA One Care através do número 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.ccama.org.9

Nos primeiros 90 dias após a sua inscrição no plano, receberá uma avaliação pessoal global. Após a avaliação, você e a sua Equipa de Cuidados trabalharão conjuntamente para desenvolver o seu ICP.

Nesta secção, fornecemos mais informações sobre o processo de avaliação global e Plano de Cuidados Individualizados (ICP). No início desses primeiros 90 dias após a sua inscrição, receberá uma chamada do nosso especialista de integração do CCA One Care a dar-lhe as boas-vindas ao nosso plano. Assim que as suas informações forem confirmadas, também será contactado por um enfermeiro qualificado para concluir a avaliação global. O associado, o seu familiar, prestador de cuidados ou qualquer pessoa que designar para participar nos seus cuidados irá reunir-se com o enfermeiro em sua casa ou noutro local à sua escolha. Irão rever o seu historial e saúde para que possamos colaborar consigo no planeamento dos seus objetivos de saúde e necessidades de serviços. A avaliação global incluirá:

- Uma avaliação médica do seu estado de saúde, incluindo necessidades imediatas e serviços atuais, condições de saúde, medicamentos e historial clínico anterior incluindo estado funcional e bem-estar físico
- Informações sociais e de estilo de vida, incluindo requisitos de acessibilidade, necessidades de equipamentos e considerações ambientais
- Uma avaliação da sua necessidade de serviços e assistência de cuidados continuados, incluindo a avaliação das suas necessidades para ajudá-lo a viver de forma independente ou segura na comunidade e para ajudá-lo a entender que opções de serviços e cuidados continuados podem ser melhores para si
- Preferências e objetivos
- E outros tópicos com base na nossa reflexão

Se utilizar ou precisar de serviços e cuidados continuados na comunidade (como a autonomização durante o dia, cuidados de acolhimento de adultos ou assistência para cuidados pessoais), pode escolher um coordenador de cuidados continuados (LTS) para se reunir consigo e ajudar a avaliar as suas necessidades de saúde e bem-estar. O coordenador de LTS fará parte da sua equipa de cuidados e indicar-lhe-á os diferentes tipos de serviços disponíveis, ajudando-o a encontrar os melhores serviços e programas de cuidados continuados para si.

Uma vez concluída a sua avaliação, você e, se escolher, um familiar, prestador de cuidados ou outro representante designado e a sua equipa de cuidados trabalharão em conjunto para desenvolver um Plano de Cuidados Individualizados (ICP) que irá colmatar as suas necessidades de saúde e assistência, refletindo as suas preferências pessoais e objetivos. Isto significa que alguns dos serviços que obtém agora podem mudar.

Após os primeiros 90 dias, terá de utilizar médicos e outros prestadores da rede do CCA One Care. Um prestador da rede é um prestador de cuidados que trabalha com o plano de saúde.



Consulte o Capítulo 3, Seção D para obter mais informações sobre como receber cuidados a partir das redes de prestadores.

G. O seu Plano de Cuidados Individualizados (ICP)

Após a sua avaliação global, a sua Equipa de Cuidados irá reunir-se consigo para falar sobre os serviços de saúde de que necessita e que pretende. Em conjunto, você e a sua Equipa de Cuidados elaborarão o seu Plano de Cuidados Individualizados (ICP).

O seu ICP enumera os serviços que obterá e como os obterá. Inclui os serviços de que necessita para os seus cuidados de saúde físicos e comportamentais e serviços e cuidados continuados. Os prestadores que utiliza e os medicamentos que toma farão parte do seu ICP. Poderá fazer uma lista dos seus objetivos em termos de saúde, vida independente e de recuperação, bem como quaisquer preocupações que possa ter e os passos necessários para as resolver.

O seu plano One Care colaborará sempre consigo e com a sua família, amigos e porta-vozes, se assim o pretender. Você estará no centro do processo de criação do seu ICP.

Todos os anos, a sua Equipa de Cuidados colaborará consigo para atualizar o seu ICP, caso haja uma mudança nos serviços de saúde de que precisa e pretende. O seu ICP também pode ser atualizado, à medida que as suas metas ou necessidades se forem alterando ao longo do ano.

H. Prémio mensal do plano CCA One Care

Não pagará qualquer prémio mensal ao CCA One Care pela sua cobertura de saúde.

Se paga um prémio ao MassHealth pelo CommonHealth, deverá continuar a pagar o prémio ao MassHealth para manter a sua cobertura.

Os associados que começam a viver numa unidade com cuidados de enfermagem podem ter de pagar um Valor Pago pelo Doente para manter a sua cobertura do MassHealth. O Valor Pago pelo Doente é a contribuição do associado para o custo dos cuidados na unidade. O MassHealth enviar-lhe-á um aviso detalhado caso seja previsível que pague um Valor Pago pelo Doente.

I. Manual do Associado

Este *Manual do Associado* faz parte do nosso contrato consigo. Isso significa que temos de seguir todas as regras do presente documento. Se considera que fizemos algo que vai contra estas regras, poderá recorrer ou contestar a nossa ação. Para obter informações sobre como recorrer, consulte o Capítulo 9 ou ligue para 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).



Se tiver dúvidas, telefone para o CCA One Care através do número 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.ccama.org. 11

Pode solicitar um *Manual do Associado* ligando para o Serviço de Apoio a Associados através do número 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. Também pode consultar o *Manual do Associado* em www.ccama.org/onecare.

O contrato está em vigor para os meses em que está inscrito no CCA One Care entre 1 de janeiro de 2024 e 31 de dezembro de 2024.

J. Outras informações importantes que receberá de nós

Já deve ter recebido um cartão de identificação de associado do CCA One Care, informações sobre como aceder ao *Diretório de Prestadores e Farmácias* e informações sobre como consultar a *Lista de Medicamentos Cobertos*.

J1. O seu cartão de identificação de associado do CCA One Care

De acordo com o nosso plano, terá apenas um cartão para os seus serviços Medicare e MassHealth, incluindo LTSS e medicamentos prescritos. Terá de mostrar este cartão quando receber quaisquer serviços ou prescrições. Aqui está um exemplo de um cartão para saber como será o seu:



Se o seu cartão for danificado, extraviado ou roubado, telefone imediatamente para o Serviço de Apoio a Associados através do número 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. Enviar-lhe-emos um novo cartão.

Enquanto for associado do nosso plano, não poderá utilizar o seu cartão Medicare vermelho, branco e azul nem o seu cartão MassHealth para obter serviços. Guarde esses cartões num local seguro, para o caso de precisar deles posteriormente. Se mostrar o seu cartão Medicare em vez do cartão de identificação de associado do CCA One Care, o prestador poderá cobrar ao Medicare em vez de cobrar ao nosso plano, e você poderá receber uma fatura. Consulte o Capítulo 7 para saber o que fazer se receber uma fatura de um prestador.



Se tiver dúvidas, telefone para o CCA One Care através do número 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.ccama.org. 12

J2. *Diretório de Prestadores e Farmácias*

O *Diretório de Prestadores e Farmácias* enumera os prestadores e as farmácias da rede do CCA One Care. Enquanto for um associado do nosso plano, tem de utilizar prestadores da rede para obter os serviços cobertos.

Pode solicitar um *Diretório de Prestadores e Farmácias* em qualquer altura ligando para o Serviço de Apoio a Associados através do número 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. Também pode consultar o *Diretório de Prestadores e Farmácias* em www.ccama.org, ou transferi-lo a partir deste website.

Os Serviços de Apoio a Associados e o website podem fornecer as informações mais atualizadas sobre os nossos prestadores da rede, incluindo prestadores de cuidados primários, especialistas, hospitais, fornecedores de equipamento médico durável, farmácias da rede, instituições de enfermagem especializadas e outros prestadores.

Definição de prestadores da rede

- Os prestadores da rede do CCA One Care incluem:
 - médicos, pessoal de enfermagem, dentistas e outros profissionais de saúde, os quais pode consultar enquanto associado do nosso plano;
 - clínicas, hospitais, instituições de enfermagem e outras instalações que prestam serviços de saúde no nosso plano;
 - agências de saúde ao domicílio, fornecedores de equipamentos médicos duráveis (DME, do inglês “durable medical equipment”) e outras instituições que fornecem bens e serviços que obtém através do Medicare ou MassHealth;
 - serviços e cuidados continuados; e
 - serviços de saúde comportamental alternativos.

Os prestadores da rede concordaram em aceitar o pagamento do nosso plano pelos serviços cobertos como pagamento integral. Não terá de pagar nada a mais pelos serviços cobertos.

Definição de farmácias da rede

- As farmácias da rede são farmácias que concordaram em aviar receitas aos associados do nosso plano. Utilize o *Diretório de Prestadores e Farmácias* para encontrar a farmácia da rede que pretende utilizar.
- Terá de aviar as suas receitas numa das farmácias da nossa rede se quiser que o nosso plano o ajude a pagá-las.



Para obter mais informações ou para obter uma cópia do *Diretório de Prestadores e Farmácias*, telefone para o Serviço de Apoio a Associados através do número 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana.

J3. Lista de Medicamentos Cobertos

O plano tem uma *Lista de Medicamentos Cobertos* ou *Formulário*. Chamamos-lhe “Lista de Medicamentos”, para abreviar. A lista indica que medicamentos sujeitos a receita médica são cobertos pelo CCA One Care.

A Lista de Medicamentos também indica se existem regras ou restrições relativamente a quaisquer medicamentos, por exemplo um limite na quantidade que pode obter. Consulte o Capítulo 5 para obter mais informações sobre estas regras e restrições.

Todos os anos, iremos enviar-lhe informações sobre como aceder à Lista de Medicamentos. Para obter as informações mais atualizadas sobre que medicamentos são cobertos, visite www.ccama.org ou ligue para o número 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana.

J4. Explicação dos benefícios

Quando utilizar os benefícios de medicamentos prescritos do Part D, enviaremos um resumo para ajudá-lo a compreender e acompanhar os pagamentos dos seus medicamentos prescritos do Part D. Este resumo é denominado *Explicação dos Benefícios* (ou EOB, do inglês “Explanation of Benefits”).

A EOB indica o montante total que você, ou outras pessoas em seu nome, gastaram com os seus medicamentos prescritos do Part D e o montante total que pagámos por cada um dos seus medicamentos prescritos do Part D durante o mês. A EOB contém outras 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.

Uma EOB também está disponível quando a solicitar. Para obter uma cópia, contacte o Serviço de Apoio a Associados.

K. Como manter o registo centralizado de inscrito atualizado

Pode manter o seu registo centralizado de inscrito atualizado, avisando-nos quando as suas informações mudarem.

Os prestadores da rede do plano e as farmácias necessitam de ter as informações corretas sobre si. **Usam o seu registo centralizado de inscrito para saber que serviços e medicamentos obtém e quanto custam.** Por isso, é muito importante que nos ajude a manter as suas informações atualizadas.



Se tiver dúvidas, telefone para o CCA One Care através do número 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.ccama.org. 14

Informe-nos se alguma destas situações se aplicar a si:

- alterações no seu nome, morada ou número de telefone
- obtém outra cobertura de seguro de saúde por exemplo, cobertura da sua entidade patronal, da entidade patronal do seu cônjuge ou da entidade patronal de pessoa com quem coabita ou indemnização laboral
- quaisquer sinistros por exemplo, pedidos de indemnização devido a acidente automóvel
- admissão numa clínica de enfermagem ou hospital
- cuidados num hospital ou pronto-socorro fora da área ou fora da rede
- alteração do seu cuidador (ou de qualquer outra pessoa responsável por si)
- faz parte ou tornou-se parte de um estudo de investigação clínica (NOTA: não é obrigado a informar o seu plano sobre os estudos de investigação clínica nos quais pretende participar, mas encorajamo-lo a fazê-lo).

Se houver alguma alteração nas informações, avise-nos ligando para o Serviço de Apoio a Associados através do número 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana.

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

As informações no seu registo centralizado de inscrito podem incluir informações pessoais de saúde (PHI). As leis requerem que garantamos a privacidade das suas PHI. Certificamo-nos de que as suas PHI estão protegidas. Para obter mais informações sobre como protegemos as suas PHI, consulte o Capítulo 8, Secção D.



Capítulo 2: Números de telefone e recursos importantes

Introdução

Este capítulo fornece informações de contacto relativamente a recursos importantes que podem ajudá-lo a responder às suas perguntas sobre o CCA One Care e os seus benefícios de saúde. Também pode utilizar este capítulo para obter informações sobre como contactar o seu Parceiro de Cuidados e outras pessoas que podem defender os seus interesses. Os termos-chave e as suas definições aparecem por ordem alfabética no último capítulo do *Manual do Associado*.

Índice

A. Como contactar o Serviço de Apoio a Associados CCA One Care	17
A1. Quando contactar o Serviço de Apoio a Associados:	17
B. Como contactar o seu Parceiro de Cuidados	21
B1. Quando contactar o seu Parceiro de Cuidados	21
C. Como contactar a Linha Telefónica de Aconselhamento de Enfermagem	22
C1. Quando contactar a Linha Telefónica de Aconselhamento de Enfermagem	22
D. Como contactar o médico de saúde comportamental permanente	23
D1. Como contactar o médico de saúde comportamental permanente.....	23
E. Como contactar o State Health Insurance Assistance Program [Programa Estadual de Assistência a Seguros de Saúde, SHIP].....	24
E1. Quando contactar o SHINE	24
F. Como contactar o Medicare	25
G. Como contactar o MassHealth	26
H. Como contactar o Provedor de Justiça	27
I. Como contactar a Organização de Melhoria da Qualidade (QIO)	28
I1. Quando contactar a QIO	28

Se tiver dúvidas, telefone para o CCA One Care através do número 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.ccama.org.16



A. Como contactar o Serviço de Apoio a Associados CCA One Care

TELEFONE	866-610-2273 Esta chamada é gratuita. Horário de funcionamento: 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. Temos serviços de interpretação gratuitos para pessoas que não falam inglês.
TTY	711 Esta chamada é gratuita. Este número destina-se a pessoas surdas, com deficiência auditiva ou com dificuldade de fala. É necessário ter um equipamento telefónico especial para ligar. Horário de funcionamento: 8 am às 8 pm, 7 dias por semana.
FAX	617-426-1311
ESCREVER	Commonwealth Care Alliance, Inc. Member Services Department 30 Winter Street Boston, MA 02108
WEBSITE	www.ccama.org

A1. Quando contactar o Serviço de Apoio a Associados:

- perguntas sobre o plano
- decisões de cobertura sobre os seus cuidados de saúde
 - Uma decisão de cobertura sobre os seus cuidados de saúde é uma decisão sobre:
 - os seus benefícios e serviços cobertos, **ou**
 - o montante dos seus serviços de cuidados de saúde que cobriremos.
 - Para saber mais sobre as decisões de cobertura, consulte o Capítulo 9, Secção D.



Se tiver dúvidas, telefone para o CCA One Care através do número 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.ccama.org.17

- recursos sobre os seus cuidados de saúde
 - um recurso é uma forma de nos solicitar a alteração de uma decisão de cobertura.
 - Para saber mais sobre como apresentar um recurso, consulte o Capítulo 9, Secção D.
- reclamações sobre os seus cuidados de saúde
 - Pode ligar para o Serviço de Apoio a Associados para fazer uma reclamação sobre nós ou qualquer prestador. Um prestador da rede é um prestador de cuidados que trabalha com o plano de saúde. Também nos pode fazer uma reclamação sobre a qualidade do cuidados que recebeu ou à Organização de Melhoria da Qualidade (consulte a Secção H abaixo).
 - Se a sua reclamação for sobre uma decisão de cobertura dos seus cuidados de saúde, pode apresentar um recurso, telefonando para o Serviço de Apoio a Associados. (Consulte a secção acima.)
 - Também pode enviar uma reclamação relativamente ao CCA One Care diretamente ao Medicare. Pode utilizar um formulário online em www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx ou telefonar para 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para pedir assistência.
 - Para saber mais sobre como fazer uma reclamação sobre os seus cuidados de saúde, consulte o Capítulo 9.
 - Também pode telefonar para o Provedor de Justiça para obter assistência relativamente a **quaisquer** reclamações ou para ajudá-lo a apresentar um recurso. (Consulte a Secção I para obter as informações de contacto do Provedor de Justiça.)
- decisões de cobertura relativamente aos seus medicamentos sujeitos a receita médica
 - Uma decisão de cobertura relativamente aos seus medicamentos sujeitos a receita médica é uma decisão sobre:
 - os seus benefícios e medicamentos sujeitos a receita médica cobertos, **ou**
 - o valor que pagaremos pelos seus medicamentos sujeitos a receita médica.



- Tal aplica-se aos seus medicamentos do Part D, a medicamentos sujeitos a receita médica do MassHealth e a medicamentos não sujeitos a receita médica do MassHealth. Na “**Lista de Medicamentos**”, o Dual Demonstration Plan (DP) significa que o item está coberto pelos seus benefícios do MassHealth. Os medicamentos cobertos pelo MassHealth são identificados com um DP na terceira coluna da “Lista de Medicamentos”.
- Para obter mais informações sobre as decisões de cobertura relativamente aos seus medicamentos sujeitos a receita médica, consulte o Capítulo 9, Secção F.
- recursos sobre os seus medicamentos sujeitos a receita médica
 - Para saber mais sobre como apresentar um recurso sobre os seus medicamentos sujeitos a receita médica, consulte o Capítulo 9, Secção F.
- reclamações sobre os seus medicamentos sujeitos a receita médica
 - Pode apresentar uma reclamação relativamente a nós ou a qualquer farmácia. Tal inclui uma reclamação relativamente aos seus medicamentos sujeitos a receita médica.
 - Se a sua reclamação for sobre uma decisão de cobertura relativamente aos seus medicamentos sujeitos a receita médica, pode apresentar um recurso. (Consulte a secção acima.)
 - Pode enviar uma reclamação relativamente ao CCA One Care diretamente ao Medicare. Pode utilizar um formulário online em www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx ou telefonar para 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para pedir assistência.
 - Para obter mais informações sobre como fazer uma reclamação relativamente aos seus medicamentos sujeitos a receita médica, consulte o Capítulo 9, Secção 10.
- perguntas sobre o pagamento de cuidados de saúde, materiais médicos ou medicamentos sujeitos a receita médica ou medicamentos não sujeitos a receita médica que já pagou
 - Para obter mais informações sobre como pagar uma fatura que recebeu ou para nos perguntar como reembolsá-lo por serviços ou medicamentos sujeitos a receita médica, consulte o Capítulo 7.



- Se nos pedir para pagar uma fatura e nós recusarmos qualquer parte da sua solicitação, pode recorrer da nossa decisão. Consulte o Capítulo 9 para obter mais informações sobre recursos.



B. Como contactar o seu Parceiro de Cuidados

Um Parceiro de Cuidados é a pessoa que colabora consigo, com o plano de saúde e com a sua equipa de cuidados para garantir que recebe os cuidados de que necessita. Quando se tornar associado do nosso plano, ser-lhe-á atribuído um Parceiro de Cuidados. Consulte o Capítulo 3, Secção C, para obter mais informações sobre os Parceiros de Cuidados e como pode mudar de Parceiro de Cuidados se o seu não for adequado para si.

TELEFONE	866-610-2273. Esta chamada é gratuita. Horário de funcionamento: 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. O Serviço de Atendimento a Membros também oferece serviços gratuitos de intérprete.
TTY	711 Esta chamada é gratuita. Este número destina-se a pessoas surdas, com deficiência auditiva ou com dificuldade de fala. É necessário ter um equipamento telefónico especial para ligar. Horário de funcionamento: 8 am às 8 pm, 7 dias por semana.
FAX	617-426-1311
ESCREVER	Commonwealth Care Alliance, Inc. Member Services Department 30 Winter Street Boston, MA 02108
WEBSITE	www.ccama.org

B1. Quando contactar o seu Parceiro de Cuidados

- perguntas sobre os seus cuidados de saúde
- perguntas sobre a obtenção de serviços médicos, serviços de cuidados de saúde comportamental e serviços e cuidados continuados (LTSS)
- perguntas sobre como obter ajuda com alimentação, alojamento, emprego e outras necessidades sociais relacionadas com a saúde



Se tiver dúvidas, telefone para o CCA One Care através do número 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.ccama.org.21

- perguntas sobre o seu Plano de Cuidados Individualizados (ICP)
- perguntas sobre aprovações para serviços que os seus prestadores solicitaram
- perguntas sobre os benefícios dos Serviços Flexíveis Abrangidos e como podem ser solicitados

C. Como contactar a Linha Telefónica de Aconselhamento de Enfermagem

O CCA One Care fornece acesso 24 horas por dia a um profissional de saúde qualificado permanente, se precisar de informações médicas ou sobre cuidados comportamentais e aconselhamento. Quando telefonar, um enfermeiro registado, médico de saúde comportamental ou equivalente responderá às suas perguntas gerais sobre saúde e bem-estar. Essa pessoa tem acesso ao seu Plano de Cuidados Individualizados (ICP) e consegue fornecer aconselhamento clínico sobre as suas necessidades físicas ou emocionais. Se tiver uma necessidade de saúde urgente, mas não for uma emergência, pode telefonar para a nossa Linha de Aconselhamento de Enfermagem 24 horas por dia, 7 dias por semana para questões médicas, de saúde mental e consumo de substâncias.

TELEFONE	<p>866-610-2273 Esta chamada é gratuita.</p> <p>A Linha de Aconselhamento de Enfermagem está disponível 24 horas por dia, 7 dias por semana.</p> <p>Temos serviços de interpretação gratuitos para pessoas que não falam inglês.</p>
TTY	<p>711 Esta chamada é gratuita.</p> <p>Este número destina-se a pessoas surdas, com deficiência auditiva ou com dificuldade de fala. É necessário ter um equipamento telefónico especial para ligar.</p> <p>A Linha de Aconselhamento de Enfermagem está disponível 24 horas por dia, 7 dias por semana.</p>

C1. Quando contactar a Linha Telefónica de Aconselhamento de Enfermagem

- perguntas sobre a sua saúde



Se tiver dúvidas, telefone para o CCA One Care através do número 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.ccama.org.22

D. Como contactar o médico de saúde comportamental permanente

Através da Linha de Aconselhamento de Enfermagem, podemos pô-lo em contacto com um médico de saúde comportamental, para obter assistência relativamente a sintomas de saúde mental ou consumo de substâncias.

TELEFON E	<p>866-610-2273 Esta chamada é gratuita.</p> <p>A Linha de Aconselhamento de Enfermagem oferece assistência de saúde comportamental e está disponível 24 horas por dia, 7 dias por semana.</p> <p>Temos serviços de interpretação gratuitos para pessoas que não falam inglês.</p>
TTY	<p>711 Esta chamada é gratuita.</p> <p>Este número destina-se a pessoas surdas, com deficiência auditiva ou com dificuldade de fala. É necessário ter um equipamento telefónico especial para ligar.</p> <p>A Linha de Aconselhamento de Enfermagem oferece assistência de saúde comportamental e está disponível 24 horas por dia, 7 dias por semana.</p>

D1. Como contactar o médico de saúde comportamental permanente

- precisa de assistência durante uma crise de saúde mental
- precisa de assistência durante uma crise de distúrbio de consumo de substâncias



Se tiver dúvidas, telefone para o CCA One Care através do número 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.ccama.org.23

E. Como contactar o State Health Insurance Assistance Program [Programa Estadual de Assistência a Seguros de Saúde, SHIP]

O Programa Estadual de Assistência a Seguros de Saúde (SHIP) oferece aconselhamento gratuito sobre seguros de saúde a pessoas que beneficiam do Medicare. No Massachusetts, o SHIP é designado por SHINE (Serving the Health Insurance Needs of Everyone [Servir as Necessidades de Seguros de Saúde de Todos]).

O SHINE não tem vínculo com nenhuma seguradora ou plano de saúde.

TELEFONE	1-800-AGE-INFO (1-800-243-4636)
TTY	1-800-439-2370 (apenas Massachusetts) Este número destina-se a pessoas surdas, com incapacidade auditiva ou com dificuldade de fala. É necessário ter um equipamento telefónico especial para ligar.
ESCREVER	Telefone para o número acima para obter o endereço do programa SHINE na sua área.
E-MAIL	SHINE@state.ma.us
WEBSITE	www.mass.gov/health-insurance-counseling

E1. Quando contactar o SHINE

- Perguntas sobre o seu seguro de saúde Medicare
 - Os conselheiros do SHINE podem responder às suas perguntas sobre a mudança para um novo plano e ajudá-lo a:
 - compreender os seus direitos;
 - compreender as suas opções de planos;
 - apresentar reclamações sobre os seus cuidados de saúde ou tratamento; e
 - resolver problemas relativos às suas faturas.



Se tiver dúvidas, telefone para o CCA One Care através do número 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.ccama.org.24

F. Como contactar o Medicare

O Medicare é um programa federal de seguro de saúde. Cobre algumas pessoas com idade inferior a 65 anos e incapacidades; pessoas com idade igual ou superior a 65 anos; e pessoas com doença renal em estágio terminal (end-stage renal disease, ESRD – insuficiência renal permanente que requer diálise ou transplante renal).

A agência federal responsável pelo Medicare são os Centros de Serviços Medicare e Medicaid (CMS, do inglês “Centers for Medicare & Medicaid Services”).

TELEFONE	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) As chamadas para este número são gratuitas, 24 horas por dia, 7 dias por semana.
TTY	1-877-486-2048 Esta chamada é gratuita. Este número destina-se a pessoas com dificuldade em ouvir ou falar. É necessário ter um equipamento telefónico especial para ligar.
WEBSITE	<u>www.medicare.gov/</u> Este é o website oficial do Medicare. Fornece informações atualizadas sobre o Medicare. Também tem informações sobre hospitais, lares residenciais, prestadores de cuidados de saúde, agências de saúde ao domicílio, instalações de diálise, instalações de reabilitação de doentes internados e unidades de cuidados paliativos. Inclui websites e números de telefone úteis. Também contém folhetos que pode imprimir diretamente a partir do seu computador. Se não tiver um computador, a sua biblioteca ou centro sénior local poderá ajudá-lo a aceder a este website utilizando um computador. Também pode telefonar para o Medicare através do número acima e indicar o que procura. A pessoa que o atender encontrará as informações no website e irá imprimi-las e enviar-lhas.



Se tiver dúvidas, telefone para o CCA One Care através do número 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.ccama.org.25

G. Como contactar o MassHealth

O MassHealth presta auxílio no que se refere aos custos de cuidados médicos e serviços e cuidados continuados a pessoas com rendimentos e recursos limitados.

O associado está inscrito no Medicare e no MassHealth. Se tiver dúvidas sobre a assistência que recebe do MassHealth, as informações de contacto estão abaixo.

TELEFONE	1-800-841-2900
TTY	711 Este número destina-se a pessoas surdas, com deficiência auditiva ou com dificuldade de fala. É necessário ter um equipamento telefónico especial para ligar.
ESCREVER PARA	MassHealth Customer Service 55 Summer Street Boston, MA 02110
E-MAIL	membersupport@mahealth.net
WEBSITE	www.mass.gov/masshealth



Se tiver dúvidas, telefone para o CCA One Care através do número 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.ccama.org.26

H. Como contactar o Provedor de Justiça

O Provedor de Justiça é um programa independente que pode ajudá-lo se tiver dúvidas, preocupações ou problemas relacionados com o One Care. Pode contactar o seu Provedor de Justiça para obter informações ou assistência. Os serviços do Provedor de Justiça são gratuitos. Equipa do Provedor de Justiça:

- Irá responder às suas perguntas ou encaminhá-lo para obter a assistência de que precisa.
- Pode ajudá-lo a resolver um problema ou preocupação com o One Care ou com o seu plano One Care, CCA One Care. A equipa do seu Provedor de Justiça irá ouvir, investigar o problema e discutir opções consigo para ajudar a resolver o problema.
- Assistência relativamente a recursos. Um recurso é um modo formal de solicitar que o seu plano One Care, MassHealth ou Medicare reveja uma decisão sobre os seus serviços. A equipa do seu Provedor de Justiça pode falar consigo sobre como interpor um recurso e o que esperar durante o processo de recurso.
- Pode telefonar ou escrever ao Provedor de Justiça. Consulte o website do Provedor de Justiça ou contacte-o diretamente para obter informações atualizadas sobre a localização e o horário de funcionamento.

TELEFONE	1-855-781-9898 (Linha Gratuita)
MassRelay e Videofone (VP)	Use 7-1-1 para telefonar para 1-855-781-9898. Este número destina-se a pessoas surdas, com deficiência auditiva ou com dificuldade de fala. Videofone (VP): 339-224-6831 Este número destina-se a pessoas surdas ou com incapacidade auditiva.
ESCREVER PARA	My Ombudsman 25 Kingston Street, 4 th floor Boston, MA 02111
E-MAIL	info@myombudsman.org
WEBSITE	www.myombudsman.org



Se tiver dúvidas, telefone para o CCA One Care através do número 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.ccama.org.27

I. Como contactar a Organização de Melhoria da Qualidade (QIO)

O estado do Massachusetts tem uma Organização de Melhoria da Qualidade (Quality Improvement Organization, QIO) denominada KEPRO. Trata-se de um grupo de médicos e outros profissionais de saúde que contribuem para melhorar a qualidade dos cuidados prestados a pessoas que beneficiam do Medicare. A QIO não está associada ao nosso plano.

TELEFONE	1-888-319-8452
TTY	1-855-843-4776 Este número destina-se a pessoas surdas, com deficiência auditiva ou com dificuldade de fala. É necessário ter um equipamento telefónico especial para ligar.
ESCREVER	KEPRO QIO 5201 West Kennedy Blvd. Suite 900 Tampa, FL 33609
WEBSITE	www.keproqio.com

I1. Quando contactar a QIO

- Perguntas sobre os seus cuidados de saúde
 - Pode fazer uma reclamação relativamente ao atendimento que recebeu se:
 - tem um problema no que se refere à qualidade dos cuidados;
 - considera que o seu internamento vai terminar demasiado cedo; **ou**
 - considera que os seus serviços de cuidados de saúde ao domicílio, cuidados especializados de enfermagem ou serviços de reabilitação em ambulatório abrangente (comprehensive outpatient rehabilitation facility, CORF) estão a terminar demasiado cedo.



Se tiver dúvidas, telefone para o CCA One Care através do número 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.ccama.org.28

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

Introdução

Este capítulo contém termos e regras específicos que precisa de conhecer para obter assistência médica e outros serviços cobertos no âmbito do CCA One Care. Também o informa sobre o seu Parceiro de Cuidados, como receber cuidados de diferentes tipos de prestadores e em determinadas circunstâncias especiais (incluindo prestadores ou farmácias fora da rede), o que fazer quando lhe forem cobrados diretamente os serviços cobertos pelo nosso plano e as regras para possuir Equipamento Médico Durável (DME). Os termos-chave e as suas definições aparecem por ordem alfabética no último capítulo do *Manual do Associado*.

Índice

A. Informações sobre “serviços”, “serviços cobertos”, “prestadores” e “prestadores de rede”	31
B. Regras para obter assistência e serviços e cuidados de saúde continuados (LTSS) e outros serviços cobertos pelo plano	31
C. Coordenação de cuidados.....	34
C1. O que é a coordenação de cuidados	34
C2. Como pode entrar em contacto com o seu Parceiro de Cuidados ou Coordenador de cuidados continuados (LTS).....	35
C3. Como pode alterar o seu Parceiro de Cuidados.....	35
D. Cuidados prestados pelo seu prestador de cuidados primários, especialistas, outros prestadores da rede e prestadores fora da rede.....	35
D1. Cuidados de um prestador de cuidados primários	35
D2. Cuidados de especialistas e outros prestadores da rede	37
D3. O que fazer quando um dos seus prestadores sai do nosso plano	38
D4. Como obter cuidados de prestadores fora da rede	39
E. Como obter serviços e cuidados continuados (LTSS).....	41
F. Como obter serviços de cuidados de saúde comportamental	41
G. Como receber cuidados autodirigidos	42
G1. O que são os cuidados autodirigidos	42



G2. Quem pode receber cuidados autogeridos.....	43
G3. Como obter assistência para contratar prestadores de cuidados pessoais (se for caso disso)	43
G4. Como solicitar que uma cópia de todas as notificações por escrito seja enviada aos participantes da equipa de cuidados que o associado identifique.....	43
H. Como obter serviços odontológicos e oftalmológicos	43
I. Como obter serviços cobertos quando tiver uma emergência médica ou necessidade urgente de cuidados, ou durante uma calamidade	44
I1. Cuidados quando tem uma emergência médica.....	44
I2. Cuidados urgentemente necessários	47
I3. Cuidados durante uma calamidade	48
J. O que fazer se lhe forem cobrados diretamente os serviços cobertos pelo nosso plano	49
J1. O que fazer se os serviços não forem cobertos pelo nosso plano	49
K. Cobertura de serviços de cuidados de saúde quando estiver num estudo de investigação clínica.....	49
K1. Definição de um estudo de investigação clínica	49
K2. Pagamento por serviços quando estiver num estudo de investigação clínica	50
K3. Saber mais sobre estudos de investigação clínica	51
L. Como os seus serviços de cuidados de saúde são cobertos quando obtém cuidados numa instituição religiosa não clínica de cuidados de saúde.....	51
L1. Definição de uma instituição religiosa não clínica de cuidados de saúde	51
L2. Obter cuidados numa instituição religiosa não clínica de cuidados de saúde	51
M. Equipamento médico durável (DME, do inglês “durable medical equipment”).....	52
M1. DME enquanto associado do nosso plano.....	52
M2. Propriedade do DME quando muda de One Care para Original Medicare ou Medicare Advantage	53
M3. Benefícios de equipamento de oxigénio enquanto associado do nosso plano.....	53
M4. Equipamento de oxigénio quando muda para o Original Medicare ou Medicare Advantage.....	54



A. Informações sobre “serviços”, “serviços cobertos”, “prestadores” e “prestadores de rede”

Os serviços incluem cuidados médicos, cuidados de saúde comportamentais, serviços e cuidados continuados, materiais, medicamentos sujeitos a receita médica e medicamentos não sujeitos a receita médica (over-the-counter, OTC), equipamentos e outros. Os serviços cobertos são quaisquer desses serviços que o nosso plano paga. Os serviços cobertos estão enumerados na Tabela de Benefícios no Capítulo 4, Secção D.

Os prestadores são médicos, pessoal de enfermagem, médicos de saúde comportamental e outras pessoas que lhe prestam serviços e cuidados. O termo “prestadores” também inclui: hospitais, agências de saúde ao domicílio, clínicas e outras instalações que oferecem serviços de cuidados de saúde, equipamentos médicos e serviços e cuidados continuados.

Os prestadores da rede são prestadores de cuidados que trabalham com o plano de saúde. Esses prestadores concordaram em aceitar o nosso pagamento como pagamento integral.

B. Regras para obter assistência e serviços e cuidados de saúde continuados (LTSS) e outros serviços cobertos pelo plano

O CCA One Care cobre serviços cobertos pelo Medicare e pelo MassHealth. Tal inclui saúde comportamental, serviços e cuidados continuados (LTSS) e medicamentos sujeitos a receita médica e medicamentos não sujeitos a receita médica (OTC).

O CCA One Care pagará os cuidados de saúde e serviços que receber se seguir as regras do plano indicadas abaixo. Para ser coberto pelo nosso plano:

- Os cuidados que recebe têm de ser um **benefício do plano**. Isso significa que é necessário que estejam incluídos na Tabela de Benefícios do plano. (O gráfico encontra-se no Capítulo 4, Secção D deste manual.)
- É necessário que os cuidados sejam **medicamento necessários**. Medicamento necessário significa que os serviços são razoáveis e necessários:
 - Para o diagnóstico e tratamento da sua doença ou lesão; **ou**
 - Para melhorar o funcionamento de uma parte do corpo com malformação; **ou**
 - Caso contrário, medicamento necessário de acordo com a legislação do Medicare



- De acordo com a legislação e regulamentações do Medicaid e em conformidade com o MassHealth, os serviços são medicamente necessários se:
 - Puderem ser razoavelmente calculados para prevenir, diagnosticar, prevenir o agravamento, aliviar, corrigir ou curar condições que colocam em perigo a sua vida, causam sofrimento ou dor, causam deformidade física ou mau funcionamento, ameaçam causar ou agravar uma incapacidade ou resultam em doença ou enfermidade; e
 - Não houver nenhum outro serviço médico ou local de atendimento disponível que funcione bem e seja mais barato para si. A qualidade dos serviços medicamente necessários tem de cumprir as normas profissionalmente reconhecidas de cuidados de saúde, e os serviços medicamente necessários também têm de ser comprovados por registos que incluam provas dessa necessidade médica e qualidade.

Se tiver dúvidas sobre se um serviço é medicamente necessário ou não, pode contactar o Serviço de Apoio a Associados através do telefone 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. A chamada é gratuita

- É necessário que tenha um **prestador de cuidados primários (PCP)** que esteja na nossa rede do plano (uma rede PCP). Como associado do plano, tem de escolher um prestador da rede como seu PCP.
 - Para saber mais sobre como escolher um PCP, consulte a página 36.
 - Na maioria dos casos, o nosso plano tem de lhe dar aprovação para poder recorrer a alguém que não seja o seu PCP ou utilizar outros prestadores fora da rede do plano. A isso chama-se **autorização prévia**. Se não obtiver aprovação previamente, o CCA One Care pode não cobrir os serviços. Não precisa de um encaminhamento ou autorização prévia para recorrer a determinados especialistas, por exemplo, especialistas em saúde da mulher. Para obter mais informações sobre os serviços que requerem autorização, consulte as Tabelas de Benefícios no Capítulo 4.
 - Não precisa de um encaminhamento do seu PCP ou autorização prévia do plano para cuidados de emergência ou cuidados urgentes. Também pode obter outros tipos de cuidados sem ter um encaminhamento do seu PCP. Para saber mais sobre isso, consulte a página 37.
 - **Nota:** nos seus primeiros 90 dias no nosso plano ou até que o seu Plano de Cuidados Individualizados (ICP) seja concluído, pode continuar a recorrer aos seus prestadores atuais, sem qualquer custo para si, se não fizerem parte da



nossa rede. Isto é denominado período de Continuidade dos Cuidados (COC, do inglês “Continuity of Care”). Durante o período de COC, o nosso Parceiro de Cuidados irá contactá-lo para ajudá-lo a encontrar prestadores na nossa rede. Depois do período COC, deixaremos de cobrir os seus cuidados se optar por utilizar prestadores fora da rede.

- **É obrigatório receber cuidados de prestadores da rede.** Normalmente, o plano não cobre os cuidados de um prestador que não trabalha com o plano de saúde. Mas, por vezes, esta regra não se aplica; por exemplo:
 - O plano cobre cuidados de emergência ou necessários com urgência de um prestador fora da rede. Para saber mais sobre o que significa cuidados de emergência ou cuidados necessários com urgência, consulte a Secção I, página 44.
 - Se precisar de cuidados que o nosso plano cobre e os nossos prestadores da rede não puderem fornecer-lhos, poderá obter os cuidados de um prestador fora da rede. Antes de procurar cuidados de um prestador fora da rede, tem de obter aprovação prévia (autorização prévia) do CCA One Care. Nessa situação, cobriremos os cuidados. Para saber como obter aprovação para utilizar um prestador fora da rede, consulte a Secção D, página 39.
 - O plano cobre os serviços de diálise renal quando o associado estiver fora da área de cobertura do plano ou quando o seu prestador para este serviço estiver indisponível ou inacessível por um curto período. Pode obter estes serviços numa instalação de diálise certificada pelo Medicare.
 - Se precisar de serviços de planeamento familiar, pode obtê-los de qualquer prestador do plano One Care ou de qualquer Prestador de Serviços de Planeamento Familiar contratado pelo MassHealth. Para obter mais informações sobre os serviços de planeamento familiar, consulte o Capítulo 4, Secção D.
 - Ao aderir ao plano pela primeira vez, pode continuar a consultar os prestadores que utiliza atualmente durante o período de Continuidade de Cuidados (Continuity of Care, COC), definido no Capítulo 1 na página 9, e também no Capítulo 12. O COC é por 90 dias ou até que o seu Plano de Cuidados Individualizados (ICP) seja concluído. Durante os 90 dias ou até que a sua avaliação e o seu Plano de Cuidados Individualizados (ICP) sejam concluídos, o CCA One Care entrará em contacto consigo para ajudá-lo a encontrar prestadores na nossa rede. Também pode contactar o Serviço de Apoio a Associados se precisar de assistência para encontrar prestadores na nossa rede. Após 90 dias ou quando a sua avaliação e Plano de Cuidados



Individualizados (ICP) estiverem concluídos, deixaremos de cobrir os seus cuidados que sejam fornecidos por prestadores fora da rede, a menos que tenhamos concordado em fazê-lo por um período mais longo no âmbito do seu Plano de Cuidados Individualizados (ICP) ou caso se aplique outra exceção.

C. Coordenação de cuidados

C1. O que é a coordenação de cuidados

A **coordenação de cuidados** inclui o desenvolvimento do seu Plano de Cuidados Individualizados (ICP), apoiá-lo nos objetivos do seu plano de cuidados e verificá-lo consigo, com a sua equipa de cuidados e com outros prestadores no que se refere aos seus cuidados e como estão a decorrer. Um **Parceiro de Cuidados** ajuda a coordenar todos os seus serviços para garantir que recebe o que precisa.

O Parceiro de Cuidados é a principal pessoa de contacto para si (o Inscrito) com o seu plano de saúde para o ajudar a utilizar os seus benefícios MassHealth e Medicare para obter os cuidados e serviços de que precisa. Isto inclui ajudá-lo a obter benefícios adicionais através do seu plano de saúde que poderá não ter conseguido obter antes de aderir ao One Care. O seu Parceiro de Cuidados irá trabalhar consigo para garantir que o seu plano de saúde sabe o que precisa e como pretende obter os seus serviços e irá ajudá-lo com perguntas que tenha sobre como obter cuidados. O seu Parceiro de Cuidados também pode ajudar a ligá-lo aos recursos da comunidade. Trabalhando consigo e com a sua Equipa de Cuidados, o seu Parceiro de Cuidados irá ajudá-lo a elaborar um Plano de Cuidados Individualizados (ICP, do inglês “Individualized Care Plan”), que será atualizado se as suas necessidades e preferências mudarem ao longo do tempo.

Todos os que se inscrevem num plano One Care também têm o direito de ter um coordenador de Cuidados Continuados (LTS, do inglês “Long-term Supports”) na sua equipa de cuidados.

Um Coordenador de LTS colaborará consigo enquanto membro da sua equipa de cuidados para encontrar recursos e serviços na sua comunidade que possam apoiar os seus objetivos de bem-estar, independência e recuperação. Estes serviços são, por vezes, denominados serviços e cuidados continuados (LTSS, do inglês “long-term services and supports”). Os Coordenadores de LTS também poderão ajudá-lo a aceder a recursos e serviços de cuidados de saúde comportamental.

Os Coordenadores de LTS não trabalham para os planos One Care. São provenientes de organizações comunitárias independentes e são especialistas em áreas como vida independente, recuperação e envelhecimento. Isto significa que podem trabalhar para si e ajudá-lo a satisfazer as suas necessidades.

A qualquer momento, pode optar por ter um Coordenador de LTS a trabalhar consigo como membro de pleno direito da sua equipa de cuidados. Este é um serviço gratuito para si.



O coordenador de LTS pode ajudar a avaliar as suas necessidades e fornecer recomendações relativamente aos serviços e cuidados continuados que possam ser os melhores para si. Tais serviços podem incluir, por exemplo, assistentes de cuidados pessoais (PCA, do inglês “personal care attendants”), serviços de limpeza, autonomização durante o dia, saúde quotidiana de adultos, centros de dia para adultos e cuidados de acolhimento de adultos, apoio de pares, transporte não médico e muitos outros tipos de apoio.

O seu coordenador de LTS também atuará como seu porta-voz na realização de pedidos ao seu Parceiro de Cuidados para aprovação de serviços. Assim que os serviços forem aprovados, o seu coordenador de LTS funcionará como um elo entre si, os seus prestadores e a equipa de cuidados no intuito de ajudar a coordenar e gerir o seu Plano de Cuidados Individualizados (ICP).

Os coordenadores de LTS trabalham para agências comunitárias, por exemplo, Centros de Vida Independente (ILC, do inglês “Independent Living Centers”), Centros de Aprendizagem de Recuperação (RLC, do inglês “Recovery Learning Centers”) e Pontos de Acesso a Serviços de Envelhecimento (ASAP, do inglês “Aging Services Access Points”). Assim que aderir ao CCA One Care, iremos telefonar-lhe para agendar uma reunião e realizar uma avaliação abrangente. Como parte dessa avaliação, receberá uma recomendação de um Coordenador de LTS. Se aceitar essa recomendação, providenciaremos para que o Coordenador de LTS se reúna consigo e o ajude a avaliar os seus serviços e cuidados continuados.

C2. Como pode entrar em contacto com o seu Parceiro de Cuidados ou Coordenador de cuidados continuados (LTS)

Se precisar de contactar o seu Parceiro de Cuidados ou coordenador de LTS, telefone para o Serviço de Apoio a Associados através do número 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana.

C3. Como pode alterar o seu Parceiro de Cuidados

Pode solicitar uma mudança de Parceiro de Cuidados se o mesmo não for adequado para si. Se precisar de mais informações ou de assistência para mudar de Parceiro de Cuidados, telefone para o Serviço de Apoio a Associados através do número 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana.

D. Cuidados prestados pelo seu prestador de cuidados primários, especialistas, outros prestadores da rede e prestadores fora da rede

D1. Cuidados de um prestador de cuidados primários

Tem de escolher um prestador de cuidados primários (PCP) que prestará e fará a gestão dos seus cuidados.



Definição de “PCP” e o que um PCP faz por si

O que é um PCP

O seu prestador de cuidados primários (PCP, do inglês “primary care provider”) é o médico ou outro prestador a quem recorre primeiro no que se refere à maioria dos problemas de saúde. O PCP garante que você recebe os cuidados necessários para se manter saudável. O PCP irá colaborar com a sua equipa de cuidados. Também pode falar com outros médicos e prestadores sobre os seus cuidados e pode encaminhá-lo para os mesmos.

O CCA One Care contrata prestadores de cuidados primários que conhecem a sua comunidade e que desenvolveram relações de trabalho com especialistas, hospitais, prestadores de cuidados ao domicílio comunitários e centros de enfermagem qualificados na sua área. Estes podem incluir Centros de Saúde Rurais (RHC, do inglês “Rural Health Centers”) e Centros de Saúde com Qualificação Federal (FQHC, do inglês “Federally Qualified Health Centers”), conforme listado na nossa rede.

Que tipos de prestadores podem ser PCP

O seu PCP pode ser um médico de cuidados primários licenciado, um enfermeiro, um assistente médico ou um especialista em saúde da mulher que satisfaça os requisitos do estado e tenha formação que lhe possibilite fornecer cuidados médicos gerais abrangentes.

A função de um PCP

- **Coordenação dos serviços cobertos** O seu PCP, juntamente com os outros membros da sua Equipa de Cuidados, é responsável por coordenar todos os seus cuidados médicos. A sua equipa de cuidados pode consistir no seu PCP, Parceiro de Cuidados, coordenador de serviços e cuidados continuados (coordenador de LTS ou LTSC) e outros, se necessário.
- **Auxilia na tomada de decisões sobre autorização prévia (aprovação antes de obter um serviço)** A aprovação prévia (autorização prévia) do CCA One Care é necessária para determinados serviços antes de os receber. O seu PCP trabalha em estreita colaboração com a Commonwealth Care Alliance para providenciar esses serviços quando necessário. Para obter uma lista completa de serviços que requerem autorização prévia, consulte as Tabelas de Benefícios no Capítulo 4, Secção D. Embora alguns serviços não exijam autorização prévia, aconselhamos que fale sempre com o seu PCP e a equipa de cuidados para se certificar de que recebe todos os serviços adequados.

Assim que estiver inscrito, o seu Parceiro de Cuidados, o PCP e qualquer outra pessoa que escolher integrar na sua equipa de cuidados por exemplo, um prestador de cuidados, colaborará consigo para desenvolver um **Plano de Cuidados Individualizados (ICP)** para



satisfazer as suas necessidades de saúde e assistência, refletindo as suas necessidades e objetivos pessoais. O associado e a sua equipa de cuidados irão reavaliar as suas necessidades pelo menos uma vez por ano, mas com mais frequência, se necessário. O seu Parceiro de Cuidados comunicará sempre consigo para confirmar quaisquer alterações.

A sua escolha de PCP

Cada um dos nossos associados tem de ter um prestador de cuidados primários (PCP) que seja contratado pelo nosso plano. O PCP que escolher pode ser um médico licenciado de cuidados primários, um enfermeiro, um assistente médico ou um especialista em saúde da mulher. Nos seus primeiros 90 dias no nosso plano, um especialista de integração colaborará consigo para escolher um PCP, se não tiver um. Se não identificar um PCP existente nem selecionar um PCP no prazo de 90 dias após a inscrição, iremos atribuir-lhe um PCP. Pode telefonar para o Serviço de Apoio a Associados se precisar de mais informações ou pretender alterar o seu PCP através do número 866-610-2273 (TTY711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana.

Opção para mudar o seu PCP

Pode mudar o seu PCP por qualquer motivo, a qualquer momento. Além disso, é possível que o seu PCP saia da rede do nosso plano. Iremos ajudá-lo a encontrar um novo PCP se o seu sair da nossa rede. Iremos trabalhar consigo para ajudar a identificar em quanto tempo consegue fazer a transição para o novo PCP.

Se o seu PCP sair da nossa rede, avisaremos por email ou telefone. O seu Parceiro de Cuidados e o Serviço de Apoio a Associados irão ajudá-lo a escolher outro PCP para que possa continuar a obter serviços cobertos. Para obter mais informações ou assistência, telefone para o Serviço de Apoio a Associados através do número 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana.

D2. Cuidados de especialistas e outros prestadores da rede

Um especialista é um prestador que presta cuidados de saúde relativamente a uma doença ou parte específica do corpo. Existem muitos 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 ósseos, articulares ou musculares.

Os prestadores de cuidados primários (PCP) dispõem de determinados especialistas que utilizam para encaminhamentos. No entanto, tem cobertura para qualquer especialista que faça parte da nossa rede. Se houver especialistas específicos que pretende consultar, pergunte ao seu PCP se colabora com esses especialistas e se fazem parte da nossa rede. Pode alterar o



seu PCP dentro da nossa rede se pretender consultar um especialista para quem o seu PCP atual não possa encaminhá-lo. Para obter mais informações sobre como mudar de PCP, consulte a secção **Mudar de PCP** acima neste capítulo. Também pode telefonar para o Serviço de Apoio a Associados se precisar de mais informações ou assistência.

O nosso plano contrata determinadas instalações que prestam cuidados agudos, crónicos e de reabilitação. Como associado do CCA One Care, será encaminhado para hospitais contratantes relativamente aos quais o seu PCP tem privilégios de admissão. Estas instalações deverão ser-lhe familiares e estão geralmente localizadas na sua comunidade. Consulte o **Diretório de Prestadores e Farmácias** em www.ccama.org para localizar instalações na rede do plano.

O associado tem um prestador de cuidados primários (PCP) e uma equipa de cuidados que prestam e supervisionam os seus cuidados. A sua equipa de cuidados colaborará consigo e com os seus especialistas para garantir que recebe os serviços de que precisa.

É necessária autorização prévia (aprovação prévia) do CCA One Care para determinados serviços antes de os receber. O seu PCP/equipa de cuidados trabalha em estreita colaboração com o CCA One Care para providenciar esses serviços quando necessário. Para obter uma lista completa de serviços que requerem autorização prévia, consulte as Tabelas de Benefícios no Capítulo 4, Secção D. Embora alguns serviços não exijam autorização prévia, aconselhamos sempre a falar com o seu PCP e com a sua equipa de cuidados para ter a certeza de que receberá todos os serviços apropriados.

D3. O que fazer quando um dos seus prestadores sai do nosso plano

Um prestador da rede que esteja a utilizar pode sair do nosso plano. Se um dos seus prestadores sair do nosso plano, você tem determinados direitos e proteções que estão resumidos abaixo:

- Se a nossa rede de prestadores se alterar durante o ano, temos de lhe dar acesso ininterrupto a prestadores qualificados.
- Faremos um esforço de boa-fé para avisá-lo com pelo menos 30 dias de antecedência, para que tenha tempo de selecionar um novo prestador.
 - Se o seu prestador de cuidados primários ou de saúde comportamental sair do nosso plano, iremos notificá-lo se tiver consultado esse prestador nos últimos três anos.
 - Se algum dos seus outros prestadores sair do nosso plano, iremos notificá-lo se estiver atribuído ao prestador, receber atualmente cuidados deste ou se o tiver consultado nos últimos três meses.
- Iremos ajudá-lo a selecionar um novo prestador qualificado para continuar a gerir as suas necessidades de cuidados de saúde.



- Se estiver a ser atualmente a ser submetido a tratamento médico ou a terapias com o seu atual prestador, tem o direito de solicitar que o tratamento ou terapias medicamente necessários que está a receber continuem.
- Iremos fornecer-lhe informações sobre os diferentes períodos de inscrição disponíveis e opções que possa ter para alterar planos.
- Se não conseguirmos encontrar um especialista da rede qualificado que lhe seja acessível, temos de providenciar um especialista fora da rede para prestar os seus cuidados quando um prestador ou benefício da rede estiverem indisponíveis ou forem inadequados para satisfazer as suas necessidades médicas. Os cuidados que recebe do prestador fora da rede têm de ser autorizados pelo CCA One Care antes de procurar cuidados.
- Se considerar que não substituímos o seu prestador anterior por um prestador qualificado ou que os seus cuidados não estão a ser administrados de forma adequada, tem o direito de fazer uma reclamação. Consulte o Capítulo 9 para obter informações sobre como apresentar um recurso.

Se souber que um dos seus prestadores vai sair do nosso plano, contacte-nos para que possamos ajudá-lo a encontrar um novo prestador e a gerir os seus cuidados. Telefone para o Serviço de Apoio a Associados para mais informações ou ajuda através do número 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana.

D4. Como obter cuidados de prestadores fora da rede

Tem de receber cuidados de prestadores da rede. Normalmente, o plano não cobre os cuidados de um prestador que não trabalha com o CCA One Care. Existem algumas exceções a ter em conta:

- O plano cobre cuidados de emergência ou cuidados urgentemente necessários de um prestador fora da rede em qualquer local nos Estados Unidos e seus territórios. Para saber mais sobre o que significa cuidados de emergência ou urgentemente necessários, consulte a Secção I neste capítulo.
- Se precisar de cuidados que o nosso plano cobre e os nossos prestadores da rede não puderem fornecer-lhos, poderá receber os cuidados de um prestador fora da rede. Os cuidados que recebe do prestador fora da rede têm de ser autorizados pelo CCA One Care antes de procurar cuidados. Nessa situação, cobriremos os cuidados sem nenhum custo para si.
- O plano cobre cuidados fora da rede em circunstâncias invulgares. Os cuidados que recebe do prestador fora da rede têm de ser autorizados pelo CCA One Care antes de procurar cuidados. Em tal situação, cobriremos esses serviços sem nenhum custo para si. Se não obtiver autorização prévia para atendimento fora da rede, você será



responsável pelo pagamento do serviço. Seguem-se alguns exemplos de circunstâncias invulgares que podem implicar cuidados fora da rede:

- O associado tem uma condição médica única e os serviços não estão disponíveis nos prestadores da rede.
- Estão disponíveis serviços na rede, mas não estão disponíveis com a rapidez que a sua condição médica requer.
- O seu PCP/equipa de cuidados determina que um prestador fora da rede pode fornecer o serviço da melhor forma, ou a transição para outro prestador pode colocar a sua vida em perigo, causar sofrimento ou dor, ou perturbar significativamente o curso atual do tratamento.
- O plano cobre os serviços de diálise renal quando você estiver fora da área de cobertura do plano por um curto período. Pode obter esses serviços numa instalação de diálise certificada pelo Medicare.
- Se precisar de serviços de planeamento familiar, poderá recebê-los de qualquer prestador da rede do CCA One Care ou de qualquer Prestador de Serviços de Planeamento Familiar contratado pelo MassHealth.
- Ao aderir ao plano pela primeira vez, pode continuar a consultar os prestadores que consultava até então durante 90 dias ou até ao seu Plano de Cuidados Individualizados (ICP) estar concluído. Durante os 90 dias ou até a avaliação e o seu Plano de Cuidados Individualizados (ICP) estarem concluídos, o CCA One Care irá contactá-lo para o ajudar a encontrar prestadores na nossa rede. Após 90 dias ou quando a sua avaliação e Plano de Cuidados Individualizados (ICP) estiverem concluídos, deixaremos de cobrir os seus cuidados que sejam fornecidos por prestadores fora da rede, a menos que tenhamos concordado em fazê-lo por um período mais longo no âmbito do seu Plano de Cuidados Individualizados (ICP) ou caso se aplique outra exceção.

Se utilizar um prestador fora da rede, é necessário que o prestador seja elegível para participação no Medicare ou no MassHealth.

- Não podemos pagar um prestador que não seja elegível para participação no Medicare ou no MassHealth.
- Se utilizar um prestador que não seja elegível para participação no Medicare ou no MassHealth, terá de pagar o custo total dos serviços que receber.
- Os prestadores têm de informá-lo se tal prestador não for elegível para participação no Medicare ou no MassHealth.



E. Como obter serviços e cuidados continuados (LTSS)

Serviços e cuidados continuados (LTSS) são serviços não médicos que ajudam as pessoas a viver de forma independente na comunidade. Entre os exemplos de LTSS incluem-se cuidados pessoais, tarefas domésticas, acompanhantes, programas diurnos, cuidados de acolhimento de adultos e transporte, entre outros. Para obter serviços e cuidados continuados necessita de aprovação prévia (autorização prévia) do PCP//Equipa de Cuidados ou da Commonwealth Care Alliance. O seu PCP/equipa de cuidados trabalha em estreita colaboração com o CCA One Care para providenciar esses serviços quando necessário.

O seu coordenador de cuidados continuados (LTS) e/ou Parceiro de Cuidados conversará consigo e discutirá que tipos de serviços estão disponíveis e quais podem ser os mais adequados para si. O seu Parceiro de Cuidados ou coordenador de LTS também o ajudará a encontrar um prestador apropriado e providenciar para que esses serviços lhe sejam prestados.

Consulte as Tabelas de Benefícios no Capítulo 4, Secção D para obter mais informações sobre os serviços cobertos e requisitos de autorização prévia.

F. Como obter serviços de cuidados de saúde comportamental

O que são serviços de saúde comportamental

Os serviços de cuidados de saúde comportamental são uma ampla variedade de serviços que podem apoiar as necessidades em termos de saúde mental e consumo de substâncias que possa ter. Tal assistência é definida de forma ampla, incluindo serviços emocionais, sociais, educacionais, vocacionais, de apoio por pares e de recuperação, além dos serviços psiquiátricos ou médicos mais tradicionais. Esses serviços podem ser fornecidos na comunidade ou, quando necessário, em sua casa, local de programa diurno ou outro local que seja mais confortável para si.

O nosso plano também cobre serviços de cuidados de saúde comportamental baseados na comunidade, que são referidos pelo MassHealth como “serviços de saúde comportamental alternativos”. São serviços que pode utilizar em vez de recorrer ao hospital ou a uma instituição para satisfazer algumas necessidades de saúde comportamental. Esses serviços também estão disponíveis para apoiar a sua transição do hospital para a comunidade.

Consulte as Tabelas de Benefícios no Capítulo 4, Secção D para obter mais informações, uma lista de serviços alternativos e de saúde comportamental cobertos e requisitos de autorização prévia.

Como obter serviços de cuidados de saúde comportamental

O associado pode discutir os vários serviços de cuidados de saúde comportamental disponíveis com o seu Parceiro de Cuidados e outros membros da sua equipa de cuidados, incluindo o seu



Se tiver dúvidas, telefone para o CCA One Care através do número 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.ccama.org.41

coordenador de LTS. O seu Parceiro de Cuidados/coordenador de LTS irá apoiá-lo na identificação de recursos na comunidade e ajudá-lo a comparecer a marcações ou agendar uma avaliação.

A sua equipa de cuidados também pode incluir ou agentes comunitários de saúde ou outros médicos de saúde comportamental que trabalharão com o seu Parceiro de Cuidados para garantir que tenha todo o apoio de que precisa para ficar bem e permanecer na comunidade. O médico de saúde comportamental da CCA pode fornecer assistência adicional na medida necessária, incluindo assistência em situações de crise e transições de hospitais ou outros serviços.

A maioria dos serviços em ambulatório de saúde comportamental não requer aprovação prévia (autorização prévia); no entanto, alguns serviços alternativos e um número limitado de serviços em ambulatório podem requerer autorização. O seu Parceiro/equipa de Cuidados colaborará consigo para identificar os serviços necessários e obter autorização conforme necessário. Se o seu Parceiro de Cuidados não estiver disponível, há uma equipa 24 horas disponível que pode ajudar na autorização dos serviços. Se precisar de ajuda, telefone para o número 866-610-2273 (TTY 711) 24 horas por dia, 7 dias por semana.

O CCA One Care também lhe fornece acesso 24 horas por dia a um médico de saúde comportamental através da Linha de Aconselhamento de Enfermagem. Se estiver a sentir-se deprimido ou tiver sintomas de saúde mental ou de consumo de substâncias, telefone para o número 866-610-2273 (TTY 711), 24 horas por dia, 7 dias por semana.

Todos os associados que solicitam assistência de saúde comportamental e precisam de serviços são elegíveis para serviços de cuidados de saúde comportamental. Consulte as Tabelas de Benefícios no Capítulo 4, Secção D, para obter mais informações sobre serviços comportamentais e requisitos de autorização prévia.

G. Como receber cuidados autodirigidos

G1. O que são os cuidados autodirigidos

Um cuidado autodirigido reconhece que o indivíduo é conhecedor das suas próprias necessidades de cuidados e que o indivíduo é capacitado e responsável pelos seus próprios cuidados; e coloca ênfase na mudança ambiental e na qualidade de vida. O cuidado autodirigido enfatiza a sua capacidade, enquanto consumidor, de:

- Promover a satisfação das suas próprias necessidades
- Fazer escolhas sobre que serviços melhor satisfazem essas necessidades
- Controlar a qualidade desses serviços

O modelo autodirigido para serviços de cuidados pessoais chama-se programa de assistente de cuidados pessoais (PCA, do inglês “personal care attendant”). Neste modelo, os assistentes



Se tiver dúvidas, telefone para o CCA One Care através do número 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.ccama.org.42

de cuidados pessoais são recrutados, contratados, formados, supervisionados e, se necessário, demitidos pelo consumidor. Não precisa de se preocupar em pagar as contas neste modelo. O CCA One Care fará isso em seu nome.

G2. Quem pode receber cuidados autogeridos

Se cumprir a elegibilidade funcional e clínica para serviços de cuidados pessoais, pode optar por autogerir estes serviços através do programa de assistente de cuidados pessoais (PCA). A quantidade de serviços para os quais é elegível será aprovada pela sua equipa de cuidados e será baseada em normas que são consistentes com os critérios definidos pelas regulamentações do MassHealth. O apoio e a formação de competências são fornecidos por agências de gestão de cuidados pessoais, ao abrigo de contrato com o CCA One Care, para fornecer informações aos associados sobre o que a autogerência implica e para obter as competências necessárias para gerir os seus próprios serviços, incluindo recrutamento, contratação, formação, supervisão e demissão de assistentes de cuidados pessoais. O CCA One Care colaborará com o “intermediário fiscal” para pagar as contas desses serviços do plano. Nos cuidados autogeridos, não é necessário tratar do pagamento.

G3. Como obter assistência para contratar prestadores de cuidados pessoais (se for caso disso)

Pode pedir ao seu Parceiro de Cuidados ou coordenador de LTS para ajudá-lo a aceder a recursos para contratar assistentes de cuidados pessoais. Será colocado em contacto com uma agência de gestão de cuidados pessoais capaz de fornecer formação em competências no que se refere à contratação. A agência de gestão de cuidados pessoais colaborará consigo para desenvolver as competências necessárias para supervisionar a contratação de assistentes de cuidados pessoais e envolver-se na resolução colaborativa de problemas.

G4. Como solicitar que uma cópia de todas as notificações por escrito seja enviada aos participantes da equipa de cuidados que o associado identifique

Telefone para o Serviço de Apoio a Associados para mais informações através do número 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana.

H. Como obter serviços odontológicos e oftalmológicos

Serviços de cuidados odontológicos

O nosso plano oferece acesso a benefícios odontológicos que incluem saúde bucal preventiva, restauradora e emergencial. A sua cobertura inclui até duas limpezas por ano e radiografias odontológicas de rotina por ano.

Tem de utilizar um prestador de cuidados odontológicos da rede em todos os serviços odontológicos cobertos.



Se tiver dúvidas, telefone para o CCA One Care através do número 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.ccama.org.43

Alguns serviços podem requerer aprovação prévia (autorização prévia) do CCA One Care. O seu dentista terá de enviar uma autorização prévia diretamente à Skygen, o nosso administrador de benefícios odontológicos.

Serviços oftalmológicos

O plano abrange cuidados profissionais oftalmológicos para efeitos de prevenção, diagnóstico e tratamento de todas as patologias. Inclui exames oftalmológicos, prescrições e óculos e lentes de contacto.

Cobrimos exames oftalmológicos de rotina para associados, uma vez por ano, realizados por oftalmologistas ou optometristas que fazem parte da nossa rede. Também cobrimos um par de lentes básicas (simples, bifocais e trifocais) e armações até \$125. Depois de ter feito um exame oftalmológico num prestador, leve a sua prescrição para a visão a um prestador participante VSP e irá ter poupanças em óculos.

Não é necessária aprovação prévia (autorização prévia) para serviços oftalmológicos em ambulatório fornecidos por um prestador da rede. Poderão aplicar-se limitações e requisitos de autorização para as armações. Consulte as Tabelas de Benefícios no Capítulo 4, Secção D para obter mais informações sobre os cuidados com a visão cobertos e as limitações que possam aplicar-se.

Para encontrar um prestador de serviços de oftalmologia participante, utilize o nosso Diretório de Prestadores e Farmácias no nosso website em www.ccama.org.

Pode também ligar para a VSP para assistência através do número 855-492-9028 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana

Para fazer perguntas sobre os seus benefícios odontológicos, telefone para o Serviço de Apoio a Associados através do número 866-610-2273 (TTY711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana.

I. Como obter serviços cobertos quando tiver uma emergência médica ou necessidade urgente de cuidados, ou durante uma calamidade

I1. Cuidados quando tem uma emergência médica

Definição de emergência médica

Uma emergência médica é uma condição médica com sintomas como dor grave ou lesão grave. A condição é tão grave que, se não receber cuidados médicos imediatos, qualquer pessoa com um conhecimento médio de saúde e medicina pode prever que resulte em:

- risco grave para a sua saúde ou para a do seu feto; **ou**
- danos graves a funções corporais; **ou**



Se tiver dúvidas, telefone para o CCA One Care através do número 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.ccama.org.44

- 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 transferi-la com segurança para outro hospital antes do parto.
 - a transferência para outro hospital pode representar uma ameaça à sua saúde ou segurança ou à saúde e segurança do seu feto.

O que fazer em caso de emergência médica

Se tiver uma emergência médica:

- **Obtenha assistência o mais rapidamente possível.** Ligue para o 911 ou utilize o serviço de urgência ou hospital mais próximo. Peça uma ambulância se precisar. **Não** necessita de obter aprovação ou um encaminhamento previamente. Não precisa de utilizar um prestador da rede. Pode obter cuidados médicos de emergência sempre que precisar, em qualquer lugar nos EUA ou nos seus territórios, de qualquer prestador com uma licença estatal adequada.
- **Assim que possível, certifique-se de que informa o nosso plano sobre a sua emergência.** Precisamos de fazer o seguimento dos seus cuidados de emergência. O associado ou outra pessoa deve contactar-nos para nos informar sobre os seus cuidados de emergência, geralmente dentro de 48 horas. No entanto, não terá de pagar pelos serviços de emergência devido a um atraso em informar-nos. Ligue para o Serviço de Apoio a Associados através do número 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana.

Serviços cobertos numa emergência médica

O associado pode receber cuidados de emergência cobertos sempre que precisar, em qualquer local nos Estados Unidos ou nos respetivos territórios. Se precisar de uma ambulância para chegar às Urgências, isso está abrangido pelo nosso plano. Também cobrimos serviços médicos durante a emergência. Para saber mais, consulte a Tabela de Benefícios no Capítulo 4, Secção D.

Os prestadores que lhe prestam cuidados de emergência decidem quando a condição é considerada estável e a emergência médica termina. Continuarão a tratá-lo e entrarão em contacto connosco para fazer planos se precisar de cuidados de seguimento para melhorar.

O nosso plano cobre os seus cuidados de seguimento. Se receber os seus cuidados de emergência de prestadores fora da rede, tentaremos que os prestadores da rede assumam os seus cuidados assim que possível.

Após o término da emergência, você tem direito a serviços de pós-estabilização e seguimento para garantir que a sua condição permanece estável ou para melhorar ou resolver a sua



condição. Tal pode requerer cuidados adicionais num hospital de internamento, num contexto em ambulatório, numa instituição de enfermagem especializada ou num centro de reabilitação. Somos obrigados a responder aos pedidos de aprovação para cuidados pós-estabilização no prazo de uma hora a partir do pedido. O acompanhamento adequado será coberto pelo nosso plano e estamos disponíveis para consultar os seus prestadores de cuidados de saúde assistentes e a equipa de cuidados para determinar as próximas etapas apropriadas de tratamento. Se os seus cuidados de emergência forem prestados por prestadores fora da rede, tentaremos providenciar para que os prestadores da rede assumam os seus cuidados assim que a sua condição médica e as circunstâncias permitirem. O nosso objetivo é garantir que as suas necessidades de cuidados durante o período pós-estabilização não sejam interrompidas por requisitos de autorização.

Nem o nosso plano nem o Medicare cobre cuidados de emergência ou quaisquer outros cuidados que obtenha fora dos Estados Unidos e seus territórios.

O que fazer se tiver uma emergência de cuidados de saúde comportamental

As emergências de saúde comportamental incluem sentimentos de violência contra a própria pessoa ou outra. Se estiver a ter uma emergência de cuidados de saúde comportamental, pode ligar para o 911 para obter assistência ou dirigir-se às urgências hospitalares mais próximas, como é o caso de emergências médicas.

Também tem a opção de telefonar para o programa de serviço de emergência psiquiátrica da sua área. Muitas pessoas em todo o estado têm utilizado este serviço em vez de recorrerem às urgências hospitalares e consideram que é a melhor escolha. Em algumas situações, embora não em todas, a equipa do programa de serviço de emergência pode ir até sua casa ou examiná-lo num centro de cuidados urgentemente necessários designado.

O CCA One Care também tem um médico de saúde comportamental disponível 24 horas por dia, caso necessite de apoio ou recursos para sintomas de saúde mental ou consumo de substâncias. Telefone para a Linha de Aconselhamento de Enfermagem através do número 866-610-2273 (TTY 711) para falar com o nosso médico de saúde comportamental, 24 horas por dia, 7 dias por semana.



Obtenção de cuidados de emergência numa situação não emergencial

Por vezes, pode ser difícil saber se se tem uma emergência médica ou de saúde comportamental. Pode acontecer o associado recorrer a um serviço de urgência e o prestador de cuidados de saúde afirmar que não se trata realmente de uma emergência. Desde que seja razoável você considerar que a sua saúde está em perigo grave, cobriremos os seus cuidados.

No entanto, depois de o prestador de cuidados de saúde afirmar que não se trata de uma emergência, cobriremos os seus cuidados adicionais apenas se:

- você utilizar um prestador da rede, **ou**
- os cuidados que receber forem considerados “cuidados urgentes” e você seguir as regras para obtenção destes cuidados. (Consulte a próxima secção.)

I2. Cuidados urgentemente necessários

Definição de cuidados urgentemente necessários

Cuidados urgentemente necessários são cuidados que recebe no caso de uma situação que não é uma emergência, mas que é necessário que seja tratada imediatamente. Por exemplo, pode ter uma exacerbação de uma condição existente ou uma dor de garganta grave que ocorre durante o fim de semana e precisar de a tratar.

Cuidados urgentemente necessários quando se encontra na área de cobertura do plano

Na maioria das situações, cobriremos cuidados urgentemente necessários apenas se:

- receber esses cuidados de um prestador da rede, **e**
- seguir as outras regras descritas neste capítulo.

No entanto, se não for possível ou razoável chegar a um prestador da rede, cobriremos os cuidados urgentemente necessários que obtenha de um prestador fora da rede.

Considere as seguintes opções quando precisar de cuidados urgentes:

1. Telefone para o seu prestador de cuidados primários (PCP). O seu PCP pode analisar as suas preocupações e aconselhar sobre o que fazer a seguir.
2. Verifique se existem centros de cuidados urgentes perto de sua casa. Alguns centros podem ter consultas sem marcação disponíveis. Se precisar de ajuda para encontrar um centro de cuidados urgentes, telefone para o Serviço de Apoio a Associados para obter ajuda através do número: 866-610-2273.
3. Telefone para a Linha de Aconselhamento de Enfermagem da CCA através do número 866-610-2273. É a sua ligação 24 horas, 7 dias por semana à nossa equipa



clínica de enfermeiros e médicos de saúde comportamental sempre que tiver um problema de saúde inesperado.

4. Fale com a sua Equipa de cuidados da CCA. A sua equipa de cuidados está aqui para apoiar as suas necessidades médicas ou de saúde comportamental.
5. Solicite uma consulta ao domicílio junto do instED. O instED pode prestar serviços de cuidados urgentes no conforto e conveniência da sua casa. Quando telefonar para o instED, um enfermeiro irá rever as suas preocupações e coordenar uma consulta com um paramédico. Contacte o instED ligando para o número 833-946-7833 ou visitando o website em www.insted.us para solicitar uma consulta para as suas necessidades de cuidados médicos urgentes.

Todos os cuidados de urgência e consultas sintomáticas no consultório ou ao domicílio estarão disponíveis para si em 48 horas, pelo que será avaliado num consultório ou em sua casa. Todas as consultas não sintomáticas em consultório estão disponíveis num prazo de 30 dias.

Necessita de cuidados urgentemente necessários quando está fora da área de cobertura do plano

Quando estiver fora da área de cobertura do plano, pode não ser possível obter cuidados de um prestador da rede. Nesse caso, o nosso plano cobrirá os cuidados urgentemente necessários que receba de qualquer prestador.

O nosso plano não cobre cuidados urgentemente necessários nem quaisquer outros cuidados que obtenha fora dos Estados Unidos.

13. Cuidados durante uma calamidade

Se o governador do Massachusetts, o Secretary of Health and Human Services [Secretário de Saúde e Serviços Humanos dos Estados Unidos] ou o Presidente dos Estados Unidos declarar estado de calamidade ou emergência na sua área geográfica, continua a ter direito aos cuidados do CCA One Care.

Visite o nosso website para obter informações sobre como obter os cuidados necessários durante uma calamidade declarada: www.ccama.org

Durante uma calamidade declarada, se não puder utilizar um prestador da rede, iremos permitir-lhe obter cuidados de prestadores fora da rede sem qualquer custo para si. Se não puder utilizar uma farmácia da rede durante uma calamidade declarada, poderá aviar os seus medicamentos sujeitos a receita médica numa farmácia fora da rede. Consulte o Capítulo 5 para obter mais informações.



J. O que fazer se lhe forem cobrados diretamente os serviços cobertos pelo nosso plano

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

Não deve pagar a fatura. Se o fizer, o plano poderá não conseguir reembolsá-lo.

Se tiver pago os seus serviços cobertos ou se tiver recebido uma fatura por 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 CCA One Care cobre todos os serviços:

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

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

Se quiser saber se pagaremos um determinado serviço ou determinados cuidados médicos, tem o direito de nos perguntar verbalmente ou por escrito. Se manifestarmos que não pagaremos pelos serviços que recebe, tem o direito de recorrer da nossa decisão.

O Capítulo 9 explica o que fazer se quiser que o plano pague um serviço médico que normalmente não paga. Também informa sobre como recorrer de uma decisão sobre um serviço. Pode também telefonar para o Serviço de Apoio a Associados através do número 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana.

Pagaremos por alguns serviços até um certo limite. Se ultrapassar o limite, terá de pagar o custo total para continuar a receber esse tipo de serviço. Telefone para o Serviço de Apoio a Associados para saber quais são os limites e se está próximo de alcançá-los.

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

K1. Definição de um estudo de investigação clínica

Um estudo de investigação clínica (também chamado ensaio clínico) é uma forma de os prestadores de cuidados de saúde testarem novos tipos de cuidados de saúde ou medicamentos. Um estudo de investigação clínica aprovado pelo Medicare normalmente solicita que voluntários participem no estudo.



Se tiver dúvidas, telefone para o CCA One Care através do número 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.ccama.org.49

Quando o Medicare aprovar um estudo em que pretende participar, e expressar interesse, alguém que trabalha no estudo irá contactá-lo. Essa pessoa irá informá-lo sobre o estudo e descobrir se se qualifica para participar no mesmo. O associado pode participar no estudo desde que cumpra as condições requeridas. Também é necessário que compreenda e aceite o que tem de fazer durante o estudo.

Enquanto estiver no estudo, pode permanecer inscrito no nosso plano. Dessa forma, pode continuar a receber, do nosso plano, cuidados não relacionados com o estudo.

Se quiser participar em qualquer estudo de investigação clínica aprovado pelo Medicare, **não** tem de informar-nos nem de obter aprovação da nossa parte ou do seu prestador de cuidados primários. Os prestadores que lhe prestam cuidados no âmbito do estudo **não** têm de ser prestadores da rede. Tenha em atenção que isto não inclui benefícios pelos quais o nosso plano é responsável, que incluem, como componente, um ensaio clínico ou registo para avaliar o benefício. Estes incluem determinados benefícios especificados ao abrigo de determinações de cobertura nacional (NCD, do inglês “national coverage determinations”) e ensaios de dispositivos experimentais (IDE, do inglês “investigational device trials”) e podem estar sujeitos a autorização prévia e outras regras do plano.

Tem de informar-nos antes de começar a participar num estudo de investigação clínica.

Se planeia participar num estudo de investigação clínica, você ou o seu Parceiro de Cuidados devem contactar o Serviço de Apoio a Associados para nos informar de que irá participar num ensaio clínico.

K2. Pagamento por serviços quando estiver num estudo de investigação clínica

Se se voluntariar para um estudo de investigação clínica aprovado pelo Medicare, não pagará nada pelos serviços cobertos pelo estudo e o Medicare pagará pelos serviços cobertos pelo estudo, bem como pelos custos de rotina associados aos seus cuidados. Ao entrar num estudo de investigação clínica aprovado pelo Medicare, passará a ter cobertura para a maioria dos equipamentos e serviços que recebe no âmbito do estudo. Tal inclui:

- quarto e alimentação para um internamento hospitalar que o Medicare pagaria mesmo que não estivesse num estudo,
- uma operação ou outro procedimento médico que faça parte do estudo de investigação, e
- tratamento de quaisquer efeitos secundários e complicações resultantes dos novos cuidados.

Se participar num estudo que o Medicare **não aprovou**, terá de pagar todos os custos da participação no estudo.



K3. Saber mais sobre estudos de investigação clínica

Pode saber mais sobre como aderir a um estudo de investigação clínica lendo “Medicare & Clinical Research Studies” no website 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 TTY (pessoas com dificuldade em ouvir ou falar) devem telefonar para 1-877-486-2048.

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

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

Uma instituição religiosa não clínica de cuidados de saúde é um local que presta cuidados que normalmente obteria num hospital ou instituição de enfermagem especializada. Se a obtenção de cuidados num hospital ou numa instituição de enfermagem especializada for contra as suas crenças religiosas, cobriremos os cuidados numa instituição religiosa não clínica de cuidados de saúde.

Este benefício é apenas para serviços de internamento do Medicare Part A (serviços de cuidados de saúde não clínicos).

L2. Obter cuidados numa instituição religiosa não clínica de cuidados de saúde

Para receber cuidados de uma instituição religiosa não clínica de cuidados de saúde, tem de assinar um documento legal que indique que está contra receber tratamento médico “não sujeito a exceção”

- Tratamento médico “não sujeito a exceção” é qualquer cuidado que seja **voluntário** e **não requerido** por qualquer lei federal, estadual ou local.
- Tratamento médico “sujeito a exceção” é qualquer cuidado que **não seja voluntário** e seja **requerido** nos termos das leis federais, estaduais ou locais.

Para serem cobertos pelo nosso plano, os cuidados que recebe de uma instituição religiosa não clínica de cuidados de saúde têm de cumprir as seguintes condições.

- A instituição que presta os cuidados tem de ser certificada pelo Medicare.
- Os serviços estão limitados a aspetos não religiosos dos cuidados.
- Se obtiver serviços numa instituição, aplica-se o seguinte:



- Os serviços têm de visar uma condição médica que cobriríamos como cuidados de internamento hospitalar ou cuidados em instituições de enfermagem qualificada.
- Tem de obter aprovação do nosso plano antes de ser admitido nas instalações ou o seu internamento não será coberto.

Não há limite de cobertura para este benefício. Para obter mais informações sobre a cobertura hospitalar para internamentos, consulte as Tabelas de Benefícios no Capítulo 4, Secção D.

M. Equipamento médico durável (DME, do inglês “durable medical equipment”)

M1. DME enquanto associado do nosso plano

O DME inclui determinados itens encomendados por um prestador como cadeiras de rodas, canadianas, sistemas de colchões elétricos, produtos para diabéticos, camas hospitalares encomendadas por um prestador para uso em casa, bombas de perfusão intravenosa (IV), dispositivos geradores de fala, equipamento de oxigénio e materiais, nebulizadores e andarilhos.

O associado irá sempre possuir determinados equipamentos, tais como próteses.

Nesta secção, discutimos o DME que tem de alugar. Como associado do CCA One Care, normalmente não será proprietário do DME que alugar, independentemente da duração do aluguer.

Alguns tipos de equipamentos (aluguer limitado) são alugados até 13 meses; após 13 meses de aluguer, o equipamento passa a ser considerado propriedade do associado. Nesta secção discutimos situações em que o DME será alugado ou comprado para si.

No Medicare, as pessoas que alugam determinados tipos de DME tornam-se proprietárias do equipamento após 13 meses de aluguer.

Se a sua necessidade de equipamento médico durável for temporária, o CCA One Care pode alugar determinados equipamentos médicos duráveis para uso de curto prazo. No entanto, você pode adquirir a propriedade de um equipamento médico durável alugado, desde que tenha uma necessidade de longo prazo do equipamento e este esteja autorizado. O associado não paga pelos seus serviços cobertos, incluindo equipamento médico durável. Podem aplicar-se regras de autorização. Consulte as Tabelas de Benefícios no Capítulo 4, Secção D para obter mais informações sobre equipamentos médicos duráveis. Telefone para o Serviço de Apoio a Associados para saber os requisitos através do número 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana.



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

M2. Propriedade do DME quando muda de One Care para Original Medicare ou Medicare Advantage

No programa Original Medicare, as pessoas que alugam determinados tipos de DME são proprietárias do equipamento após 13 meses de aluguer. Num plano Medicare Advantage, o plano pode definir o número de meses em que as pessoas devem alugar determinados tipos de DME para passarem a ser proprietárias dos mesmos.

Nota: pode encontrar as definições dos planos Original Medicare e Medicare Advantage no Capítulo 12. Também pode encontrar mais informações sobre os mesmos no manual *Medicare & You 2024*. Se não tiver uma cópia deste folheto, pode obtê-lo no website do Medicare (www.medicare.gov) ou telefonando para o número 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas por dia, 7 dias por semana. Os utilizadores de TTY devem contactar o número 1-877-486-2048.

Para passar a possuir o equipamento DME terá de fazer 13 pagamentos consecutivos nos termos do Original Medicare, ou terá que fazer o número de pagamentos consecutivos definido pelo plano Medicare Advantage, se:

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

Se fez pagamentos para o equipamento DME nos termos do plano Original Medicare ou Medicare Advantage antes de aderir ao nosso plano, **os pagamentos do plano Original Medicare ou Medicare Advantage não contam para os pagamentos que precisa de efetuar após sair do nosso plano.**

- Terá de efetuar 13 novos pagamentos consecutivos nos termos do Original Medicare ou uma série de novos pagamentos consecutivos definidos pelo plano Medicare Advantage para passar a possuir o equipamento DME.
- Não há exceções a este caso quando regressar ao Original Medicare ou a um plano Medicare Advantage.

M3. Benefícios de equipamento de oxigénio enquanto associado do nosso plano

Se se qualificar para equipamento de oxigénio coberto pelo Medicare e for um associado do nosso plano, cobriremos o seguinte:

- aluguer de equipamento de administração de oxigénio



- administração de oxigénio e determinação do teor de oxigénio
- tubulação e acessórios relacionados para a administração de oxigénio e determinação do teor de oxigénio
- manutenção e reparação de equipamentos de administração de oxigénio

O equipamento de oxigénio tem de ser devolvido quando deixar de ser necessário do ponto de vista médico ou se você sair do nosso plano.

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

Quando o equipamento de oxigénio for medicamente necessário e **sair do nosso plano, mudando para o Medicare Original**, irá alugá-lo a um fornecedor durante 36 meses. Os seus pagamentos mensais de aluguer cobrem o equipamento de oxigénio e os materiais e serviços referidos acima.

Se o equipamento de oxigénio for medicamente necessário **depois de o alugar durante 36 meses**:

- o seu fornecedor terá de fornecer o equipamento de oxigénio, materiais e serviços por mais 24 meses.
- o seu fornecedor terá de fornecer oxigénio e materiais durante um período de até 5 anos, se medicamente necessário.

Se o equipamento de oxigénio ainda for medicamente necessário **no fim do período de 5 anos**:

- o seu fornecedor já não terá de o fornecer e você poderá optar por obter equipamento de substituição de qualquer prestador.
- começa um novo período de 5 anos.
- alugará a um fornecedor durante 36 meses.
- o seu fornecedor terá então de fornecer o equipamento de oxigénio, materiais e serviços por mais 24 meses.
- a cada 5 anos começa um novo ciclo, desde que o equipamento de oxigénio seja medicamente necessário.

Quando o equipamento de oxigénio for medicamente necessário e **sair do nosso plano, mudando para um plano Medicare Advantage**, o plano cobrirá pelo menos o que o Original Medicare cobre. Pode perguntar ao seu plano Medicare Advantage que equipamento de oxigénio e materiais cobre e quais serão os seus custos.



Capítulo 4: Tabela de Benefícios

Introdução

Este capítulo descreve os serviços que o CCA One Care cobre e as restrições ou limites a esses serviços. Também informa sobre os benefícios não cobertos pelo nosso plano. Os termos-chave e as suas definições aparecem por ordem alfabética no último capítulo do *Manual do Associado*.

Índice

A. Os seus serviços cobertos.....	56
A1. Durante emergências de saúde pública	56
B. Regras que impedem que prestadores lhe cobrem serviços.....	57
C. Tabela de Benefícios do nosso plano.....	57
D. Tabela de Benefícios.....	58
E. Benefícios cobertos fora do CCA One Care	123
E1. Cuidados paliativos.....	123
E2. Serviços de agências estatais.....	124
F. Benefícios não cobertos pelo CCA One Care, pelo Medicare ou pelo MassHealth.....	124



A. Os seus serviços cobertos

Este capítulo informa que serviços o CCA One Care cobre. Também pode saber mais sobre serviços que não estão cobertos. A informação sobre medicamentos abrangidos pelo benefício encontra-se no Capítulo 5 e a informação sobre o que paga por medicamentos encontra-se no Capítulo 6, Secção C. Este capítulo também explica os limites de alguns serviços.

Relativamente ao CCA One Care, não paga nada pelos serviços cobertos neste capítulo, desde que siga as regras do plano. Consulte o Capítulo 3, Secção B para obter dados sobre as regras do plano. Esta Lista de Serviços Cobertos é apenas para a sua informação geral. Telefone para o CCA One Care para obter as informações mais atualizadas. Os regulamentos do MassHealth são um dos fatores que influenciam os serviços e benefícios disponíveis para si. Para aceder aos regulamentos do MassHealth:

- Aceda ao website do MassHealth em www.mass.gov/masshealth; **ou**
- Telefone para o Serviço de Atendimento ao Cliente do MassHealth através do número 1-800-841-2900, TTY: 1-800-497-4648 (para pessoas surdas, com incapacidade auditiva ou de fala), de segunda a sexta-feira, 8:00 AM – 5:00 PM.

Se precisar de assistência para entender que serviços são cobertos, telefone para o seu Parceiro de Cuidados. Telefone para o Serviço de Apoio a Associados para contactar o seu Parceiro de Cuidados através do número 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana.

A1. Durante emergências de saúde pública

Se o governador do Massachusetts, o Secretary of Health and Human Services [Secretário de Saúde e Serviços Humanos dos Estados Unidos] ou o Presidente dos Estados Unidos declarar uma emergência de saúde pública na sua área geográfica, continua a ter direito aos cuidados do CCA One Care.

Fale com o seu Parceiro de Cuidados ou telefone para o Serviço de Apoio a Associados para obter informações sobre como obter os cuidados necessários durante uma emergência declarada.

Durante uma emergência declarada, se não puder utilizar um prestador da rede, iremos permitir-lhe obter cuidados de prestadores fora da rede sem qualquer custo para si. Se não puder utilizar uma farmácia da rede durante uma calamidade declarada, poderá aviar os seus medicamentos sujeitos a receita médica numa farmácia fora da rede. Consulte o Capítulo 5 para obter mais informações.



Se tiver dúvidas, telefone para o CCA One Care através do número 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.ccama.org.56

B. Regras que impedem que prestadores lhe cobrem serviços

Não permitimos que os prestadores do CCA One Care lhe cobrem os serviços cobertos. Nunca deverá receber uma fatura de um prestador da rede por serviços cobertos. Se tal acontecer, consulte o **Capítulo 7** ou telefone para o Serviço de Apoio a Associados.

C. Tabela de Benefícios do nosso plano

As Tabelas de Benefícios na Secção D informam que serviços o plano cobre. A tabela enumera e explica os serviços cobertos.

Pagaremos pelos serviços referidos nas Tabelas de Benefícios apenas quando as seguintes regras forem cumpridas. Não paga nada pelos serviços referidos na Tabela de Benefícios, desde que satisfaça os requisitos de cobertura descritos abaixo.

- Os seus serviços cobertos pelo Medicare e pelo MassHealth têm de ser prestados de acordo com as regras definidas pelo Medicare e pelo MassHealth.
- Os serviços (incluindo cuidados médicos, cuidados de saúde comportamentais, serviços e assistência prolongados, outros serviços, materiais e equipamentos) têm de ser medicamente necessários. “Medicamente necessários” significa que precisa razoavelmente dos serviços para prevenir, diagnosticar ou tratar uma condição médica ou para manter o seu estado de saúde atual. Tal inclui cuidados que o impeçam de recorrer a um hospital ou a um lar residencial. Significa também que os serviços, fornecimentos ou medicamentos cumprem as normas aceites de prática médica e que não existe outro serviço semelhante e menos dispendioso adequado para si.
- O associado recebe os seus cuidados de um prestador da rede. Um prestador da rede é um prestador que trabalha com o CCA One Care. Na maioria dos casos, o plano não cobrirá os cuidados que recebe de um prestador fora da rede. O Capítulo 3 contém mais informações sobre o uso de prestadores da rede e fora da rede.
- Alguns dos serviços referidos nas Tabelas de Benefícios são cobertos apenas se a sua equipa de saúde, médico ou outro prestador da rede obtiver aprovação da nossa parte primeiro. A isso chama-se autorização prévia (PA, do inglês “prior authorization”). Os serviços cobertos que precisam de PA estão assinalados na Tabela de Benefícios a **negrito e em itálico**.



Se tiver dúvidas, telefone para o CCA One Care através do número 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.ccama.org.57

- Alguns dos serviços que constam nas Tabelas de Benefícios estão cobertos apenas se você e a sua equipa de cuidados decidirem que são adequados para si e constam no seu Plano de Cuidados Individualizados (ICP).

D. Tabela de Benefícios

Serviços gerais que o nosso plano cobre	O que terá de pagar
<p>Rastreo de aneurisma da aorta abdominal</p> <p>O plano cobre um único rastreo ecográfico para pessoas em risco. O plano cobre apenas este rastreo se tiver determinados fatores de risco e se obtiver um pedido para tal do seu médico, médico assistente, enfermeiro-chefe ou enfermeiro especializado.</p> <p>Não é necessária autorização prévia para serviços fornecidos por um prestador da rede.</p>	\$0
<p>Serviços de aborto</p> <p>Não é necessária autorização prévia para serviços de planeamento familiar fornecidos por prestadores da rede ou do MassHealth.</p>	\$0



Serviços gerais que o nosso plano cobre	O que terá de pagar
<p>Acupuntura para dor lombar crónica</p> <p>O plano pagará um máximo de 12 consultas em 90 dias se tiver dor lombar crónica, definida como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • com duração de 12 semanas ou mais; • não específica (sem causa sistémica que possa ser identificada por exemplo, não associada a doença metastática, inflamatória ou infecciosa); • não associada a cirurgia; e • não associada à gravidez. <p>O plano pagará 8 sessões adicionais se apresentar melhorias. Não pode receber mais de 20 tratamentos de acupuntura por ano.</p> <p>Os tratamentos de acupuntura têm de ser interrompidos se não melhorar ou se piorar.</p> <p>Cobertura adicional de acupuntura</p> <p>O nosso plano cobre a acupuntura no âmbito do benefício MassHealth, além dos serviços cobertos pelo Medicare acima.</p> <p>O plano cobre até 36 consultas no total por ano civil através do MassHealth, a menos que autorizado de forma diferente pelo plano. As 36 sessões não são adicionais às 20 sessões cobertas acima se estiver a receber serviços de acupuntura para dor lombar.</p>	<p>\$0</p>



Serviços gerais que o nosso plano cobre	O que terá de pagar
<p>Serviços de centros de dia para adultos</p> <p>O plano cobre serviços de prestadores de centros de dia para adultos num programa organizado. Esses serviços podem incluir o seguinte:</p> <ul style="list-style-type: none"> • serviços de enfermagem e supervisão de saúde • terapêutica • assistência nas atividades da vida quotidiana • serviços nutricionais e dietéticos • serviços de aconselhamento • atividades • gestão de casos • transporte <p><i>É necessária autorização prévia.</i></p>	\$0
<p>Serviços de acolhimento familiar para adultos</p> <p>O plano cobre serviços de prestadores de cuidados de acolhimento de adultos em ambiente residencial. Esses serviços podem incluir o seguinte:</p> <ul style="list-style-type: none"> • assistência a atividades do dia-a-dia, atividades auxiliares do dia-a-dia e cuidados pessoais • supervisão • supervisão de enfermagem <p><i>É necessária autorização prévia.</i></p>	\$0
<p>Rastreio e aconselhamento sobre abuso de álcool</p> <p>O plano cobre o rastreio de abuso de álcool.</p> <p>Se o rastreio for positivo para abuso de álcool, o plano cobre sessões de aconselhamento com um prestador de cuidados primários qualificado ou médico num contexto de cuidados primários.</p>	\$0



Se tiver dúvidas, telefone para o CCA One Care através do número 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.ccama.org.60

Serviços gerais que o nosso plano cobre	O que terá de pagar
<p>Serviços de ambulância</p> <p>Os serviços de ambulância cobertos incluem serviços de avião, helicóptero e terrestres. A ambulância irá levá-lo ao local mais próximo que possa prestar-lhe cuidados. A sua condição tem de ser grave o suficiente para que outras formas de chegar a um local de atendimento possam pôr em risco a sua vida ou saúde. Os serviços de ambulância para outros casos têm de ser aprovados pelo plano.</p> <p>Em casos que não sejam emergências, o plano poderá pagar por uma ambulância. A sua condição tem de ser grave o suficiente para que outras formas de chegar a um local de cuidados possam pôr em risco a sua vida ou saúde.</p> <p><i>Os serviços de ambulância de emergência não são cobertos fora dos Estados Unidos e seus territórios.</i></p> <p>Não é necessária autorização prévia para serviços de ambulância de emergência dentro e fora da rede. P</p> <p><i>É necessária autorização prévia para transporte não urgente. Consulte a secção de Transportes mais adiante neste documento para obter mais informações.</i></p>	\$0
<p>Serviços de audiologista</p> <p>O plano cobre exames e avaliações de audiologista (audição).</p> <p>Consulte “Serviços auditivos” adiante nesta secção para obter mais informações sobre serviços auditivos e aparelhos auditivos.</p> <p>Não é necessária autorização prévia para serviços fornecidos por um prestador da rede.</p>	\$0



Serviços gerais que o nosso plano cobre	O que terá de pagar
<p>Medição de massa óssea</p> <p>O plano cobre determinados procedimentos para associados qualificados (geralmente, alguém com risco de perder massa óssea ou de osteoporose).</p> <p>Estes procedimentos identificam massa óssea, detetam perda óssea ou medem a qualidade óssea. O plano também cobrirá a análise e comentário dos resultados por um prestador de cuidados de saúde.</p> <p>Não é necessária autorização prévia para serviços fornecidos por um prestador da rede.</p>	\$0
<p>Rastreio do cancro da mama (mamografias)</p> <p>Os serviços cobertos incluem:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Uma mamografia inicial entre as idades de 35 e 39 anos • Uma mamografia de rastreio a cada 12 meses para mulheres com 40 anos ou mais • Exames clínicos da mama uma vez a cada 24 meses <p>O plano também pode abranger rastreios e exames clínicos adicionais quando medicamente necessário nos termos do benefício MassHealth (Medicaid).</p> <p>Não é necessária autorização prévia para serviços fornecidos por um prestador da rede.</p>	\$0
<p>Serviços de reabilitação cardíaca (coração)</p> <p>O plano cobre serviços de reabilitação cardíaca por exemplo, exercícios, educação e aconselhamento. Os associados devem cumprir determinadas condições com uma ordem médica.</p> <p>O plano também cobre programas intensivos de reabilitação cardíaca, que são mais intensos do que os programas de reabilitação cardíaca padrão.</p> <p>É necessária autorização prévia.</p>	\$0



Serviços gerais que o nosso plano cobre	O que terá de pagar
<p>Consulta de redução do risco de doenças cardiovasculares (coração) (terapêutica para doenças cardíacas)</p> <p>O plano cobre consultas com o seu prestador de cuidados primários (PCP) para ajudar a reduzir o risco de doenças cardíacas. Durante esta consulta, o seu PCP pode:</p> <ul style="list-style-type: none"> • discutir o uso de aspirina • verificar a sua pressão arterial • dar sugestões para garantir que se está a alimentar bem <p>Não é necessária autorização prévia para serviços fornecidos por um prestador da rede.</p>	\$0
<p>Exames para deteção de doenças cardiovasculares (coração)</p> <p>O plano cobre análises de sangue para verificar, uma vez, se tem doenças cardiovasculares. Essas análises de sangue também verificam se há defeitos devido ao risco elevado de doenças cardíacas.</p> <p>Não é necessária autorização prévia para serviços fornecidos por um prestador da rede.</p>	\$0
<p>Rastreio de cancro do colo do útero e vaginal</p> <p>O plano cobre testes de Papanicolau e exames pélvicos.</p> <p>Não é necessária autorização prévia para serviços fornecidos por um prestador da rede.</p>	\$0
<p>Serviços de quiropraxia</p> <p>O plano cobre ajustes da coluna para corrigir o alinhamento, consultas e serviços de radiologia.</p> <p>O plano cobre até 36 consultas no total sem autorização prévia por ano civil, a menos que autorizado de forma diferente pelo plano. As consultas adicionais podem ser aprovadas se estiverem alinhadas com o seu Plano de Cuidados Individualizados (ICP).</p>	\$0



Se tiver dúvidas, telefone para o CCA One Care através do número 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.ccama.org.63

Serviços gerais que o nosso plano cobre	O que terá de pagar
<p>Rastreo de cancro colorretal</p> <ul style="list-style-type: none"> • A colonoscopia não tem limitação de idade mínima ou máxima e está coberta uma vez a cada 120 meses (10 anos) para doentes que não estejam em risco elevado, ou 48 meses após uma sigmoidoscopia flexível anterior para doentes que não estejam em risco elevado de cancro colorretal, e uma vez a cada 24 meses para doentes de risco elevado após uma colonoscopia de rastreo anterior ou enema de bário. • Sigmoidoscopia flexível para doentes com idade igual ou superior a 45 anos. Uma vez a cada 120 meses para doentes que não estão em risco elevado após o doente ter feito uma colonoscopia de rastreo. Uma vez a cada 48 meses para doentes de alto risco da última sigmoidoscopia flexível ou enema de bário. • Análise de rastreo de sangue oculto nas fezes para doentes com idade igual ou superior a 45 anos. Uma vez a cada 12 meses • ADN fecal multialvo para doentes dos 45 aos 85 anos de idade e que não cumpram critérios de alto risco. Uma vez a cada 3 anos. • Testes de biomarcadores sanguíneos para pacientes entre os 45 e os 85 anos de idade e que não cumpram critérios de alto risco. Uma vez a cada 3 anos. • Enema de Bário como alternativa à colonoscopia para doentes em risco elevado e 24 meses desde o último enema de bário de rastreo ou a última colonoscopia de rastreo. • Bário Enema como alternativa à sigmoidoscopia flexível para doentes que não tenham um risco elevado e idade igual ou superior a 45 anos. Uma vez pelo menos 48 meses após o último enema de bário de rastreo ou sigmoidoscopia flexível de rastreo. • Os testes de rastreo do cancro colorretal incluem uma colonoscopia de rastreo de seguimento após um teste de rastreo do cancro colorretal não invasivo coberto pela Medicare devolver um resultado positivo. 	\$0



Se tiver dúvidas, telefone para o CCA One Care através do número 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.ccama.org.64

Serviços gerais que o nosso plano cobre	O que terá de pagar
<p>Serviços em centros de saúde comunitários</p> <p>O plano cobre serviços de centros de saúde comunitários. Entre os exemplos inclui-se o seguinte:</p> <ul style="list-style-type: none"> • consultas com prestador de cuidados primários e especialistas • cuidados pré-natais e obstetrícia/ginecologia • serviços pediátricos, incluindo EPSDT • educação para a saúde • serviços sociais médicos • serviços de nutrição, incluindo formação de autogestão da diabetes e terapêutica de nutrição médica • serviços de cessação do tabagismo • vacinas não cobertas pelo Massachusetts Department of Public Health [Departamento de Saúde Pública do Massachusetts, MDPH] <p>Para obter mais informações sobre vacinas, consulte o Capítulo 6, Secção D.</p> <p>Não é necessária autorização prévia para serviços fornecidos por um prestador da rede.</p>	\$0
<p>Aconselhamento para deixar de fumar e deixar de utilizar tabaco</p> <p>Como serviço preventivo, o plano cobre o aconselhamento sobre tentativas para deixar de fumar.</p> <p>O plano cobre até 16 consultas no total por ano civil, a menos que autorizado de forma diferente pelo plano.</p> <p>Não é necessária autorização prévia para serviços fornecidos por um prestador da rede.</p>	\$0



Serviços gerais que o nosso plano cobre	O que terá de pagar
<p data-bbox="103 254 683 285">Serviços de autonomização durante o dia</p> <p data-bbox="103 321 1008 546">O plano cobre um programa de serviços oferecido por prestadores de autonomização durante o dia, caso se qualifique por ter uma incapacidade intelectual ou de desenvolvimento. Neste programa, desenvolverá um plano de serviço que inclui as suas metas e objetivos e as atividades para ajudá-lo a alcançá-los. Esses serviços podem incluir o seguinte:</p> <ul data-bbox="115 569 987 772" style="list-style-type: none"><li data-bbox="115 569 948 600">• serviços de enfermagem e supervisão de cuidados de saúde<li data-bbox="115 625 781 657">• formação de competências de desenvolvimento<li data-bbox="115 682 461 714">• serviços de terapêutica<li data-bbox="115 739 987 770">• formação de competências de vida/vida quotidiana para adultos <p data-bbox="103 789 557 821"><i>É necessária autorização prévia.</i></p>	\$0



<p>Serviços odontológicos</p> <p>O plano cobre cuidados de saúde orais preventivos, de restauro e de emergência. Cuidados dentários não rotineiros (cobertos pela Medicare). Pagamos por alguns serviços dentários quando o serviço é parte integrante de um tratamento específico da condição médica primária de um beneficiário. Alguns exemplos incluem reconstrução da mandíbula após fratura ou lesão, extrações dentárias realizadas em preparação para tratamento de radiação para cancro envolvendo a mandíbula ou exames orais anteriores ao transplante renal.</p> <p>Cobrimos estes serviços no âmbito do benefício do MassHealth:</p> <p><u>Preventivo/Diagnóstico:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Preventivo por exemplo, limpezas • Exames de rotina • Radiografias <p><u>Restauro:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Obturações • Coroa • Coroa de substituição • Terapia endodôntica (canais radiculares) <p><u>Periodontia:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Dimensionamento e planeamento de raízes • Manutenção periodontal <p><u>Próteses (removíveis):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Próteses totais • Próteses parciais • Dentaduras imediatas (uma vez na vida) • Revestimentos e ajustes de próteses totais <p><u>Protodontia (fixa):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Implantes, 2 implantes anteriores por arco quando necessário para suportar uma prótese completa <p><u>Cirurgia oral e maxilofacial:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Extrações (remoção de dentes) • Biópsia e cirurgia de tecidos moles • Alveoplastia <p>Enxerto ósseo</p> <p>Estes serviços são cobertos sem autorização prévia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exames de rotina e radiografias • Serviços preventivos, incluindo limpezas 	<p>\$0</p>
---	-------------------



Serviços gerais que o nosso plano cobre	O que terá de pagar
<ul style="list-style-type: none"> • Preenchimentos de restauro • Serviços periodontais não cirúrgicos (limpezas e manutenção) • Dentaduras completas e revestimentos (6 meses após a colocação inicial) • Dentaduras completas e revestimentos (6 meses após a colocação inicial) • Extrações não cirúrgicas • Cuidados de emergência <p>É necessária autorização prévia para todos os outros serviços.</p> <ul style="list-style-type: none"> • As limpezas preventivas e as avaliações orais periódicas são realizadas duas vezes por ano. • As próteses completas e parciais são cobertas uma vez a cada cinco anos. Podem aplicar-se outras limitações. • As coroas são limitadas à cobertura uma vez a cada cinco anos. Podem aplicar-se outras limitações. • A cobertura adicional baseia-se na necessidade médica. • Aplicam-se limitações de benefícios a determinados serviços odontológicos. <p>No caso de serem necessários dados clínicos para determinar se um curso de tratamento é apropriado, o CCA One Care reserva-se o direito de solicitar que um especialista em odontologia analise o plano de tratamento proposto pelo seu dentista.</p> <p>Os serviços que requerem autorização têm de ser enviados diretamente pelo seu prestador de cuidados dentários da rede para o administrador de benefícios odontológicos do plano, a Skygen, para revisão. Para obter mais informações, telefone para os Serviços de Atendimento a Associados.</p>	
<p>Rastreio da depressão</p> <p>O plano cobre o rastreio da depressão. O rastreio tem de ser realizado num ambiente de cuidados primários que possa fornecer tratamento de acompanhamento.</p> <p>Não é necessária autorização prévia para serviços fornecidos por um prestador da rede.</p>	\$0



Serviços gerais que o nosso plano cobre	O que terá de pagar
<p>Rastreo da diabetes</p> <p>O plano cobre o rastreo da diabetes (inclui testes de glicemia em jejum).</p> <p>Não é necessária autorização prévia para serviços fornecidos por um prestador da rede.</p>	\$0



<p>Formação, serviços e materiais para autogestão da diabetes</p> <p>O plano cobre os seguintes serviços para todas as pessoas com diabetes ou pré-diabetes (mesmo que não usem insulina):</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Materiais para monitorização da sua glicemia, incluindo o seguinte: <ul style="list-style-type: none"> ○ Um monitor de glicose no sangue ○ Tiras de teste de glicose no sangue ○ Dispositivos de lanceta e lancetas ○ Soluções de controlo de glicose para verificar a precisão das tiras de teste e monitores ● Para pessoas com diabetes que têm doença do pé diabético grave, o plano cobre o seguinte: <ul style="list-style-type: none"> ○ Calçado terapêutico moldado à medida (incluindo inserções), ou ○ Calçado com altura extra (incluindo inserções removíveis não personalizadas) <p>O plano abrange também a adaptação de calçado terapêutico personalizado moldado e com altura extra.</p> ● Em alguns casos, o plano abrange formação para o ajudar a gerir a sua diabetes. <p>Para obter mais informações, telefone para o Serviço de Apoio a Associados.</p> <p>O nosso plano tem acordo com a Abbott Diabetes Care e a LifeScan, fornecedores preferenciais para fornecermos o glicosímetro e as tiras de teste aos nossos associados diabéticos. Estes produtos incluem: FreeStyle Precision Neo® Meter, FreeStyle Precision Neo® Test Strips, FreeStyle Lite® Meter, FreeStyle Freedom Lite® Meter, FreeStyle Lite® Test Strips, FreeStyle® Lancets, Freestyle® Test Strips, Freestyle InsuLinx® Test Strips, Precision Xtra® Meter, Precision Xtra® Test Strips, Precision Xtra Beta Ketone® Test Strips, OneTouch Ultra 2® Meter, OneTouch Ultra Mini® Meter, OneTouch Ultra® Test Strips, OneTouch Verio® Meter, OneTouch Verio® Reflect Meter, OneTouch Verio® Flex Meter, OneTouch Verio® Test Strips, OneTouch Delica® Lancets, OneTouch Delica® Plus Lancets, OneTouch Delica® Ultrasoft Lancets.</p>	\$0
---	-----



Se tiver dúvidas, telefone para o CCA One Care através do número 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.ccama.org.70

Serviços gerais que o nosso plano cobre	O que terá de pagar
<p>Formação, serviços e materiais para autogestão da diabetes (continuação)</p> <p><i>É necessária autorização prévia para glicosímetros e monitores terapêuticos contínuos de glicose (MCG). Algumas tiras de teste para diabéticos podem exigir uma autorização prévia em circunstâncias específicas.</i></p> <p><i>É necessária autorização prévia para calçado terapêutico moldado à medida e calçado com altura extra.</i></p> <p>Pode obter um novo glicosímetro e tiras de teste solicitando uma nova receita ao seu prestador para aviar na sua farmácia local. Também pode telefonar para a LifeScan através do número 1-800-227-8862 ou visitar www.lifescan.com. Ou ligar para a Abbott Diabetes Care através do número 1-800-522-5226 ou visitar www.AbbottDiabetesCare.com.</p> <p>Não é necessária autorização prévia para formação em autogestão da diabetes, serviços para diabéticos e outros fornecimentos para diabéticos fornecidos por um prestador da rede.</p> <p style="text-align: center;">Este benefício continua na página seguinte</p>	



<p>Equipamento médico durável (DME), incluindo materiais relacionados, peças de substituição, formação, modificações e reparações</p> <p>(para obter uma definição de “Equipamento médico durável (DME),” consulte o Capítulo 12, bem como o Capítulo 3, Secção M deste manual.)</p> <p>Os equipamentos a seguir são exemplos de DME coberto:</p> <ul style="list-style-type: none"> • cadeiras de rodas • canadianas • sistemas de colchões elétricos • materiais para diabéticos • camas hospitalares solicitadas por um prestador para utilização em casa • bombas de perfusão intravenosa (IV) • dispositivos geradores de fala • equipamento de oxigénio e materiais • nebulizadores • andarilhos • Sistema de resposta a emergências pessoais (SREP, do inglês “Personal emergency Response”) <p>Outros equipamentos DME podem ser cobertos, incluindo ajudas ambientais ou tecnologia de assistência/adaptativa. O plano também pode abranger aprender a utilizar, modificar ou reparar o seu equipamento DME. A sua equipa de cuidados colaborará consigo para decidir se esses outros equipamentos e serviços de DME são adequados ao seu caso e se constarão no seu Plano de Cuidados Individualizados (ICP).</p> <p>Cobrimos todos os DME medicamente necessários que o Medicare e o MassHealth geralmente pagam. Se o nosso fornecedor na sua área não dispuser de uma marca ou fabricante em particular, pode perguntar se consegue fazer um pedido especial para si.</p> <p>Podem ser aplicados limites a determinados DME.</p>	\$0
---	-----



Serviços gerais que o nosso plano cobre	O que terá de pagar
<p>É necessária autorização prévia para os fabricantes não preferenciais de materiais de teste para diabéticos (monitores de glicemia e tiras de teste)</p> <ul style="list-style-type: none">• Para obter assistência na determinação de requisitos de autorização ou limites de benefícios, telefone para o Serviço de Apoio a Associados.	



Serviços gerais que o nosso plano cobre	O que terá de pagar
<p>Cuidados médicos de emergência</p> <p>“Cuidados de emergência” significa serviços que são:</p> <ul style="list-style-type: none"> • prestados por um prestador com formação para prestar serviços de emergência; e • necessários para tratar uma emergência médica. <p>Uma “emergência médica” é uma condição médica que qualquer pessoa com conhecimentos médios sobre saúde e medicina pode prever ser de tamanha gravidade que, se não houver cuidados médicos imediatos, resultará em:</p> <ul style="list-style-type: none"> • risco grave para a sua saúde ou para a do seu feto; ou • danos graves a 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: <ul style="list-style-type: none"> ○ não há tempo suficiente para transferi-la com segurança para outro hospital antes do parto; ou ○ a transferência para outro hospital pode representar uma ameaça à sua saúde ou segurança ou à do seu feto. <p>Pode obter atendimento médico de emergência sempre que precisar, em qualquer local nos Estados Unidos ou nos respetivos territórios.</p> <p>Os cuidados de emergência não são cobertos fora dos Estados Unidos e seus territórios.</p> <p>Se receber cuidados de emergência num hospital fora da rede e precisar de internamento após o término da emergência, terá de regressar a um hospital da rede para que os seus cuidados continuem a ser pagos.</p> <p>Pode permanecer no hospital fora da rede para os seus cuidados de internamento apenas se o plano aprovar a sua permanência.</p>	<p>\$0</p>



Serviços de planeamento familiar

Pode escolher qualquer prestador na rede CCA One Care ou um prestador MassHealth para obter determinados serviços de planeamento familiar. Isto significa que pode escolher qualquer prestador de cuidados de saúde, clínica, hospital, farmácia ou consultório de planeamento familiar.

O plano cobre os seguintes serviços:

- Exame de planeamento familiar e tratamento médico
- Laboratório de planeamento familiar e testes de diagnóstico
- Métodos de planeamento familiar (pílulas anticoncepcionais, adesivo, anel, DIU, injeções ou implantes)
- Materiais de planeamento familiar com receita (preservativo, esponja, espuma, filme, diafragma ou capa)
- Aconselhamento e diagnóstico de infertilidade
- Aconselhamento e teste de doenças sexualmente transmissíveis (DST), VIH/SIDA e outras condições relacionadas com o VIH
- Tratamento para doenças sexualmente transmissíveis (DST)
- Esterilização voluntária (tem de ter 21 anos ou mais e assinar um formulário federal de consentimento de esterilização. Pelo menos 30 dias, mas não mais de 180 dias, têm de decorrer entre a data de assinatura do formulário e a data da cirurgia)
- Aconselhamento genético

O plano também pagará alguns outros serviços de planeamento familiar. No entanto, o associado terá de utilizar um prestador na rede do plano para os seguintes serviços:

- Tratamento para condições médicas de infertilidade (este serviço não inclui meios artificiais para engravidar)
- Tratamento para a SIDA e outras condições relacionadas com o VIH
- Testes genéticos

Para obter mais informações, telefone para o Serviço de Apoio a Associados.

Não é necessária autorização prévia para serviços de planeamento familiar fornecidos por prestadores da rede ou do MassHealth.

Autorização prévia necessária para testes genéticos.



Serviços gerais que o nosso plano cobre	O que terá de pagar
<p>Cuidados de afirmação de género</p> <p>A disforia de género descreve o grave descontentamento que uma pessoa sente relativamente ao seu sexo biológico e/ou género atribuído no nascimento.</p> <p>O plano cobre tratamento para disforia de género, incluindo serviços de redesignação de género. Os serviços podem incluir o seguinte: terapêutica hormonal, mastectomia, aumento dos seios, histerectomia, salpingectomia, ooforectomia ou cirurgia reconstrutiva genital.</p> <p>Os serviços e procedimentos considerados cosméticos e de reversão da cirurgia de redesignação de sexo não são cobertos.</p> <p>Para obter mais informações ou assistência, entre em contacto com o seu Parceiro de Cuidados.</p> <p><i>Autorização prévia necessária.</i></p>	\$0
<p>Cuidados em grupo para adultos sob supervisão</p> <p>O plano cobre os serviços prestados pelos prestadores de cuidados em grupo para adultos sob supervisão para os associados que se qualifiquem. Esses serviços são oferecidos num ambiente habitacional com apoio de grupo e podem incluir o seguinte:</p> <ul style="list-style-type: none"> • assistência a atividades do dia-a-dia, atividades auxiliares do dia-a-dia e cuidados pessoais • supervisão • supervisão de enfermagem • gestão de cuidados • <i>Autorização prévia necessária.</i> 	\$0



Serviços gerais que o nosso plano cobre	O que terá de pagar
<p>Programas de educação de saúde e bem-estar</p> <p>O plano cobre todos os programas de educação de saúde e bem-estar cobertos pelo Medicare e pelo MassHealth. Os serviços cobertos incluem, entre outras possibilidades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cessação do tabagismo e do uso do tabaco (ver também “Aconselhamento para deixar de fumar e deixar de utilizar tabaco” anteriormente nesta secção) • Acesso à nossa Linha de Aconselhamento de Enfermagem, 24 horas por dia, 7 dias por semana (consulte o Capítulo 2, Secção C para obter mais informações sobre como aceder a Linha de Aconselhamento de Enfermagem) • Educação para a saúde e bem-estar em casa (ver “Serviços de centros de saúde comunitários” adiante nesta secção) • Educação nutricional (ver também “Serviços de centros de saúde comunitários” adiante nesta secção e “Terapêutica de nutrição médica” adiante nesta secção para obter mais informações sobre serviços cobertos) • Programas de autogestão de cuidados complexos para doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC), diabetes e insuficiência cardíaca • Serviços de educação sobre doenças renais para ensinar cuidados renais e ajudar os associados a tomarem decisões informadas sobre os seus cuidados (consulte também “Serviços e materiais para a doença renal (rim)” adiante nesta secção) <p>Não é necessária autorização prévia para serviços fornecidos por um prestador da rede.</p>	<p>\$0</p>



Se tiver dúvidas, telefone para o CCA One Care através do número 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.ccama.org.77

<p>Serviços para audição, incluindo aparelhos auditivos</p> <p>O plano cobre testes de audição e equilíbrio efetuados pelo seu prestador. Estes testes indicam se precisa de tratamento médico. São cobertos como cuidados ambulatoriais quando os obtém de um médico, audiologista ou outro prestador qualificado.</p> <p>O plano também cobre os seguintes benefícios auditivos de rotina:</p> <ul style="list-style-type: none"> • exames auditivos de rotina • avaliações para adaptação de aparelhos auditivos • aparelhos auditivos • fornecimento e distribuição de aparelhos auditivos, baterias e acessórios • instruções sobre a utilização, cuidados e gestão de aparelhos auditivos • moldes auriculares • impressões para os ouvidos • empréstimo de aparelho auditivo, quando necessário <p>O plano usa a NationsHearing como administradora de benefícios para serviços auditivos, incluindo exames e aparelhos auditivos. Os associados têm de usar a NationsHearing para serem cobertos por este benefício.</p> <p>Contacte a NationsHearing através do número 877-277-9196 (TTY 711) para questões relacionadas com o seu benefício de serviços de audição.</p> <p>Não é necessária autorização prévia para exames de audição de rotina, avaliações, reparações e substituições fornecidos por um prestador da rede.</p> <p>É necessária autorização prévia, exceto para os seguintes serviços:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>aparelhos auditivos monofónicos que custem mais de 500 dólares (excluindo transporte) por ouvido.</i> • <i>aparelhos auditivos binaurais, cros, bicros que custem mais de US\$ 1,000 (excluindo transporte) por ouvido.</i> • a substituição de um aparelho auditivo, independentemente do custo do mesmo, devido a uma alteração médica; <ul style="list-style-type: none"> ○ perda do aparelho auditivo; ou ○ danos para além da reparação do aparelho auditivo; • qualquer substituição de componentes externos do implante coclear. 	\$0
--	-----



Serviços gerais que o nosso plano cobre	O que terá de pagar
<p>Rastreo de VIH</p> <p>O plano cobre exames de rastreo de VIH e testes de rastreo de VIH. Não é necessária autorização prévia para serviços de planeamento familiar fornecidos por prestadores da rede ou do MassHealth.</p>	\$0
<p>Rastreo do vírus da hepatite C (VHC)</p> <p>O plano abrange o rastreo do VHC quando solicitado pelo prestador de cuidados primários no contexto de cuidados primários e realizado por um prestador elegível para estes serviços. O plano cobre o rastreo de VHC em adultos que cumpram qualquer das seguintes condições:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pessoas com alto risco de infeção pelo vírus da hepatite C • Pessoas que não satisfaçam o alto risco conforme definido acima, mas que tenham nascido entre 1945 e 1965 ou que tenham recebido uma transfusão de sangue antes de 1992 <p>Não é necessária autorização prévia para serviços fornecidos por um prestador da rede.</p>	\$0
<p>Agência de cuidados de saúde ao domicílio</p> <p>O plano cobre serviços prestados por uma agência de cuidados de saúde ao domicílio, incluindo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • serviços de enfermagem e auxiliar de saúde ao domicílio especializados a tempo parcial ou intermitente (para serem cobertos pelo benefício de serviços de saúde ao domicílio, os serviços de enfermagem qualificados e auxiliares de saúde combinados têm de totalizar menos de 8 horas por dia e 35 horas por semana, com determinadas exceções) • fisioterapia, terapia ocupacional e terapia da fala • serviços médicos e sociais • transporte para os seus cuidados ou serviços • equipamentos e produtos médicos <p><i>É necessária autorização prévia.</i></p>	\$0



Se tiver dúvidas, telefone para o CCA One Care através do número 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.ccama.org.79

Serviços gerais que o nosso plano cobre	O que terá de pagar
<p>Serviços auxiliares de saúde ao domicílio</p> <p>O plano cobre serviços de auxiliar de saúde ao domicílio, sob a supervisão de um enfermeiro licenciado (RN, do inglês “registered nurse”) ou outro profissional, para associados que se qualifiquem. Os serviços podem incluir o seguinte:</p> <ul style="list-style-type: none"> • trocas de curativos simples • assistência com medicamentos • atividades para apoiar terapias especializadas • cuidados de rotina com dispositivos protésicos e ortóticos • assistência nas atividades da vida quotidiana <p>Autorização prévia necessária.</p>	\$0
<p>Terapia de perfusão domiciliar</p> <p>O plano pagará terapêutica de perfusão ao domicílio, definida como medicamentos ou substâncias biológicas administrados numa veia ou aplicados sob a pele e que lhe são administrados em casa. Para realizar a perfusão ao domicílio é necessário o seguinte:</p> <ul style="list-style-type: none"> • O medicamento ou substância biológica, por exemplo, um antiviral ou imunoglobulina; • Equipamentos, por exemplo, uma bomba; e • Materiais, por exemplo, tubos ou cateteres. <p>O plano cobrirá serviços de perfusão ao domicílio que incluem, entre outros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Serviços profissionais, incluindo serviços de enfermagem, fornecidos em conformidade com o seu plano de cuidados; • Formação e educação de associados ainda não incluídos no benefício DME; • Monitorização remota; e • Serviços de monitorização para o fornecimento de terapêutica de perfusão ao domicílio e medicamentos de perfusão ao domicílio fornecidos por um prestador de terapêutica de perfusão ao domicílio qualificado. 	\$0



<p>Cuidados paliativos</p> <p>O associado tem o direito de escolher uma unidade de cuidados paliativos se o seu prestador e diretor clínico determinarem que tem um prognóstico terminal. Isso significa que tem uma doença terminal e que se prevê que tenha seis meses ou menos de vida. O associado pode receber cuidados de qualquer programa de cuidados paliativos certificado pelo Medicare. O plano tem de o ajudar a encontrar um programa de cuidados paliativos certificado pelo Medicare. O seu prestador de cuidados paliativos pode ser um prestador da rede ou um prestador fora da rede.</p> <p>O plano irá pagar o seguinte, enquanto estiver a receber serviços de cuidados paliativos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos para tratar sintomas e dor • Cuidados temporários de curta duração • Cuidados ao domicílio <p>Se optar por receber os seus cuidados paliativos numa instituição de enfermagem, o CCA One Care cobrirá o custo de alojamento e alimentação.</p> <p>Serviços de cuidados paliativos e serviços cobertos pelo Medicare Part A ou B são cobrados ao Medicare.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consulte a Secção F deste capítulo para obter mais informações. <p>Para serviços cobertos pelo CCA One Care, mas não cobertos pelo Medicare Part A ou B:</p> <ul style="list-style-type: none"> • O CCA One Care cobrirá os serviços cobertos pelo plano não cobertos pelo Medicare Part A ou B. O plano cobrirá os serviços, estejam ou não relacionados com o seu prognóstico terminal. O associado não terá de pagar estes serviços. <p>No caso dos medicamentos que podem ser cobertos pelo benefício do Medicare Part D do CCA One Care:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Os medicamentos nunca são cobertos pela unidade de cuidados paliativos e pelo nosso plano ao mesmo tempo. Para obter mais informações, consulte o Capítulo 5, Secção F. <p>O nosso plano cobre serviços de consulta para doentes em estado terminal para uma pessoa que não escolheu o benefício de cuidados paliativos.</p>	<p>\$0</p>
--	------------



Serviços gerais que o nosso plano cobre	O que terá de pagar
<p>Nota: Se precisar de cuidados paliativos ou não paliativos, deve telefonar para o seu Parceiro de Cuidados, que o ajudará a obter esses serviços. Os cuidados não paliativos são cuidados não relacionados com o seu prognóstico terminal.</p> <p>A todos os associados que não optem pelos cuidados paliativos do Medicare, oferecemos serviços de cuidados paliativos ao abrigo do nosso programa de cuidados paliativos (o “Programa”), bem como cuidados de fim da vida.</p> <p>O Programa tem como objetivo aliviar a dor, o stress e outros sintomas desconfortáveis no caso de pessoas que vivem com doenças graves. O Programa foi criado para os nossos associados, os seus cuidadores e prestadores de cuidados com participação ativa das equipas do CCA One Care.</p> <p>Em casos apropriados, o CCA One Care contrata agências externas adequadas de cuidados paliativos e agências que gerem cuidados paliativos para prestar serviços que ampliam o programa.</p> <p>Para obter mais informações sobre o Programa, entre em contacto com a sua Equipa de Cuidados.</p>	
<p>Imunizações</p> <p>O plano abrange determinadas vacinas, tais como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pneumonia • Vacinas contra a gripe • Vacina contra a hepatite B se estiver em risco elevado ou intermédio de contrair hepatite B • Vacina contra a COVID-19 • Outras vacinas se estiver em risco e cumprir os critérios de cobertura do Medicare Part B • Outras vacinas que cumprem os critérios de cobertura do MassHealth ou do Medicare Part C. Leia o Capítulo 6, Secção D para saber mais. <p>Não é necessária autorização prévia para serviços fornecidos por um prestador da rede.</p>	\$0



Se tiver dúvidas, telefone para o CCA One Care através do número 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.ccama.org.82

Serviços gerais que o nosso plano cobre	O que terá de pagar
<p>Enfermagem independente</p> <p>O plano cobre os cuidados de um enfermeiro em sua casa. O enfermeiro pode trabalhar para uma agência de cuidados de saúde ao domicílio ou pode ser um enfermeiro independente.</p> <p><i>Autorização prévia necessária.</i></p>	\$0
<p>Cuidados de saúde comportamental para doentes internados</p> <p>Serviços de internamento, tais como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • serviços de saúde mental para doentes internados para avaliar e tratar uma condição psiquiátrica aguda • serviços de distúrbios relacionados com o consumo de substâncias em regime de internamento (ASAM Nível 4) • camas para observação/espera • serviços diários necessários a nível administrativo <p>De acordo com este plano, não há limite vitalício para o número de dias que um associado pode permanecer numa unidade de cuidados de saúde comportamental como doente internado.</p> <p><i>É necessária autorização prévia.</i></p>	\$0



<p>Cuidados de internamento hospitalar</p> <p>O plano cobre internamentos medicamente necessários. Depois de a sua emergência estar controlada, tem de obter aprovação do plano para continuar a receber cuidados de internamento num hospital fora da rede.</p> <p>O plano cobre serviços, incluindo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quarto semiprivado (ou um quarto privado se for medicamente necessário) • Refeições, incluindo dietas especiais • Serviços regulares de enfermagem • Custos de unidades de cuidados especiais por exemplo, unidades de cuidados intensivos ou unidades coronárias • Substâncias e medicamentos • Testes de laboratório • Radiografias e outros serviços de radiologia • Materiais cirúrgicos e médicos • Equipamento, por exemplo, cadeiras de rodas • Serviços de sala de operação e recobro • Terapêutica física, ocupacional e da fala • Serviços relacionados com distúrbios por uso de substâncias • Sangue, incluindo armazenamento e administração <ul style="list-style-type: none"> ○ O plano abrange sangue total, concentrado de glóbulos vermelhos e todos os outros componentes do sangue. A cobertura de sangue total e concentrado de glóbulos vermelhos começa no primeiro litro de sangue de que precisar. • Serviços médicos • Transplantes, incluindo córnea, rim, rim/pancreático, coração, fígado, pulmão, coração/pulmão, medula óssea, células estaminais e intestinal/multivisceral. <ul style="list-style-type: none"> ○ Se precisar de um transplante, um centro de transplante aprovado pelo Medicare analisará o seu caso e decidirá se é candidato a um transplante. <p>Este benefício continua na página seguinte</p>	<p>\$0</p>
--	-------------------



Se tiver dúvidas, telefone para o CCA One Care através do número 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.ccama.org.84

Serviços gerais que o nosso plano cobre	O que terá de pagar
<p>Cuidados de internamento hospitalar (continuação)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Os prestadores de transplantes podem ser locais ou estar fora da área de cobertura. Se os prestadores de transplantes locais estiverem dispostos a aceitar a taxa do Medicare, você poderá receber os respetivos serviços de transplante localmente ou fora dos cuidados habituais da sua comunidade. Se o CCA One Care prestar serviços de transplante fora dos cuidados habituais da sua comunidade e optar por fazer o seu transplante nesse local, providenciaremos alojamento e deslocações para si e outra pessoa ou pagaremos os respetivos custos. <p>É necessária autorização prévia, exceto para consumo de substâncias por doentes internados e internamentos de emergência.</p>	
<p>Rastreio de cancro de pulmão</p> <p>O plano pagará um rastreio do cancro de pulmão a cada 12 meses se você:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tiver entre 50 e os 77 anos, e • Participar numa consulta de aconselhamento e de tomada de decisão partilhada com o seu médico ou outro prestador qualificado, e • Tiver fumado pelo menos 1 maço por dia durante 20 anos sem sinais ou sintomas de cancro do pulmão ou fumar atualmente ou tiver deixado de fumar nos últimos 15 anos. <p>Após o primeiro rastreio, o plano pagará outro rastreio a cada ano mediante um pedido escrito do seu médico ou de outro prestador qualificado.</p> <p>Não é necessária autorização prévia para serviços fornecidos por um prestador da rede.</p>	\$0



Se tiver dúvidas, telefone para o CCA One Care através do número 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.ccama.org.85

Serviços gerais que o nosso plano cobre	O que terá de pagar
<p>Terapêutica nutricional médica</p> <p>O plano cobre terapêutica de diagnóstico nutricional e serviços de aconselhamento para ajudá-lo a controlar uma condição médica (como doença renal).</p> <p>Não é necessária autorização prévia para serviços fornecidos por um prestador da rede.</p>	\$0
<p>Transporte não urgente medicamente necessário</p> <p>O plano cobre o transporte necessário por motivos médicos exceto emergências para planear destinos aprovados e consultas confirmadas num raio de 50 milhas do ponto de recolha. As viagens devem ser reservadas com 72 horas de antecedência, das 7 pm às 8 pm EST, de segunda a sexta-feira, e das 8 am às 12 pm EST aos sábados e domingos.</p> <p>Este transporte não urgente é coberto pelo nosso plano nos termos do benefício MassHealth.</p> <p>O plano recorre à Coordinated Transportes Solutions (CTS) em todas as viagens de transporte não urgente. Para contactar a CTS, telefone para 855-204-1410 (TTY 711).</p> <p>Para ser coberto pelo CCA One Care, o transporte tem de ser providenciado pela CTS.</p> <p><i>É necessária autorização prévia para viagens a mais de 50 milhas do local de recolha.</i></p>	\$0



Se tiver dúvidas, telefone para o CCA One Care através do número 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.ccama.org.86

Serviços gerais que o nosso plano cobre	O que terá de pagar
<p>Medicare Diabetes Prevention Program [MDPP, Programa de Prevenção de Diabetes do Medicare]</p> <p>O plano irá pagar os serviços MDPP. O MDPP foi criado para ajudá-lo a ter um comportamento mais saudável. Fornece formação prática sobre:</p> <ul style="list-style-type: none">• alteração na dieta a longo prazo, e• aumento da atividade física, e• formas de manter a perda de peso e um estilo de vida saudável. <p>Não é necessária autorização prévia para serviços fornecidos por um prestador da rede.</p>	\$0



Medicamentos sujeitos a receita médica do Medicare Part B

\$0

Estes medicamentos são cobertos pelo Medicare Part B. O CCA One Care cobrirá os seguintes medicamentos:

- medicamentos que geralmente não administra a si mesmo e são injetados ou perfundidos enquanto está a receber serviços de um prestador de cuidados de saúde, como doente em ambulatório num hospital ou num centro cirúrgico em ambulatório
- insulina fornecida através de um item de equipamento médico durável (como uma bomba de insulina clinicamente necessária)
- medicamentos que toma usando DME (como nebulizadores) que foram autorizados pelo plano
- fatores de coagulação que administra por injeção se tem hemofilia
- medicamentos imunossuppressores, se estava inscrito no Medicare Part A no momento do transplante de órgãos
- medicamentos para osteoporose que são injetados. Esses medicamentos são pagos se estiver confinado em casa, se tiver uma fratura óssea que um prestador de cuidados de saúde ateste estar relacionada com a osteoporose pós-menopausa e não puder injetar o medicamento por conta própria
- antigénios
- certos medicamentos orais anticâncer e medicamentos anti-náuseas

determinados medicamentos para diálise ao domicílio, incluindo heparina, o antídoto para heparina (quando medicamento necessário), anestésicos tópicos e agentes estimuladores da eritropoiese (como Epogen[®], Procrit[®], epoetina alfa, Aranesp[®] ou darbepoetina alfa)

- Imunoglobulina IV para o tratamento ao domicílio de doenças de imunodeficiência primária

Part B – Categorias de medicamentos da terapêutica faseada:

(Observação: as classes de medicamentos indicadas abaixo geralmente não são autoadministradas pelo paciente)

- Anti-inflamatório
- Agentes antineoplásicos (câncer)
- Produtos biológicos

Este benefício continua na página seguinte



Se tiver dúvidas, telefone para o CCA One Care através do número 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.ccama.org.88

Serviços gerais que o nosso plano cobre	O que terá de pagar
<p>Medicamentos sujeitos a receita médica do Medicare Part B (continuação)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fatores estimuladores de colónias • Imunomoduladores <p>Veja uma lista dos medicamentos da Part B que podem estar sujeitos a terapêutica faseada no nosso website: www.ccama.org</p> <p>Também cobrimos algumas vacinas no nosso benefício de medicamentos sujeitos a receita médica do Medicare Part B e Part D.</p> <p>O Capítulo 5 explica o benefício de medicamentos sujeitos a receita médica para doentes em ambulatório. Também explica as regras que é necessário que siga para que as prescrições sejam cobertas.</p> <p>A maioria dos medicamentos especiais está limitada a um fornecimento de 30 dias.</p> <p>É necessária autorização prévia.</p> <p>Para obter ajuda na determinação de requisitos de autorização, telefone para o Serviço de Apoio a Associados.</p>	\$0
<p>Cuidados em instituições de enfermagem</p> <p>O plano cobre serviços em instalações que prestam cuidados a pessoas que não podem receber os seus cuidados em casa, mas que não precisam de estar no hospital.</p> <p>O plano não paga equipamentos pessoais por exemplo, televisão ou telefone, etc.</p> <p>É necessária autorização prévia</p>	\$0
<p>Rastreio de obesidade e terapêutica de manutenção de peso</p> <p>O plano inclui aconselhamento para ajudá-lo a perder peso. Deve obter o aconselhamento num contexto de cuidados primários. Desta forma, pode ser gerido com o seu plano de prevenção completo. Fale com o seu prestador de cuidados primários para saber mais.</p> <p>Não é necessária autorização prévia para serviços fornecidos por um prestador da rede.</p>	\$0



Se tiver dúvidas, telefone para o CCA One Care através do número 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.ccama.org.89

Serviços gerais que o nosso plano cobre	O que terá de pagar
<p>Serviços do programa de tratamento de abuso de opiáceos (OTP, do inglês “opioid treatment program”)</p> <p>O plano pagará os seguintes serviços para tratar o transtorno de uso de opiáceos (OUD, do inglês “opioid use disorder”):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atividades de consumo • Avaliações periódicas • Medicamentos aprovados pela Autoridade dos Alimentos e Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) e, se aplicável, gerir e administrar-lhe estes medicamentos • Por aconselhamento sobre distúrbios relacionados com consumo de substâncias • Terapêutica individual e em grupo • Testes para medicamentos ou produtos químicos no seu corpo (testes de toxicologia) 	\$0
<p>Serviços ortopédicos</p> <p>O plano cobre ortóteses (não dentárias) e outros dispositivos mecânicos ou moldados para apoiar ou corrigir a forma ou funções do corpo humano.</p> <p><i>É necessária autorização prévia.</i></p> <p>Para obter ajuda na determinação de requisitos de autorização, telefone para o Serviço de Apoio a Associados.</p>	\$0



<p>Serviços de saúde comportamental em ambulatório</p> <p>O plano cobre serviços de cuidados de saúde comportamental prestados pelos seguintes prestadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • um psiquiatra ou médico licenciado pelo estado • um psicólogo clínico • um assistente social clínica • um enfermeiro especialista clínico • um enfermeiro • um médico assistente, ou • qualquer outro profissional de saúde comportamental qualificado pelo Medicare, conforme permitido pelas leis estaduais aplicáveis. <p>O plano cobre serviços, incluindo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • tratamento individual, em grupo e para casais/família • consulta de medicação • avaliação de diagnóstico • consulta familiar • consulta de caso • consulta psiquiátrica em unidade médica de internamento • consulta intermédia entre situação de internamento e ambulatório • tratamento de acupuntura • terapêutica de substituição de opiáceos • tratamento com opiáceos em consultório • tratamento assistido por medicação • manutenção com metadona • desintoxicação em ambulatório (Nível II.d) • exames psicológicos • serviços urgentes em ambulatório • terapêutica comportamental dialética (DBT, do inglês “dialectical behavioral therapy”) <p>Este benefício continua na página seguinte</p>	<p>\$0</p>
--	------------



Serviços gerais que o nosso plano cobre	O que terá de pagar
<p>Serviços de saúde comportamental em ambulatório (continuação)</p> <ul style="list-style-type: none"> • programa estruturado para toxicodependência em ambulatório (SOAP, do inglês “structured outpatient addiction program”) <p>O associado tem a opção de obter estes serviços por meio de uma visita presencial ou por telemedicina.</p> <p>Ao abrigo da lei Mental Health Parity and Addiction Equity [Paridade de Saúde Mental e Equidade da Dependência], somos obrigados a disponibilizar cuidados de saúde mentais e benefícios em situações de consumo de substâncias que não sejam mais restritivos do que os requisitos ou limitações que aplicamos a benefícios médicos, cirúrgicos, comunitários e de assistência.</p> <p><i>(Consulte também “Serviços de saúde comportamental baseados na comunidade (alternativos) que o nosso plano cobre” adiante nesta secção para obter mais informações sobre serviços de cuidados de saúde comportamental.)</i></p> <p>Não é necessária autorização prévia para testes neuropsicológicos, testes psicológicos, terapêutica eletroconvulsiva e estimulação magnética transcraniana repetitiva (rTMS, do inglês “repetitive transcranial magnetic stimulation”) e escetamina para o tratamento da depressão resistente.</p>	



Serviços gerais que o nosso plano cobre	O que terá de pagar
<p>Exames de diagnóstico em ambulatório e serviços e produtos terapêuticos</p> <p>O plano cobre serviços, incluindo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Radiografias • Terapêutica de radiação (rádio e isótopo), incluindo materiais técnicos e consumíveis • Materiais cirúrgicos, por exemplo, pensos • Talas, moldes e outros dispositivos utilizados em fraturas e luxações • Análises laboratoriais • Sangue. O plano vai pagar pelo armazenamento e administração. A cobertura de sangue total e concentrado de glóbulos vermelhos começa no primeiro litro de sangue de que precisar. • Testes genéticos; serviços fornecidos de acordo com as orientações do Medicare e do MassHealth • Outros exames de diagnóstico em ambulatório <p>O CCA One Care reserva-se o direito de fazer com que um especialista analise o plano de tratamento proposto ou de solicitar que se determine se um curso de tratamento é apropriado para si.</p> <p><i>É necessária autorização prévia para exames de diagnóstico em ambulatório e serviços e produtos terapêuticos.</i></p> <p>Por exemplo, imagiologia especializada e testes de rastreio especializados (ou seja, testes genéticos) podem requerer uma autorização prévia.</p> <p>Para obter ajuda na determinação de requisitos de autorização, telefone para o Serviço de Apoio a Associados.</p>	<p>\$0</p>



Serviços gerais que o nosso plano cobre	O que terá de pagar
<p data-bbox="103 254 532 285">Medicamentos em ambulatório</p> <p data-bbox="103 321 971 428">Leia o Capítulo 5 para obter informações sobre os benefícios em medicamentos e o Capítulo 6 para obter informações sobre quanto paga pelos medicamentos.</p> <p data-bbox="103 506 997 613">O associado não paga por medicamentos sujeitos a receita médica e artigos sem receita médica (OTC, do inglês “over-the-counter”) cobertos pelo nosso plano.</p>	\$0



<p>Serviços hospitalares em ambulatório</p> <p>O plano cobre os serviços medicamente necessários que você obtenha no departamento em ambulatório de um hospital para diagnóstico ou tratamento de uma doença ou lesão.</p> <p>O plano cobre serviços, incluindo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Serviços num departamento de emergência ou clínica em ambulatório por exemplo, cirurgia em ambulatório ou serviços de observação <ul style="list-style-type: none"> ○ Os serviços de observação ajudam o seu prestador de cuidados de saúde a saber se é necessário que seja internado no hospital como um “doente internado”. ○ Em determinados casos, pode permanecer no hospital durante a noite e continuar a ser um “doente em ambulatório” <p>Pode obter mais informações sobre o que é um doente internado ou ambulatorial nesta ficha técnica: https://www.medicare.gov/publications/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Exames laboratoriais e de diagnóstico cobrados pelo hospital ● Saúde comportamental, incluindo cuidados num programa de hospitalização parcial, se um prestador de cuidados de saúde certificar que o tratamento hospitalar seria necessário sem os mesmos ● Radiografias e outros serviços de radiologia cobrados pelo hospital ● Materiais médicos por exemplo, talas e gesso ● Rastreios preventivos e serviços constantes na Tabela de Benefícios ● Alguns medicamentos que não pode administrar a si próprio <p>O CCA One Care reserva-se o direito de fazer com que um especialista analise o plano de tratamento proposto ou de solicitar que se determine se um curso de tratamento é apropriado para si.</p> <p><i>É necessária autorização prévia para cirurgia em ambulatório.</i></p> <p><i>É necessária autorização prévia para exames de diagnóstico ambulatoriais e serviços e produtos terapêuticos. Por exemplo, pode</i></p>	\$0
--	-----



Serviços gerais que o nosso plano cobre	O que terá de pagar
<p><i>ser necessária autorização prévia para exames de imagiologia especializados e testes de rastreio especializados.</i></p> <p>Para obter ajuda na determinação de requisitos de autorização, telefone para o Serviço de Apoio a Associados.</p>	
<p>Serviços de reabilitação em ambulatório</p> <p>O plano cobre fisioterapia, terapia ocupacional e terapia da fala.</p> <p>Pode obter serviços de reabilitação em ambulatório em departamentos em ambulatório de hospitais, consultórios de terapeutas independentes, instalações abrangentes de reabilitação em ambulatório (CORF, do inglês “comprehensive outpatient rehabilitation facilities”) e outras instalações.</p> <p>Para obter mais informações, entre em contacto com a sua equipa de cuidados.</p> <p><i>É necessária autorização prévia para fisioterapia, terapia ocupacional e terapia da fala.</i></p> <p><i>Os dispositivos de comunicação reforçada e alternativa e tecnologia de assistência podem requerer uma autorização prévia.</i></p>	\$0



Serviços gerais que o nosso plano cobre	O que terá de pagar
<p>Serviços em ambulatório relacionados com distúrbios por uso de substâncias</p> <p>O plano cobre serviços, incluindo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acupuntura • Manutenção com metadona • Desintoxicação em ambulatório (Nível II.D) <p>Tem a opção de obter estes serviços por meio de uma consulta presencial ou por consulta de vídeo (cuidados virtuais ou telemedicina).</p> <p>Não é necessária autorização prévia para serviços prestados por um prestador da rede, exceto para tratamento de acupuntura após 36 sessões.</p> <p><i>A acupuntura utilizada no tratamento do transtorno por uso de substâncias requer autorização prévia se o número de visitas exceder 36 num ano civil.</i></p>	\$0
<p>Cirurgia em ambulatório</p> <p>O plano cobre cirurgias em ambulatório e serviços em ambulatório de hospitais e centros cirúrgicos em ambulatório.</p> <p><i>É necessária autorização prévia.</i></p>	\$0
<p>Equipamento de oxigénio e terapêutica respiratória</p> <p>O plano cobre serviços, incluindo sistemas de oxigénio, recargas e aluguer de equipamento de terapêutica de oxigénio.</p> <p><i>É necessária autorização prévia.</i></p>	\$0



Se tiver dúvidas, telefone para o CCA One Care através do número 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.ccama.org.97

Serviços gerais que o nosso plano cobre	O que terá de pagar
<p>Programa de cuidados paliativos</p> <p>Os cuidados paliativos visam melhorar a qualidade de vida das pessoas que vivem com uma doença grave. Esse tipo de cuidados tem como foco o alívio dos sintomas e do stress de uma doença grave.</p> <p>Ao receber cuidados paliativos, pode continuar a receber tratamento e terapias destinadas a melhorar ou mesmo curar os seus problemas médicos.</p> <p>O programa pode ajudá-lo a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • encontrar alívio para a dor e outros sintomas • gerir os seus medicamentos • entender a sua doença e o seu curso • identificar o que é mais importante para si • obter os cuidados certos à hora certa • fazer planos e decisões • comunicar com os seus prestadores • preparar-se para as fases futuras <p>Para se inscrever no Palliative Care Program [Programa de Cuidados Paliativos], fale com o seu Parceiro de Cuidados. Se for adequado para as suas necessidades, o seu Parceiro de Cuidados irá encaminhá-lo para o programa.</p> <p>Não é necessária autorização prévia para serviços prestados pelo programa de cuidados paliativos da Commonwealth Care Alliance ou de um prestador da rede.</p>	<p>\$0</p>



Serviços gerais que o nosso plano cobre	O que terá de pagar
<p>Serviços de assistência para cuidados pessoais</p> <p>O plano cobre serviços de atendimento de cuidados pessoais para ajudá-lo nas atividades da vida quotidiana e nas atividades instrumentais da vida quotidiana, se você se qualificar. Estas incluem, por exemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • tomar banho • preparação de refeições e alimentação • vestuário e cuidados pessoais • gestão de medicação • deslocações • ir à casa de banho • transferências • lavandaria • serviço de limpeza <p>Estes serviços também podem incluir serviços de assistência pessoal, por exemplo, alertas e monitorização.</p> <p>O associado pode contratar uma pessoa diretamente ou utilizar uma agência para contratar uma pessoa para si.</p> <p>Um assistente pode ajudá-lo com tarefas práticas. O plano também pode pagar por um trabalhador para o ajudar, mesmo que não precise de ajuda prática. Podem ser recomendados serviços alternativos quando não for necessária ajuda prática.</p> <p>Os serviços de assistência pessoal estão disponíveis por meio de agências comunitárias.</p> <p>A sua equipa de cuidados colaborará consigo para decidir se esse serviço é adequado para si e constará no seu Plano de Cuidados Individualizados (ICP).</p> <p>É necessária autorização prévia.</p>	<p>\$0</p>



Se tiver dúvidas, telefone para o CCA One Care através do número 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.ccama.org.99

Serviços gerais que o nosso plano cobre	O que terá de pagar
<p>Serviços de hospitalização parcial e serviços de ambulatório intensivo</p> <p>A hospitalização parcial é um programa estruturado de tratamento psiquiátrico ativo. É oferecido como um serviço ambulatório 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.</p> <p>O serviço de ambulatório intensivo é um programa estruturado de tratamento terapêutico ativo de saúde comportamental (mental) fornecido como um serviço de ambulatório hospitalar, um centro de saúde mental comunitário, 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 a hospitalização parcial.</p>	\$0



<p>Serviços médicos/prestadores de serviços, incluindo consultas em consultório médico</p> <p>O plano cobre os seguintes serviços.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Serviços de saúde ou cirurgia medicamente necessários prestados em locais como: <ul style="list-style-type: none"> ○ consultório médico ○ centro cirúrgico em ambulatório certificado ○ departamento em ambulatório hospitalar ○ Consulta, diagnóstico e tratamento por um especialista ○ Exames básicos de audição e equilíbrio realizados pelo seu prestador de cuidados primários ou especialista, se o seu prestador de cuidados primários os solicitar para concluir se você precisa de tratamento ou não ○ Segunda opinião antes de um procedimento médico. O seu prestador de cuidados primários/equipa de cuidados irá ajudá-lo a encontrar serviços de segunda opinião de um prestador fora da rede se não houver um prestador disponível. ○ Cuidados odontológicos não rotineiros. Os serviços cobertos são limitados ao seguinte: ○ Cirurgia da mandíbula ou estruturas relacionadas ○ Resolução de fraturas da mandíbula ou de ossos faciais ○ Extrair dentes antes de tratamentos de radiação de cancro neoplásico, ou <ul style="list-style-type: none"> ○ cirurgia da mandíbula ou estruturas relacionadas ○ resolução de fraturas da mandíbula ou de ossos faciais ○ extrair dentes antes de tratamentos de radiação de cancro neoplásico, ou ○ serviços que seriam cobertos se fornecidos por um médico ○ Exames gerais virtuais (por exemplo, por telefone ou conversa por vídeo) com o seu prestador de cuidados de saúde durante 5 a 10 minutos se: <ul style="list-style-type: none"> ○ não for um novo doente e ○ o exame geral não estiver relacionado com uma consulta no consultório nos últimos 7 dias e 	\$0
--	-----



Serviços médicos/prestadores de serviços, incluindo consultas em consultório médico (continuação)

- o exame geral não gerar uma consulta no consultório no prazo de 24 horas ou de acordo com agendamento mais rápido disponível
- Avaliação do vídeo e/ou imagens que enviar ao seu prestador e interpretação e acompanhamento pelo seu prestador em 24 horas se:
 - não for um novo doente e
 - a avaliação não estiver relacionada com uma consulta no consultório nos últimos 7 dias e
 - a avaliação não gerar uma consulta no consultório no prazo de 24 horas ou de acordo com agendamento mais rápido disponível
- Consulta que o seu prestador tenha com outros prestadores por telefone, internet ou registo médico eletrónico se não for um novo doente
- Segunda opinião por outro prestador da rede antes da cirurgia
- Cuidados odontológicos não rotineiros. Os serviços cobertos são limitados ao seguinte:
 - Serviços que seriam cobertos se fornecidos por um médico.
 - Determinados serviços de telemedicina (“consulta virtual” ou “cuidados virtuais”), incluindo: serviços urgentes; serviços de cuidados de saúde ao domicílio; serviços de prestadores de cuidados primários; serviços de terapia ocupacional; sessões individuais para serviços de especialidade de saúde comportamental; outros profissionais de saúde; sessões individuais para serviços psiquiátricos; serviços de fisioterapia e patologia da fala; sessões individuais para o consumo de drogas em ambulatório
 - O associado tem a opção de obter estes serviços por meio de uma visita presencial ou por telemedicina. Se optar por obter um destes serviços por telemedicina, terá de recorrer a um prestador da rede que ofereça o serviço por telemedicina.



Serviços médicos/prestadores de serviços, incluindo consultas em consultório médico (continuação)

- Serviços de telemedicina para consultas mensais relacionadas com doença renal terminal (DRT) para associados que realizam diálise em casa num centro de diálise renal hospitalar ou de acesso crítico, unidade de diálise renal ou em casa do associado
- Serviços de telemedicina para diagnosticar, avaliar ou tratar os sintomas de um acidente vascular cerebral
- Serviços de telemedicina para associados com transtorno por uso de drogas ou transtorno comportamental concomitante
- Serviços de telemedicina para diagnóstico, avaliação e tratamento de distúrbios de saúde comportamental se:
 - Tem uma consulta presencial nos 6 meses anteriores à sua primeira consulta de telemedicina
 - Tem uma consulta presencial a cada 12 meses enquanto estiver a receber estes serviços de telemedicina
 - Podem ser feitas exceções ao acima exposto para determinadas circunstâncias
- Serviços de telemedicina para consultas de saúde comportamental prestados por Clínicas de Saúde Rurais e Centros de Saúde com Qualificação Federal
- exames gerais virtuais (por exemplo, por telefone ou conversa por vídeo) com o seu médico durante 5 a 10 minutos se:
 - não for um novo doente **e**
 - o exame geral não estiver relacionado com uma consulta no consultório nos últimos 7 dias **e**
 - o exame geral não gerar uma consulta no consultório no prazo de 24 horas ou de acordo com agendamento mais rápido disponível
- avaliação do vídeo e/ou imagens que enviar ao seu médico e interpretação e acompanhamento pelo seu médico em 24 horas se:
 - não for um novo doente **e**
 - a avaliação não estiver relacionada com uma consulta no consultório nos últimos 7 dias **e**



- a avaliação não gerar uma consulta no consultório no prazo de 24 horas ou de acordo com agendamento mais rápido disponível
- consulta que o seu médico tenha com outros médicos por telefone, internet ou registo médico eletrónico se não for um novo paciente
- segunda opinião por outro prestador da rede antes da cirurgia
- Cuidados odontológicos não rotineiros. Os serviços cobertos são limitados ao seguinte:
 - cirurgia da mandíbula ou estruturas relacionadas
 - resolução de fraturas da mandíbula ou de ossos faciais
 - extrair dentes antes de tratamentos de radiação de cancro neoplásico, **ou**
 - serviços que seriam cobertos se fornecidos por um médico

Serviços de médicos/prestadores - Recompensa anual de consultas de bem-estar

Uma consulta anual de bem-estar ou um exame físico anual qualificam-se para uma recompensa de \$25 por ano após a conclusão da consulta. Consultas rotineiras com o PCP, como seguimento ou consulta médica, não se qualificam para a recompensa.

Para ganhar essa recompensa, tem de fazer uma consulta anual de bem-estar ou um exame anual. Qualquer um dos tipos de consultas anuais é mais longo do que as consultas de rotina do prestador de cuidados primários. Durante uma consulta anual de bem-estar ou um exame físico anual, o associado e o seu prestador de cuidados de saúde farão uma revisão detalhada da sua saúde geral.

Depois de concluir o seu exame de qualificação e o prestador nos faturar (ao plano de saúde), enviar-lhe-emos informações sobre como escolher a sua recompensa.

Coberta uma vez a cada ano civil.

Consulte “Serviços odontológicos” anteriormente nesta secção para obter mais informações sobre serviços odontológicos, requisitos de autorização prévia e limitações.

É necessária autorização prévia para: serviços prestados por um centro cirúrgico em ambulatório certificado, cuidados



Serviços gerais que o nosso plano cobre	O que terá de pagar
<i>odontológicos não de rotina, cirurgia em ambulatório e serviços prestados por prestadores fora da rede.</i>	
<p>Serviços de médicos, enfermagem e serviços de enfermagem obstétrica</p> <p>O plano cobre os serviços de médicos, enfermagem e enfermagem obstétrica. Estes incluem, por exemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • consultas em consultório para cuidados primários e especializados • cuidados pré-natais e OB/GYN • formação de autogestão da diabetes • terapêutica nutricional médica • serviços de cessação do tabagismo • Não é necessária autorização prévia para serviços fornecidos por um prestador da rede. 	
<p>Serviços de podologia</p> <p>O plano cobre os seguintes serviços:</p> <ul style="list-style-type: none"> • diagnóstico e tratamento médico ou cirúrgico de lesões e doenças do pé (como dedos dos pés em martelo ou esporões no calcanhar) • cuidados rotineiros com os pés para associados com doenças que afetam as pernas por exemplo, diabetes <p><i>É necessária autorização prévia para cirurgia podológica e serviços de podologia prestados em lar residencial.</i></p>	\$0



Serviços gerais que o nosso plano cobre	O que terá de pagar
<p>Terapêuticas digitais com receita médica</p> <p>Efetua um copagamento de \$0 pela seguinte terapêutica digital com receita médica:</p> <p>O plano cobre reSET e reSET-O, uma aplicação de terapêutica cognitivo-comportamental de 12 semanas, a pedido, transferível para um smartphone.</p> <p>Esta terapêutica é indicada para adultos a tratar num programa de tratamento em ambulatório para o transtorno relacionado com o consumo de substâncias e o transtorno relacionado com o consumo de opiáceos. O tratamento com reSET-O deve ser combinado com terapêutica, incluindo buprenorfina por via transmucosa.</p> <p>Trabalhe com o seu prestador e o Plano One Care para determinar se isto resultará para si. Telefone para a linha de Serviço de Apoio a Associados do plano para obter mais informações.</p>	\$0
<p>Exames de rastreio do cancro da próstata</p> <p>O plano cobre os seguintes serviços:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Um exame retal digital • Um teste de antigénio específico da próstata (PSA) <p>Não é necessária autorização prévia para serviços fornecidos por um prestador da rede.</p>	\$0



Serviços gerais que o nosso plano cobre	O que terá de pagar
<p>Dispositivos protésicos e consumíveis relacionados</p> <p>Os dispositivos protésicos substituem a totalidade ou parte de uma parte ou função do corpo. O plano cobre serviços, incluindo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • bolsas e consumíveis para colostomia relacionados com os cuidados para colostomia • pacemakers • ortóteses • sapatos protésicos • braços e pernas artificiais • próteses mamárias (incluindo sutiã cirúrgico após mastectomia) <p>Além disso, o plano cobre alguns consumíveis relacionados com dispositivos protésicos. O plano também cobre a reparação ou substituição de dispositivos protésicos.</p> <p>O plano oferece alguma cobertura após a remoção ou cirurgia de catarata. Consulte “Cuidados com a visão” adiante nesta secção para obter detalhes.</p> <p>É necessária autorização prévia.</p> <p>Para obter ajuda na determinação de requisitos de autorização, telefone para o Serviço de Apoio a Associados.</p>	\$0
<p>Serviços de reabilitação pulmonar</p> <p>O plano cobre programas de reabilitação pulmonar para associados com doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) moderada a muito grave. O associado deve ter um pedido de reabilitação pulmonar do médico ou prestador que trata a DPOC.</p> <p>É necessária autorização prévia.</p>	\$0



Serviços gerais que o nosso plano cobre	O que terá de pagar
<p>Serviços e consumíveis para doenças renais (rins)</p> <p>O plano cobre os seguintes serviços:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Serviços de educação sobre doenças renais para ensinar cuidados renais e ajudar os associados a tomarem boas decisões sobre os seus cuidados. <ul style="list-style-type: none"> ○ tem de ter doença renal crónica de estágio IV e o seu prestador de cuidados de saúde tem de o encaminhar. ○ o plano irá cobrir até seis sessões de serviços de educação sobre doenças renais. ● Tratamentos de diálise em ambulatório, incluindo tratamentos de diálise quando temporariamente fora da área de cobertura, conforme explicado no Capítulo 3 ou quando o seu prestador para este serviço estiver temporariamente indisponível ou inacessível. ● Tratamentos de diálise para doentes internados, se for internado num hospital para cuidados especiais ● Formação em autodiálise, incluindo formação para si e qualquer pessoa que o ajude no que se refere aos seus tratamentos de diálise ao domicílio ● Equipamentos e materiais para diálise ao domicílio ● Determinados serviços de apoio ao domicílio por exemplo, consultas necessárias por profissionais com formação em diálise para verificar a sua diálise ao domicílio e ajudar em emergências e para verificar o seu equipamento de diálise e fornecimento de água <p>O benefício de medicamentos do Medicare Part B cobre alguns medicamentos para diálise. Para obter informações, consulte “Medicamentos sujeitos a receita médica do Medicare Part B” nesta tabela.</p> <p>Não é necessária autorização prévia para serviços fornecidos por um prestador da rede.</p> <p>Não precisa de autorização prévia para serviços de diálise fora da área.</p>	<p>\$0</p>



Se tiver dúvidas, telefone para o CCA One Care através do número 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.ccama.org.108

Serviços gerais que o nosso plano cobre	O que terá de pagar
<p>Rastreo e aconselhamento no que se refere a infeções sexualmente transmissíveis (DST)</p> <p>O plano cobre exames para clamídia, gonorreia, sífilis e hepatite B. Tem de ser um prestador de cuidados primários a solicitar as análises.</p> <p>O plano também cobre sessões individuais de aconselhamento comportamental de alta intensidade. O plano cobre estas sessões de aconselhamento como um serviço preventivo apenas se forem administradas por um prestador de cuidados primários. As sessões têm de ser realizadas num contexto de cuidados primários, como um consultório médico.</p> <p>Não é necessária autorização prévia para serviços de planeamento familiar fornecidos por prestadores da rede ou do MassHealth.</p>	<p>\$0</p>



Se tiver dúvidas, telefone para o CCA One Care através do número 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.ccama.org.109

<p>Cuidados em instituições de enfermagem especializada (SNF, do inglês “skilled nursing facility”)</p> <p>O plano cobre serviços, incluindo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Um quarto semiprivado, ou um quarto privado se for medicamente necessário ● Refeições, incluindo dietas especiais ● Serviços de enfermagem ● Fisioterapia, terapia ocupacional e terapia da fala ● Medicamentos que recebe no âmbito do seu plano de cuidados, incluindo substâncias presentes naturalmente no organismo por exemplo, fatores de coagulação sanguínea ● Sangue, incluindo armazenamento e administração <ul style="list-style-type: none"> ○ O plano irá pagar sangue integral e glóbulos vermelhos concentrados. A cobertura de sangue integral e concentrado de glóbulos vermelhos começa no primeiro litro de sangue de que precisar. ○ O plano vai pagar por todas as outras partes do sangue, começando no primeiro litro de sangue usado. ● Materiais consumíveis médicos e cirúrgicos fornecidos por instituições de enfermagem ● Análises laboratoriais realizadas por instituições de enfermagem ● Radiografias e outros serviços de radiologia prestados por instituições de enfermagem ● Equipamento por exemplo, cadeiras de rodas, geralmente fornecidos por instituições de enfermagem ● Serviços médicos/prestadores de serviços <p>Receberá normalmente os seus cuidados em instalações da rede. No entanto, pode obter os seus cuidados num estabelecimento que não faz parte da nossa rede. Pode obter atendimento nos seguintes locais, se os mesmos aceitarem os valores do nosso plano para pagamento.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Uma instituição de enfermagem ou comunidade de reformados com assistência continuada onde residiu antes de recorrer ao hospital (desde que este forneça cuidados de instituição de enfermagem) 	\$0
--	-----



Serviços gerais que o nosso plano cobre	O que terá de pagar
<ul style="list-style-type: none"> • Uma instituição de enfermagem onde o seu cônjuge ou companheiro residir no momento em que você sair do hospital <p>Não é necessário o internamento hospitalar antes da admissão na instituição de enfermagem especializada.</p> <p>Se o MassHealth determinar que você tem um Valor Pago pelo Doente (PPA, do inglês “Patient Paid Amount”) mensal para os seus cuidados ao domicílio, você será responsável pelos pagamentos.</p> <p>É necessária autorização prévia.</p>	
<p>Terapia de exercício supervisionado (SET)</p> <p>O plano vai pagar por SET (do inglês “supervised exercise therapy”) para associados com doença arterial periférica (DAP) sintomática que tenham um pedido para DAP pelo médico responsável pelo tratamento da DAP. O plano pagará:</p> <p>Até 36 sessões durante um período de 12 semanas se todos os requisitos de SET forem cumpridos</p> <p>36 sessões adicionais intervaladas, se considerado medicamente necessário por um prestador de saúde</p> <p>O programa SET tem de ter as seguintes características:</p> <p>Sessões de 30 a 60 minutos de um programa de formação em exercícios terapêuticos para DAP em associados com câibras nas pernas devido a fluxo sanguíneo insuficiente (claudicação)</p> <p>Num ambiente em ambulatório hospitalar ou num consultório médico</p> <p>Fornecido por pessoal qualificado que garante que os benefícios superam os danos e que é formado em terapia de exercícios para a DAP</p> <p>Sob a supervisão direta de um médico, médico assistente ou enfermeiro/especialista em enfermagem clínica formado em técnicas básicas e avançadas de assistência de vida</p> <p>É necessária autorização prévia.</p>	\$0



Serviços gerais que o nosso plano cobre	O que terá de pagar
<p>Programa de serviços de transição de vida</p> <p>O plano cobre serviços prestados por um prestador de serviços de transição de vida para associados que se qualifiquem. Esses serviços são fornecidos num ambiente residencial e podem incluir o seguinte:</p> <ul style="list-style-type: none"> • serviços de assistência para cuidados pessoais • supervisão de pessoal de enfermagem 24 horas no local • refeições • formadores de competências • assistência a atividades instrumentais da vida quotidiana (por exemplo, lavandaria, compras, limpeza) <p><i>É necessária autorização prévia.</i></p>	\$0
<p>Cuidados urgentes necessários</p> <p>São prestados cuidados urgentemente necessários para tratar o seguinte:</p> <ul style="list-style-type: none"> • uma não emergência (não inclui serviços de cuidados primários de rotina) • uma doença médica repentina • uma lesão • uma condição que precisa de cuidados imediatos <p>Se necessitar de cuidados necessários com urgência, deve tentar primeiro obtê-los de um prestador da rede. No entanto, pode utilizar prestadores fora da rede quando não puder chegar a um prestador da rede (por exemplo, quando estiver fora da área de cobertura do plano ou durante o fim de semana).</p> <p>Não é necessária autorização prévia.</p> <p>Se tiver recebido esses cuidados, deve informar o seu PCP/equipa de cuidados sempre que possível.</p> <p>Os cuidados urgentemente necessários não são cobertos fora dos Estados Unidos e seus territórios.</p>	\$0



Se tiver dúvidas, telefone para o CCA One Care através do número 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.ccama.org.112

Cuidados oftalmológicos

O plano pagará os seguintes serviços de visão de rotina:

- Exames oftalmológicos abrangentes
- Formação em visão
- Óculos que incluem:
 - Lentes básicas (simples, bifocais e trifocais)
 - Armações ou lentes de contacto visualmente necessárias até \$125 por ano civil
- Um (1) conjunto de substituição de armações até \$125 e lentes de base uma vez a cada dois (2) anos civis.
- e outros recursos visuais

Os membros terão de receber serviços de visão de rotina de prestadores na rede de prestadores VSP. Para obter assistência com os serviços de visão de rotina, contacte a VSP para obter assistência através do número 855-492-9028 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana

Não é necessária autorização prévia, exceto para serviços de visão de rotina cobertos.

Visão não rotineira:

O plano também cobre atendimento médico em ambulatório para diagnóstico e tratamento de doenças e lesões oculares. Inclui, por exemplo, exames oftalmológicos anuais de retinopatia diabética para pessoas com diabetes e tratamento da degenerescência macular relacionada com a idade.

Relativamente a pessoas com alto risco de glaucoma, o plano cobre exames de glaucoma. Caso o médico insira uma lente intraocular, o plano cobre óculos ou lentes de contacto após a cirurgia de catarata.



Serviços gerais que o nosso plano cobre	O que terá de pagar
<p>Para questões sobre os seus benefícios de visão que não sejam de rotina, contacte o Serviço de Atendimento a Associados.</p> <p>Não é necessária autorização prévia para certos serviços de visão que não sejam de rotina</p>	
<p>Consulta preventiva “Boas-vindas ao Medicare”</p> <p>O plano cobre uma única consulta preventiva de “Boas-vindas ao Medicare”. A consulta inclui:</p> <ul style="list-style-type: none"> • uma revisão da sua saúde; • educação e aconselhamento sobre os serviços preventivos de que precisa (incluindo exames e injeções); e • encaminhamentos para outros cuidados, se necessário. <p>Nota: cobrimos a consulta preventiva de “Boas-vindas ao Medicare” apenas durante os primeiros 12 meses em que tem o Medicare Part B. Quando marcar a sua consulta, informe o consultório do seu médico que pretende agendar a sua consulta preventiva de “Boas-vindas ao Medicare”.</p> <p>Também cobrimos “Consultas de bem-estar” e outros serviços preventivos. Consulte a secção abaixo para obter mais informações sobre avaliações de bem-estar.</p> <p>Não é necessária autorização prévia para serviços fornecidos por um prestador da rede.</p>	\$0
<p>Avaliações de bem-estar</p> <p>O plano cobre avaliações de bem-estar. Servem para realizar ou atualizar um plano de prevenção.</p> <p>Não é necessária autorização prévia para serviços fornecidos por um prestador da rede.</p>	\$0



Além dos serviços gerais, o nosso plano também cobre serviços de cuidados de saúde comportamental comunitários. Por vezes são denominados “serviços de saúde comportamental alternativos”. Trata-se de serviços que pode utilizar em vez de recorrer ao hospital ou a uma instituição para satisfazer algumas necessidades de saúde comportamental. A sua equipa de cuidados irá colaborar consigo para decidir se estes serviços são adequados para o seu caso e se deverão constar no seu Plano de Cuidados Individualizados (ICP).



Serviços de saúde comportamental comunitários (alternativos) que o nosso plano cobre

Estes serviços incluem o seguinte:

- Gestão de abstinência clinicamente monitorizada de doentes internados (também conhecida como serviços de tratamento agudo) (ASAM Nível 3.7)
- Serviços residenciais de alta intensidade, para populações específicas, administrados medicamente* (consulte a nota abaixo) (ASAM Nível 3.3)
- Serviços de estabilização clínica (CSS, do inglês “clinical stabilization services”) (ASAM Nível 3.5)
- Estabilização de crise na comunidade (CCS, do inglês “community crisis stabilization”)
- Programa de apoio comunitário para pessoas cronicamente sem-abrigo (CSP-CHI, do inglês “community support program for chronically homeless individuals”)
- Programa de apoio comunitário (CSP, do inglês “community support program”)
- Programa de serviços de emergência (ESP, do inglês “emergency services program”)
- Serviços melhorados de reabilitação residencial para indivíduos com diagnóstico duplo
- Programa em ambulatório intensivo (IOP, do inglês “intensive outpatient program”)
 - O serviço ambulatório intensivo é um programa estruturado de tratamento terapêutico ativo de saúde comportamental (mental) fornecido como serviço ambulatório hospitalar, um centro de saúde mental comunitário, 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 a hospitalização parcial.
- Programa de hospitalização parcial (PHP, do inglês “partial hospitalization program”)
 - A “Hospitalização parcial” é um programa estruturado de tratamento psiquiátrico ativo. É oferecido em regime ambulatório hospitalar ou em centro comunitário de saúde mental. É mais intenso do que os cuidados que recebe no consultório do seu médico ou terapeuta. Pode ajudar a impedir que tenha de ficar no hospital.
- Programa de tratamento comunitário assertivo (PACT, do inglês “program of assertive community treatment”)
- Tratamento psiquiátrico de dia
- Orientador de recuperação
- Orientação de assistência à recuperação



- Serviços de reabilitação residencial (RRS, do inglês “residential rehabilitation services”)
 - RRS melhorada concomitante (COE RRS, do inglês “cooccurring enhanced RRS”) para associados com diagnóstico duplo
- Programa estruturado para toxicodependência em ambulatório (SOAP, do inglês “structured outpatient addiction program”)
- Serviços de assistência transicional (TSS, do inglês “transitional support services) para transtorno por uso de substâncias* (consulte a Nota abaixo)

O associado tem a opção de obter estes serviços por meio de uma visita presencial ou por telemedicina (cuidados virtuais). Não é necessária autorização prévia.

* **Nota:** estes serviços podem não estar disponíveis através do seu plano One Care no início do ano do plano. Se tiver dúvidas, entre em contacto com o plano One Care.

O nosso plano também cobre serviços comunitários que promovam bem-estar, recuperação, autogestão de condições crónicas e vida independente. Estes serviços também podem ajudá-lo a evitar internamento em hospital ou instituição de enfermagem. A sua equipa de cuidados irá colaborar consigo para decidir se estes serviços são adequados para o seu caso e se deverão constar no seu Plano de Cuidados Individualizados (ICP).

Serviços comunitários cobertos pelo nosso plano

Assistência em transições de cuidados

O plano cobre serviços para ajudar em transições entre configurações de cuidados no caso de associados que se qualifiquem. Esses serviços podem incluir o seguinte:

- coordenação de informações entre os seus prestadores
- acompanhamento após o seu internamento hospitalar ou noutra instalação
- educação sobre a sua condição de saúde
- referências

Não é necessária autorização prévia para serviços fornecidos por um prestador da rede.



Serviços comunitários cobertos pelo nosso plano**Serviços de tarefas domésticas**

Estes serviços incluem atividades que ajudam os associados a fazer a manutenção das suas casas e/ou a corrigir ou prevenir defeitos ambientais que podem ser perigosos para a saúde e a segurança de um associado.

É necessária autorização prévia.

Agentes comunitários de saúde

O plano cobre serviços prestados por agentes comunitários de saúde, que podem incluir o seguinte:

- educação sobre saúde no domicílio ou na comunidade
- obtenção dos serviços de que precisa
- aconselhamento, assistência e exames

Os serviços de um agente comunitário de saúde significam que receberá a assistência de alguém que o representará e que entende a sua cultura, necessidades e preferências.

Os agentes de saúde comunitários da CCA One Care ajudam os associados a gerir os seus determinantes sociais de saúde (SDOH, do inglês “social determinants of health”), identificando e ligando os associados a serviços e recursos dentro das suas próprias comunidades; seguindo uma abordagem centrada no associado, que visa melhorar a saúde dos associados e fortalecer a sua independência. Os SDOH incluem, entre outras possibilidades, habitação, assistência pública (SNAP, SSI Cash Assistance), programas de dia, subsídios para combustível e elegibilidade para o MassHealth.

Não é necessária autorização prévia para serviços prestados pelos profissionais de saúde comunitários do CCA One Care.



Serviços comunitários cobertos pelo nosso plano**Serviços de acompanhantes**

Os serviços de acompanhantes permitem que indivíduos saudáveis permaneçam em casa, prestando-lhes assistência.

O plano cobre serviços relacionados com a socialização, auxílio na preparação de refeições ligeiras, auxílio nas compras e pequenas tarefas e acompanhamento para deslocações a consultas médicas, locais de nutrição e em caminhadas.

É necessária autorização prévia.

Serviços diurnos

O plano cobre atividades diárias estruturadas num programa que o ajuda a aprender as competências necessárias para viver na comunidade de modo mais independente possível. As competências foram pensadas para satisfazer as suas necessidades e podem incluir o seguinte:

- competências da vida quotidiana
- formação em comunicação
- competências preventivas
- competências de socialização

É necessária autorização prévia.

Serviços de cuidados ao domicílio

O plano cobre serviços de cuidados ao domicílio prestados em sua casa ou na comunidade, se você se qualificar. Esses serviços podem incluir o seguinte:

- um trabalhador para ajudá-lo nas conversas domésticas
- um trabalhador para ajudá-lo nas suas tarefas diárias e cuidados pessoais. A assistência pode ser prática, de sugestão ou de supervisão destas tarefas.
- formação ou atividades para melhorar as suas competências de vida na comunidade e ajudá-lo a defender-se a si mesmo

É necessária autorização prévia.



Serviços comunitários cobertos pelo nosso plano
<p>Refeições entregues em casa</p> <p>Estes serviços incluem preparação, acondicionamento e entrega de refeições nas casas dos associados.</p> <p><i>É necessária autorização prévia.</i></p>
<p>Modificações em casa</p> <p>O plano cobre modificações em sua casa, se você se qualificar. As modificações têm de ser pensadas para garantir a sua saúde, bem-estar e segurança ou torná-lo mais independente em sua casa. As modificações podem incluir o seguinte:</p> <ul style="list-style-type: none">• rampas• barras de apoio• alargamento de portas• sistemas especiais para equipamentos médicos <p>Para obter mais informações, telefone para o Serviço de Apoio a Associados.</p> <p><i>É necessária autorização prévia.</i></p>
<p>Gestão de medicação</p> <p>O plano cobre serviços de gestão de medicamentos por um assistente social, se você se qualificar. O assistente social irá ajudá-lo a tomar os seus medicamentos sujeitos a receita médica e não sujeitos a receita médica. O serviço pode incluir o seguinte:</p> <ul style="list-style-type: none">• lembrar-lhe que tem de tomar a sua medicação• verificar a embalagem da medicação• observá-lo enquanto toma a sua medicação• registar os momentos em que toma o seu medicamento• abrir medicamentos e ler os rótulos por si <p><i>É necessária autorização prévia.</i></p>



Serviços comunitários cobertos pelo nosso plano**Transporte não médico**

O plano cobre o transporte para serviços comunitários e atividades que o ajudam a manter-se independente e ativo na sua comunidade.

São fornecidas oito (8) viagens só de ida por mês para fins não médicos, tais como compras de supermercado, bancos alimentares e ginásio num raio de 50 milhas do local de recolha. Determinados locais são proibidos, como casinos. As viagens não utilizadas no mês não são transferidas para utilização futura. As viagens terão de ser reservadas com 72 horas de antecedência, das 7am às 8pm EST de segunda a sexta-feira e das 8am às 12pm EST aos sábados e domingos. Se não puder fazer uma viagem programada, deverá cancelar a viagem pelo menos 2 horas antes do horário programado de recolha. Se não o fizer e não comparecer ou cancelar com atraso, a viagem programada será contabilizada nas suas oito viagens não médicas só de ida por mês. Este benefício é coberto pelo plano no âmbito do benefício MassHealth (Medicaid).

O plano recorre à Coordinated Transportes Solutions (CTS) em todas as viagens de transporte não emergencial.

Para contactar a CTS, telefone para 855-204-1410 (TTY 711). Para ser coberto pelo CCA One Care, o transporte tem de ser providenciado pela CTS.

Se precisar de mais de oito (8) viagens de ida por mês, pode falar com o seu Parceiro de Cuidados sobre obter aprovação para viagens adicionais para locais cobertas pelo CCA, incluindo mercearias e bancos alimentares, para alinhar com o seu Plano de Cuidados Individualizado.

Para obter mais informações, entre em contacto com a sua equipa de cuidados.

É necessária autorização prévia para deslocações a mais de 50 milhas do local de recolha e para mais de oito (8) viagens de ida por mês.



Serviços comunitários cobertos pelo nosso plano**Apoio/aconselhamento/orientação de pares**

O plano cobre formação, instrução e serviços de mentoria, se você se qualificar. Estes serviços irão ajudá-lo a defender os seus interesses e a participar na sua comunidade. O associado pode obter estes serviços de uma pessoa na comunidade ou em pequenos grupos.

O plano também cobre serviços prestados por um especialista em saúde comportamental certificado por pares (CPS, do inglês “certified peer specialist”). Um CPS é uma pessoa que foi formada para partilhar eficazmente as suas experiências de uma forma que seja útil e positiva para os outros, especialmente pessoas que utilizam e prestam serviços de cuidados de saúde comportamental. Um CPS tem de concluir um programa de formação intensivo de 9 dias, passar num exame e participar em programas de educação contínua.

Não é necessária autorização prévia para serviços prestados por um especialista em saúde comportamental certificado por pares (CPS) contratado.

É necessária autorização prévia.

Cuidados temporários

O plano cobre serviços de assistência temporária se o seu prestador de cuidados principal precisar de ajuda ou não estiver disponível durante um curto período. Estes serviços podem ser prestados em caso de emergência ou planeados com antecedência. Se planeados com antecedência, os serviços podem ser prestados em sua casa ou durante uma estadia de curto prazo num centro de acolhimento para adultos, num centro de cuidados de saúde para adultos, numa instituição de enfermagem, numa residência assistida, numa casa de repouso ou um hospital.

Não é necessária autorização prévia para serviços fornecidos por um prestador da rede.



E. Benefícios cobertos fora do CCA One Care

Os serviços seguintes não são cobertos pelo CCA One Care, mas estão disponíveis através do Medicare, do MassHealth ou de uma agência estadual.

E1. Cuidados paliativos

O associado tem o direito de escolher uma unidade de cuidados paliativos se o seu prestador e diretor clínico determinarem que tem um prognóstico terminal. Isso significa que tem uma doença terminal e que se prevê que tenha seis meses ou menos de vida. O associado pode receber cuidados de qualquer programa de cuidados paliativos certificado pelo Medicare. O plano tem de o ajudar a encontrar programas de cuidados paliativos certificados pelo Medicare. O seu médico de cuidados paliativos pode ser um prestador da rede ou um prestador fora da rede.

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

No caso de serviços de cuidados paliativos e serviços cobertos pelo Medicare Part A ou B relacionados com o seu prognóstico terminal:

- O prestador de cuidados paliativos faturará os serviços ao Medicare. O Medicare pagará pelos serviços de cuidados paliativos relacionados com o seu prognóstico terminal. O associado não terá de pagar estes serviços.

No caso de serviços cobertos pelo Medicare Part A ou B que não estão relacionados com o seu prognóstico terminal

- O prestador faturará ao Medicare pelos seus serviços. O Medicare pagará pelos serviços cobertos pelo Medicare Part A ou B. O associado não terá de pagar estes serviços.

No caso dos medicamentos que podem ser cobertos pelo benefício do Medicare Part D do CCA One Care:

- Os medicamentos nunca são cobertos pela unidade de cuidados paliativos e pelo nosso plano ao mesmo tempo. Para obter mais informações, consulte o Capítulo 5, Secção F.

Nota: Se precisar de cuidados paliativos ou cuidados não paliativos, deve contactar o seu Parceiro de Cuidados para que este ajude a providenciar os serviços. Os cuidados não paliativos são cuidados não relacionados com o seu prognóstico terminal.



Se tiver dúvidas, telefone para o CCA One Care através do número 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.ccama.org.123

E2. Serviços de agências estatais

Reabilitação psicossocial e gestão de casos específicos

Se estiver a receber reabilitação psicossocial do Department of Mental Health [Departamento de Saúde Mental] ou gestão de casos específicos do Department of Mental Health ou Department of Developmental Services [Departamento de Serviços de Desenvolvimento], os seus serviços continuarão a ser fornecidos diretamente pela agência estadual. No entanto, o CCA One Care irá ajudar na coordenação com estes prestadores no âmbito do seu Plano geral de Cuidados Individualizados (ICP).

Alojamento e alimentação numa casa de repouso

Se viver numa casa de repouso e aderir ao One Care, o Department of Transitional Assistance [Departamento de Assistência Transitória] continuará a ser responsável pelos pagamentos do seu quarto e da sua alimentação.

F. Benefícios não cobertos pelo CCA One Care, pelo Medicare ou pelo MassHealth

Esta secção informa-o dos tipos de benefícios excluídos pelo plano. “Excluído” significa que o plano não paga por esses benefícios. O Medicare e o MassHealth também não pagarão pelos mesmos.

A lista abaixo descreve alguns serviços e equipamentos que não são cobertos pelo plano em nenhuma condição e alguns que são excluídos pelo plano apenas em alguns casos.

O plano não cobrirá os benefícios médicos excluídos referidos nesta secção (ou em qualquer outra parte deste *Manual do Associado*), exceto nas condições específicas indicadas. Mesmo que receba os serviços numa unidade de emergência, o plano não irá pagar pelos serviços. Se considerar que devemos pagar por um serviço que não é coberto, pode apresentar um recurso. Para obter informações sobre como apresentar um recurso, consulte o Capítulo 9.

Além de todas as exclusões ou limitações descritas na Tabela de Benefícios, **os seguintes equipamentos e serviços não são cobertos pelo nosso plano.**

- Serviços que não são medicamente necessários de acordo com os padrões do Medicare e do MassHealth.
- Tratamentos médicos e cirúrgicos experimentais, material experimental e medicamentos experimentais, a menos que cobertos pelo Medicare ou por um estudo de investigação clínica aprovado pelo Medicare ou pelo nosso plano. Consulte o Capítulo 3, página 48, para obter mais informações sobre estudos de investigação clínica. Tratamento experimental e equipamentos que não são aceites pela comunidade médica em geral.



Se tiver dúvidas, telefone para o CCA One Care através do número 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.ccama.org.124

- Taxas cobradas pelos seus familiares imediatos ou associados do seu agregado familiar, exceto conforme permitido para assistência para cuidados pessoais ou cuidados de acolhimento de adultos.
- Procedimentos ou serviços de melhoria opcionais ou voluntários (incluindo perda de peso, crescimento do cabelo, desempenho sexual, desempenho atlético, fins cosméticos, antienvhecimento e desempenho mental), exceto quando medicamente necessário.
- Cirurgia estética ou outra intervenção cosmética, a menos que seja necessária devido a uma lesão acidental ou para melhorar uma parte do corpo que está malformada. No entanto, o plano pagará a reconstrução de uma mama após uma mastectomia e o tratamento da outra mama para ficar igual.
- Calçado ortopédico, a menos que o calçado faça parte de uma ortose de perna e esteja incluído no custo da assistência, ou que o calçado seja para uma pessoa com doença do pé diabético.
- Dispositivos de assistência para os pés, exceto sapatos ortopédicos ou terapêuticos para pessoas com doença do pé diabético.
- Queratotomia radial, cirurgia LASIK e outros meios auxiliares para a visão reduzida.
- Reversão de procedimentos de esterilização e fornecimentos de contraceptivos não sujeitos a receita médica.
- Serviços de naturopatia (uso de tratamentos naturais ou alternativos).



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

Introdução

Este capítulo explica as regras para obter medicamentos sujeitos a receita médica para doentes em ambulatório. São medicamentos que o seu prestador solicita para si ou que você adquire numa farmácia ou encomenda por correio. Incluem medicamentos cobertos pelo Medicare Part D e pelo MassHealth. Os termos-chave e as suas definições aparecem por ordem alfabética no último capítulo do *Manual do Associado*.

O CCA One Care também cobre os seguintes medicamentos, mas não serão abordados neste capítulo:

- Medicamentos cobertos pelo Medicare Part A. Incluem alguns medicamentos que lhe são administrados enquanto estiver num hospital ou instituição de enfermagem.
- Medicamentos cobertos pelo Medicare Part B. Incluem alguns medicamentos para quimioterapia, algumas injeções de medicamentos que recebe durante uma consulta com um médico ou outro prestador e medicamentos que recebe numa clínica de diálise. Para saber mais sobre que medicamentos do Medicare Part B são cobertos, consulte a Tabela de Benefícios no Capítulo 4, Secção D.

Regras para cobertura em ambulatório de medicamentos do plano

Geralmente o plano cobrirá os seus medicamentos desde que siga as regras desta secção:

1. Um médico ou outro prestador tem de escrever a sua receita, que tem de ser válida ao abrigo da legislação estatal aplicável. Essa pessoa geralmente é o seu prestador de cuidados primários (PCP). Também pode ser outro prestador se o seu Prestador de Cuidados Primários o tiver encaminhado para esse prestador de cuidados.
2. O seu médico prescritor não pode estar nas Listas de Exclusão ou Preclusão da Medicare.
3. Geralmente, tem de usar uma farmácia da rede para obter a sua receita.
4. Geralmente, o seu medicamento prescrito tem de constar na *Lista de Medicamentos Cobertos* do plano. Chamamos-lhe “Lista de Medicamentos”, para abreviar.
 - Se não estiver na Lista de Medicamentos, podemos cobri-lo, abrindo uma exceção.
 - Consulte o Capítulo 9, Secção F2 para saber como solicitar uma exceção.



5. O seu medicamento tem de ser usado para uma indicação medicamente aceite. Isto significa que a utilização do medicamento está aprovada pela FDA (Food and Drug Administration [Agência dos Medicamentos e da Alimentação]) ou tem como fundamento determinadas referências médicas. De acordo com a lei e as regulamentações do Medicaid, e em conformidade com o MassHealth, os serviços são medicamente necessários se:
- Puderem ser razoavelmente calculados para prevenir, diagnosticar, prevenir o agravamento, aliviar, corrigir ou curar condições que colocam em perigo a sua vida, causam sofrimento ou dor, causam deformidade física ou mau funcionamento, ameaçam causar ou agravar uma incapacidade ou resultam em doença ou enfermidade; e
 - Não haja nenhum outro serviço médico ou local de atendimento disponível que funcione bem e seja mais barato para si.



Índice

A. Aviar as suas receitas.....	130
A1. Aviar a sua receita numa farmácia da rede	130
A2. Utilizar o seu cartão de associado ao aviar uma receita.....	130
A3. O que fazer se mudar para outra farmácia da rede	130
A4. O que fazer se a sua farmácia sair da rede.....	130
A5. Utilização de uma farmácia especializada.....	131
A6. Utilizar serviços de encomenda pelo correio para aviar uma receita	131
A7. Obter um fornecimento a longo prazo das suas receitas.....	133
A8. Usar uma farmácia que não faz parte da rede do plano	133
A9. Receber um reembolso se pagar uma receita.....	134
B. Lista de Medicamentos do Plano.....	135
B1. Medicamentos na Lista de Medicamentos	135
B2. Como encontrar um medicamento na Lista de Medicamentos	135
B3. Medicamentos que não constam na Lista de Medicamentos	136
B4. Categorias da Lista de Medicamentos	137
C. Limites a alguns medicamentos sujeitos a receita médica.....	137
D. Motivos pelos quais as suas receitas podem não estar cobertas	139
D1. Obter um fornecimento temporário	139
E. Alterações na cobertura dos seus medicamentos.....	142
F. Cobertura de medicamentos sujeitos a receita médica em casos especiais	146
F1. Se estiver num hospital ou numa instituição de enfermagem especializada para um internamento coberto pelo plano	146
F2. Se estiver numa instituição de cuidados continuados.....	146
F3. Se estiver num programa de cuidados paliativos certificado pela Medicare	146
G. Programas de segurança de medicamentos e gestão de medicamentos	147
G1. Programas para ajudar os associados a utilizar medicamentos em segurança	147



G2. Programas para ajudar os associados a gerir as suas receitas	147
G3. Programa de gestão de medicamentos para ajudar os associados a utilizar com segurança os seus medicamentos opiáceos	148



A. Aviar as suas receitas

A1. Aviar a sua receita numa farmácia da rede

Na maioria dos casos, o plano pagará pelas receitas apenas se forem fornecidas nas farmácias da rede do plano. Uma farmácia da rede é uma farmácia que concordou em aviar receitas para os associados do nosso plano. Pode utilizar qualquer das farmácias da nossa rede.

Para encontrar uma farmácia da rede, pode:

- Consulte o *Diretório de Prestadores e Farmácias*
- Aceda ao nosso website em www.ccama.org
- Telefone para o Serviço de Apoio a Associados através do número 866-610-2273 (TTY 711)

A2. Utilizar o seu cartão de associado ao aviar uma receita

Para aviar a sua receita, **mostre o seu cartão de associado** na sua farmácia da rede. A farmácia da rede irá faturar ao plano o seu medicamento sujeito a receita médica coberto.

Se não tiver o seu cartão de associado consigo quando aviar a sua receita, peça à farmácia para telefonar para o plano para obter as informações necessárias.

Se a farmácia não conseguir obter a informação necessária, ou se a farmácia lhe pedir para pagar o medicamento, contacte imediatamente o Serviço de Apoio a Associados. Faremos o que pudermos para ajudar.

A3. O que fazer se mudar para outra farmácia da rede

Se mudar de farmácia e precisar de aviar uma receita, pode pedir que um profissional lhe passe uma nova receita ou pedir à sua farmácia para transferir a receita para a nova farmácia se ainda restarem receitas por aviar.

Se precisar de assistência para mudar de farmácia da rede, pode entrar em contacto com o Serviço de Apoio a Associados através do número 866-610-2273 (TTY 711).

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

Se a farmácia a que recorre sair da rede do plano, terá de encontrar uma nova farmácia da rede para que o plano continue a pagar pelas suas receitas.

Para encontrar uma nova farmácia da rede, pode procurar no **Diretório de Prestadores e Farmácias** (em inglês, "Provider and Pharmacy Directory"), aceder ao nosso website em www.ccama.org ou contacte o Serviço de Apoio a Associados através do número 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana.



A5. Utilização de uma farmácia especializada

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

- Farmácias que fornecem medicamentos para terapêutica de perfusão ao domicílio.
- Farmácias que fornecem medicamentos para residentes de instituições de longa permanência por exemplo, instituições de enfermagem.
 - Normalmente, as instituições de cuidados continuados têm as suas próprias farmácias. Se residir numa instituição de cuidados continuados, temos de garantir que consegue obter os medicamentos de que necessita na farmácia da instituição.
 - Se a farmácia da sua instituição de cuidados continuados não estiver na nossa rede, ou se tiver qualquer dificuldade em aceder aos seus medicamentos do benefício numa instituição de cuidados continuados, contacte o Serviço de Apoio a Associados.
- Farmácias que servem o Programa de Saúde Indígena de Serviços de Saúde/Tribal/Urbano. Exceto em emergências, apenas os nativos americanos ou nativos do Alasca podem utilizar estas farmácias.
- Farmácias que distribuem medicamentos restritos pela FDA a determinados locais ou que requerem manuseamento especial, coordenação de fornecedores ou educação sobre o seu uso. (Nota: este cenário deverá acontecer raramente.)

Para encontrar uma farmácia especializada, pode procurar no *Directório de Prestadores e Farmácias*, aceder ao nosso Website ou contactar o Serviço de Apoio a Associados através do número 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana.

A6. Utilizar serviços de encomenda pelo correio para aviar uma receita

Para determinados tipos de medicamentos, pode utilizar os serviços de encomenda pelo correio da rede do plano. Normalmente, os medicamentos disponíveis através de encomenda pelo correio são medicamentos que toma regularmente para uma condição médica crónica ou de longo prazo.

O nosso programa de encomenda pelo correio permite-lhe encomendar um fornecimento para até 90 dias. Paga \$0.

Como aviar as minhas receitas por encomenda pelo correio

Para obter informações sobre como aviar as suas receitas pelo correio, pode escolher uma de três opções:



Se tiver dúvidas, telefone para o CCA One Care através do número 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.ccama.org.131

- Ligue para o Serviço de Apoio a Associados através do número 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana.
- Aceda ao nosso website www.ccama.org e veja as informações do “Programa de encomendas pelo correio” em “Serviços de farmácia”
- Fale com a sua equipa de cuidados.

Normalmente, uma receita enviada através de encomenda pelo correio chegará até si no prazo de 14 a 21 dias. Se, por qualquer motivo, a sua encomenda pelo correio estiver atrasada, contacte o nosso Serviço de Apoio a Associados. Iremos ajudá-lo a obter a(s) receita(s) de que necessita.

Processos de pedidos pelo correio

O serviço de encomendas pelo correio possui procedimentos diferentes para as prescrições novas que recebe da sua parte, para as prescrições novas que recebe diretamente do consultório do seu prestador e para o reabastecimento das suas receitas através de encomendas pelo correio:

1. Receitas novas que a farmácia de encomenda pelo correio recebe da sua parte

A farmácia irá automaticamente aviar e entregar as novas receitas que receber da sua parte.

2. Novas receitas que a farmácia de encomenda pelo correio recebe diretamente do consultório do seu prestador

Depois de a farmácia receber uma receita de um prestador de cuidados de saúde, irá contactá-lo para saber se pretende que a medicação seja aviada imediata ou posteriormente.

- Isto irá dar-lhe a oportunidade de garantir que a farmácia está a entregar o medicamento correto (incluindo a dosagem, quantidade e forma) e, se necessário, permitir-lhe suspender ou adiar a encomenda antes de esta ser enviada.
- É importante que responda sempre que for contactado pela farmácia, para que saibam o que fazer com a nova receita e para evitar quaisquer atrasos no envio.

3. Reabastecimento de receitas através de encomenda pelo correio

Para reabastecimentos dos seus medicamentos, tem a opção de subscrever um programa de reabastecimento automático. Neste programa, começaremos a tratar o seu próximo reabastecimento automaticamente, quando os nossos registos mostrarem que o seu medicamento está prestes a esgotar.

- A farmácia irá contactá-lo antes de enviar cada reabastecimento para garantir



que necessita de mais medicação, e você poderá cancelar reabastecimentos programados se tiver medicação suficiente ou se a sua medicação tiver sido alterada.

- Se optar por não utilizar o nosso programa de reabastecimento automático, contacte a sua farmácia 14 a 21 dias antes da data em que a receita atual irá esgotar para garantir que a sua próxima encomenda é enviada atempadamente.

Para cancelar o nosso programa que prepara automaticamente reabastecimentos de encomendas por correio, contacte a farmácia de encomendas por correio: Costco Pharmacy, através do número 1-800-607-6861. Também pode cancelar a inscrição no website pharmacy.costco.com, gerindo o seu estado em “Reabastecer receita”.

Assim, a farmácia pode contactá-lo para confirmar a sua encomenda antes de a enviar. Certifique-se de que informa a farmácia sobre as melhores formas de o contactar. Telefone para a farmácia para confirmar as suas informações de contacto.

A7. Obter um fornecimento a longo prazo das suas receitas

Pode obter um fornecimento de medicamentos de longo prazo para 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 de longo prazo de medicamentos para manutenção. O *Diretório de Prestadores e Farmácias* informa que farmácias podem fornecer-lhe medicamentos de longo prazo para manutenção. Também pode telefonar para o Serviço de Apoio a Associados para obter mais informações.

Pode utilizar os serviços de encomenda por correio da rede do plano para obter um fornecimento de longo prazo de medicamentos de manutenção. Consulte a secção acima para saber mais sobre serviços de encomenda por correio.

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

Deve utilizar sempre uma farmácia na rede do CCA One Care, se puder. Se considera que não pode utilizar uma farmácia na nossa rede, telefone primeiro para o Serviço de Apoio a Associados.

Normalmente pagamos os medicamentos aviados numa farmácia fora da rede **apenas** quando você não consegue utilizar uma farmácia da rede. Temos farmácias da rede fora da nossa área de cobertura onde pode aviar as suas receitas enquanto associado do nosso plano.

Pagaremos receitas aviadas numa farmácia fora da rede nos seguintes casos:



- Se estiver em viagem nos Estados Unidos e seus territórios, mas fora da área de cobertura do plano, e ficar doente, perder ou ficar sem os seus medicamentos sujeitos a receita médica, cobriremos os medicamentos sujeitos a receita médica que forem aviados numa farmácia fora da rede. Antes de aviar a sua receita numa farmácia fora da rede, telefone para o Serviço de Apoio a Associados, para saber se existe uma farmácia da rede na área para onde vai viajar, através do número 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. Se não houver farmácias credenciadas nessa área, o Serviço de Apoio a Associados pode providenciar para que avie as suas receitas numa farmácia fora da rede. Caso contrário, pode ter que pagar o custo total ao aviar a sua receita. Pode pedir-nos para o reembolsar pelo custo do medicamento que adquiriu. Para saber como e para onde enviar o seu pedido de reembolso, consulte o Capítulo 7. Não podemos pagar quaisquer receitas que sejam aviadas em farmácias fora dos Estados Unidos e seus territórios, mesmo em caso de emergência médica.
- Se não conseguir obter um medicamento coberto de forma atempada na nossa área de cobertura porque não existe nenhuma farmácia da rede (dentro de uma distância que se percorra de automóvel razoavelmente) que forneça um serviço de 24 horas.
- Se estiver a tentar aviar um medicamento sujeito a receita médica coberto que não esteja regularmente em stock na farmácia da rede ou na nossa farmácia de encomenda pelo correio (estes medicamentos incluem medicamentos órfãos ou outros produtos farmacêuticos especializados).
- Se não puder utilizar uma farmácia da rede durante uma calamidade declarada, poderá conseguir aviar os seus medicamentos sujeitos a receita médica numa farmácia fora da rede.

Nesses casos, cobriremos um fornecimento de 31 dias de medicamentos sujeitos a receita médica cobertos que são fornecidos numa farmácia fora da rede.

Nestes casos, consulte primeiro o Serviço de Apoio a Associados para saber se existe uma farmácia da rede nas proximidades.

A9. Receber um reembolso se pagar uma receita

Se utilizar uma farmácia fora da rede por qualquer outro motivo, a farmácia poderá pedir-lhe que pague o custo total da sua receita. Se isso acontecer, telefone primeiro para o Serviço de Apoio a Associados.

Se pagar o custo total ao obter a sua receita, pode solicitar-nos o reembolso.

Para obter mais informações, consulte o Capítulo 7, Secção A.



B. Lista de Medicamentos do Plano

O plano tem uma *Lista de Medicamentos Cobertos* (em inglês, “List of Covered Drugs”). Chamamos-lhe “Lista de Medicamentos”, para abreviar.

Os medicamentos da Lista de Medicamentos são selecionados pelo plano com o auxílio de uma equipa de prestadores de cuidados de saúde e farmacêuticos. A Lista de Medicamentos também o informa se há alguma regra que seja necessário seguir para obter os seus medicamentos.

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

B1. Medicamentos na Lista de Medicamentos

A Lista de Medicamentos inclui os medicamentos cobertos pelo Medicare Part D e alguns medicamentos e produtos sujeitos e não sujeitos a receita médica cobertos pelos seus benefícios do MassHealth.

A Lista de Medicamentos inclui medicamentos de marca e medicamentos genéricos

Um medicamento de marca é um medicamento sujeito a receita médica que é vendido sob um nome comercial de propriedade do fabricante do medicamento. Medicamentos de marca que são mais complexos do que medicamentos típicos (por exemplo, medicamentos baseados numa proteína) são chamados produtos biológicos. Na Lista de Medicamentos, quando nos referimos a “medicamentos”, isto pode significar um medicamento ou um produto biológico, como vacinas ou insulina.

Os medicamentos genéricos contêm as mesmas substâncias ativas dos medicamentos de marca. Geralmente, os genéricos funcionam tão bem como os medicamentos de marca e geralmente custam menos. Existem substitutos de medicamentos genéricos disponíveis para muitos medicamentos de marca. Os medicamentos genéricos são aprovados pela Food and Drug Administration [FDA, Autoridade dos Alimentos e Medicamentos].

Geralmente, cobrimos os medicamentos da Lista de Medicamentos do plano, desde que siga as regras explicadas neste capítulo.

O nosso plano também cobre determinados medicamentos e produtos não sujeitos a receita médica. Alguns medicamentos não sujeitos a receita médica custam menos do que os medicamentos sujeitos a receita médica e funcionam igualmente bem. Para obter mais informações, telefone para o Serviço de Apoio a Associados.

B2. Como encontrar um medicamento na Lista de Medicamentos

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



- Verificar a Lista de Medicamentos mais recente que lhe enviámos por correio;
- Aceder ao website do plano em www.ccama.org. A Lista de Medicamentos do website é sempre a mais atual; **ou**
- Telefonar para o Serviço de Apoio a Associados e pedir uma cópia da lista.
- Utilize a nossa “Ferramenta de Benefícios em Tempo Real” em www.ccama.org ou ligue para o seu Parceiro de Cuidados ou Serviço de Atendimento a Associados. Com esta ferramenta, pode pesquisar medicamentos na Lista de Medicamentos para obter uma estimativa do que irá pagar e se existem medicamentos alternativos na Lista de Medicamentos que possam tratar a mesma condição.

B3. Medicamentos que não constam na Lista de Medicamentos

O plano não cobre todos os medicamentos sujeitos a receita médica. Alguns medicamentos não constam 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 CCA One Care não pagará pelos medicamentos referidos nesta secção. São denominados **medicamentos excluídos**. Se aviar uma receita para um medicamento excluído, terá de pagar pelo mesmo. Se considera que devemos pagar por um medicamento excluído no seu caso, pode apresentar um recurso. (Para saber como apresentar um recurso, consulte o Capítulo 9, Secção E3.)

Veja abaixo três regras gerais para medicamentos excluídos:

1. A cobertura do medicamento em ambulatório do nosso plano (que inclui medicamentos do Part D e do MassHealth) não pode pagar um medicamento que já esteja coberto nos termos do Medicare Part A ou Part B. Os medicamentos cobertos nos termos do Medicare Part A ou Part B são cobertos pelo CCA One Care, mas não são considerados parte dos seus medicamentos do benefício sujeitos a receita médica em ambulatório.
2. O nosso plano não pode cobrir um medicamento comprado fora dos Estados Unidos e seus territórios.
3. A utilização do medicamento tem de ser aprovada pela FDA ou basear-se em determinadas referências médicas que o considerem tratamento para a sua condição. O seu prestador de cuidados de saúde poderá prescrever um determinado medicamento para tratar a sua condição, mesmo que não tenha sido aprovado para tratar essa condição. A isto chama-se “utilização não indicada no resumo das características do medicamento”. O nosso plano geralmente não cobre os



medicamentos quando estes são prescritos para utilização não indicada no resumo das características do medicamento.

Por lei, os tipos de medicamentos referidos abaixo também não são cobertos pelo Medicare ou pelo MassHealth.

- 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 sexual ou erétil por exemplo, Viagra®, Cialis®, Levitra® e Caverject®
- medicamentos utilizados para tratamento de anorexia, perda de peso ou ganho de peso
- medicamentos em ambulatório quando a empresa que fabrica os medicamentos refere que tem de fazer exames ou serviços realizados exclusivamente pela mesma

B4. Categorias da Lista de Medicamentos

Cada medicamento da Lista de Medicamentos do plano está numa das 5 categorias. Uma categoria é um grupo de medicamentos geralmente do mesmo tipo (por exemplo, marca, genéricos ou medicamentos não sujeitos a receita médica). Cada uma das 5 categorias contém medicamentos da parte D e medicamentos não cobertos pelo Medicare e/ou OTC não cobertos pelo Medicare:

- Os medicamentos de categoria 1 são genéricos preferenciais.
- Os medicamentos de categoria 2 são genéricos não preferenciais.
- Os medicamentos de categoria 3 são medicamentos de marca preferenciais.
- Os medicamentos de categoria 4 são medicamentos de marca não preferenciais.
- Os medicamentos de categoria 5 são medicamentos não sujeitos a receita médica do MassHealth.

Para saber em que categoria está o seu medicamento, procure o medicamento na Lista de Medicamentos do plano.

C. Limites a alguns medicamentos sujeitos a receita médica

Existem regras especiais que limitam como e quando o plano cobre determinados medicamentos sujeitos a receita médica. Em geral, as nossas regras incentivam-no a obter um medicamento que funcione para a sua condição médica e seja seguro e eficaz. Quando um



medicamento seguro e de custo mais baixo funciona tão bem como um medicamento de custo mais alto, os planos esperam que o seu prestador prescreva o medicamento de menor custo.

Se houver uma regra especial para o seu medicamento, isso geralmente significa que você ou o seu prestador terão de tomar medidas adicionais para que possamos cobrir o medicamento. Por exemplo, o seu prestador pode ter de nos informar do seu diagnóstico ou fornecer resultados de análises ao sangue primeiro. Se você ou o seu prestador considerar que a nossa regra não se aplica à sua situação, deve pedir-nos para abrir uma exceção. Após análise, poderemos concordar em permitir que use o medicamento sem realizar as etapas extra.

Para saber mais sobre como solicitar exceções, consulte o Capítulo 9, Secção F2.

1. Limitar a utilização de um medicamento de marca quando está disponível uma versão genérica

Geralmente, um medicamento genérico funciona da mesma forma que um medicamento de marca e geralmente é mais barato. Se existir uma versão genérica de um medicamento de marca, as nossas farmácias da rede irão aviar-lhe a versão genérica.

- Normalmente, não pagaremos pelo medicamento de marca quando houver uma versão genérica.
- No entanto, se o seu prestador nos tiver informado da razão médica, pela qual nem o medicamento genérico nem outros medicamentos cobertos pelo plano que tratam a mesma condição irão funcionar no seu caso, iremos cobrir o medicamento de marca.

2. Obter a aprovação prévia do plano

Para alguns medicamentos, o associado ou o seu prestador de cuidados de saúde ou outro prescritor têm de obter aprovação do CCA One Care antes de aviar a sua receita. A isto chama-se autorização prévia (AP) ou aprovação prévia. Se não obtiver a AP, o CCA One Care pode não cobrir o medicamento.

3. Experimentar um medicamento diferente primeiro (terapêutica faseada)

De um modo geral, o plano pretende que você experimente medicamentos de custo mais baixo (que muitas vezes são igualmente eficazes) antes de o plano cobrir medicamentos que custam mais. Por exemplo, se o medicamento A e o medicamento B tratam a mesma condição médica e o medicamento A é mais barato do que o medicamento B, o plano pode requerer que experimente o medicamento A primeiro.



Se o medicamento não funciona no seu caso, o plano cobrirá o medicamento B. A isto chama-se terapêutica faseada.

4. Limites de quantidade

No caso de alguns medicamentos, limitamos a quantidade do medicamento disponível para si. A isso chama-se limite de quantidade. Por exemplo, o plano pode limitar a quantidade de um medicamento que você pode receber de cada vez que aviar a sua receita.

Para descobrir se alguma das regras acima se aplica a um medicamento que toma ou pretende tomar, verifique a Lista de Medicamentos. Para obter as informações mais atualizadas, telefone para o Serviço de Apoio a Associados através do número 866-610-2273 (TTY 711) ou consulte o nosso website em www.ccama.org.

D. Motivos pelos quais as suas receitas podem não estar cobertas

Tentamos fazer com que a sua cobertura de medicamentos funcione bem para si. Mas, por vezes, um medicamento pode não estar coberto da forma que você pretende. Por exemplo:

- O medicamento que pretende tomar não está coberto pelo plano. O medicamento pode não constar na Lista de Medicamentos. Uma versão genérica do medicamento pode ser coberta, mas a versão de marca que pretende tomar não é. Um medicamento pode ser novo e ainda não o analisámos quanto à sua segurança e eficácia.
- O medicamento está coberto, mas existem regras extra ou limites de cobertura para esse medicamento. Conforme explicado na secção C. Limites relativamente a alguns medicamentos sujeitos a receita médica, alguns dos medicamentos contemplados no plano estão sujeitos a regras que limitam o seu uso. Em alguns casos, você pode querer que ignoremos a regra no seu caso.

Há coisas que você pode fazer se o seu medicamento não estiver coberto da forma que pretende.

D1. Obter um fornecimento temporário

Em alguns casos, o plano pode disponibilizar-lhe um fornecimento temporário de um medicamento que não consta na Lista de Medicamentos ou quando é limitado de alguma forma. Isto dá-lhe tempo para falar com o seu prestador sobre a obtenção de um medicamento diferente ou para pedir ao plano que cubra o medicamento.

O CCA One Care determina que medicamentos são medicamentos do Part D. Podemos decidir que alguns medicamentos mais antigos ou medicamentos sem resultados clínicos comprovados não se qualificam como medicamentos do Part D. Se estiver a tomar um



medicamento que o CCA One Care não considera ser um medicamento do Part D, tem o direito de obter um fornecimento único para 72 horas do medicamento. Se a farmácia não puder faturar ao CCA One Care esse fornecimento único, o MassHealth pagará pelo mesmo. Tal é requerido pela lei do Massachusetts.

Além disso, você pode obter um fornecimento temporário mais prolongado de um medicamento do Part D ou de um medicamento que não seja do Part D que o MassHealth cobriria. Para saber por quanto tempo a CCA One Care fornecerá um fornecimento temporário de um medicamento, telefone para o Serviço de Apoio a Associados através do número de telefone 866-610-2273 (TTY 711).

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

1. O medicamento que tem estado a tomar:
 - já não consta na Lista de Medicamentos do plano; **ou**
 - nunca constou na Lista de Medicamentos do plano; **ou**
 - está atualmente limitado de alguma forma.
2. É necessário que você esteja numa das seguintes situações:

Para medicamentos do Medicare Part D:

- Estava no plano no ano passado.
 - Cobriremos o fornecimento temporário do seu medicamento **durante os primeiros 90 dias do ano.**
 - Esse fornecimento temporário será de até 31 dias.
 - Se a sua receita tiver um prazo menor, permitiremos vários reabastecimentos para fornecer até um máximo de 31 dias de medicação. O associado tem de aviar a receita numa farmácia da rede.
 - As farmácias de cuidados continuados podem fornecer os seus medicamentos sujeitos a receita médica em pequenas quantidades de cada vez, para evitar o desperdício.
- O associado é novo no plano.
 - Cobriremos o fornecimento temporário do seu medicamento Medicare Part D **durante os primeiros 90 dias após a sua adesão ao plano.**
 - Esse fornecimento temporário será de até 31 dias.



- Se a sua receita tiver um prazo menor, permitiremos vários reabastecimentos para fornecer até um máximo de 31 dias de medicação. O associado tem de aviar a receita numa farmácia da rede.
- As farmácias de cuidados continuados podem fornecer os seus medicamentos sujeitos a receita médica em pequenas quantidades de cada vez, para evitar o desperdício.
- O associado está no plano há mais de 90 dias, vive numa instituição de cuidados continuados e precisa de um fornecimento imediatamente.
 - Cobriremos um fornecimento para 31 dias do seu medicamento Medicare Part D, ou menos, se a sua receita for para menos dias. Isto é adicional ao fornecimento temporário acima.
- Para as pessoas numa transição de nível de cuidados:
 - Aos atuais inscritos com alterações de nível de cuidados forneceremos um abastecimento de emergência de, pelo menos, 31 dias (a menos que a receita seja prescrita para menos dias) relativamente a todos os medicamentos não indicados no formulário, incluindo os que possam ter requisitos de terapêutica faseada ou de autorização prévia. Uma transição não planeada pode ser qualquer um dos seguintes:
 - Uma alta ou um internamento numa instituição de cuidados continuados
 - Uma alta ou um internamento num hospital, ou
 - Uma alteração no nível de qualificação da instituição de enfermagem.

Para medicamentos MassHealth:

- O associado é novo no plano.
 - Cobriremos um fornecimento do seu medicamento MassHealth durante 90 dias ou até que a avaliação abrangente e o Plano de Cuidados Individualizados (ICP) estejam concluídos, ou menos se a sua receita for para menos dias.
 - Para solicitar um fornecimento temporário de um medicamento, telefone para o Serviço de Apoio a Associados através do número 866-610-2273 (TTY 711).

Quando obtiver um fornecimento temporário de um medicamento, deve falar com o seu prestador para decidir o que fazer quando o seu fornecimento acabar. Veja abaixo as suas escolhas:

- Pode mudar para outro medicamento.



Pode haver um medicamento diferente coberto pelo plano que resulte para si. Pode ligar para o Serviço de Apoio a Associados para pedir uma lista de medicamentos cobertos que tratam a mesma condição médica. A lista pode ajudar o seu prestador a encontrar um medicamento coberto que funcione no seu caso.

OU

- Pode pedir uma exceção.

O associado e o seu prestador podem solicitar que o plano abra uma exceção. Por exemplo, pode pedir ao plano para cobrir um medicamento mesmo que não conste na Lista de Medicamentos. Em alternativa, pode pedir ao plano para cobrir o medicamento sem limites. Se o seu prestador considerar que há um motivo médico para uma exceção, este pode ajudá-lo a pedir uma exceção.

Se um medicamento que está a tomar for retirado da Lista de Medicamentos ou limitado de alguma forma no próximo ano, permitiremos que solicite uma exceção antes de se iniciar o próximo ano.

- Informaremos sobre qualquer mudança na cobertura do seu medicamento para o próximo ano. Poderá então pedir-nos para abrir uma exceção e cobrir o medicamento da forma que pretende que seja coberto no próximo ano.
- Responderemos ao seu pedido de exceção no prazo de 72 horas após a receção do seu pedido (ou da declaração justificativa do seu prescriptor).

Para saber mais sobre como solicitar uma exceção, consulte o Capítulo 9, Secção F2.

Se precisar de assistência para solicitar uma exceção, pode contactar o Serviço de Apoio a Associados ou o seu Parceiro de Cuidados.

E. Alterações na cobertura dos seus medicamentos

A maioria das alterações na cobertura de medicamentos ocorre a 1 de janeiro, mas o CCA One Care pode adicionar ou retirar medicamentos da Lista de Medicamentos durante o ano. Também podemos alterar as nossas regras sobre medicamentos. Por exemplo, podemos:

- Decidir requerer ou não a PA de um medicamento. (A PA é a autorização do CCA One Care para que possa obter um medicamento.)
- Adicionar um medicamento ou alterar a quantidade de um medicamento que pode obter (os chamados limites de quantidade).



- Adicionar ou alterar as restrições de terapêutica faseada relativamente a um medicamento. (Terapêutica faseada significa que tem de experimentar um medicamento antes de cobrirmos outro.)

Para obter mais informações sobre estas regras de medicamentos, consulte a Secção C acima neste capítulo.

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

- um novo medicamento mais barato chegue ao mercado e resulte tão bem como um medicamento que consta atualmente na Lista de Medicamentos, **ou**
- passemos a saber que um medicamento não é seguro, **ou**
- um medicamento seja retirado do mercado.

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

- Consultar a Lista de Medicamentos do CCA One Care atualizada online em www.ccama.org **ou**
- Telefonar para o Serviço de Apoio a Apoio para verificar a Lista de Medicamentos em vigor através do número 866-610-2273 (TTY 711).

Algumas alterações à Lista de Medicamentos irão ocorrer **imediatamente**. Por exemplo:

- **Um novo medicamento genérico torna-se disponível.** Por vezes, surge no mercado um novo medicamento genérico que resulta tão bem como um medicamento de marca da Lista de Medicamentos. Quando isso acontece, podemos retirar o medicamento de marca e adicionar o novo medicamento genérico, mas não haverá nenhum custo para si no que se refere ao novo medicamento.

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

- Podemos não o informar antes de efetuarmos esta alteração, mas iremos enviar-lhe informações sobre a alteração específica que fizemos quando acontecer.
- O associado ou o seu prestador podem solicitar uma “exceção” a estas alterações. Enviaremos um aviso com os passos que necessita de realizar



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 dos Medicamentos e da Alimentação (Food and Drug Administration, FDA) afirmar que um medicamento que você está a tomar não é seguro ou se o fabricante do medicamento retirar um medicamento do mercado, iremos retirá-lo da Lista de Medicamentos. Se você estiver a tomar o medicamento, informá-lo-emos.
 - Se for notificado de que um medicamento que está a tomar foi retirado do mercado, siga uma das opções abaixo.
 - Fale com o seu Parceiro de Cuidados do CCA **ou**
 - Contacte imediatamente o seu médico para obter uma receita alternativa.

Podemos fazer outras alterações que afetam os medicamentos que toma. Avisaremos com antecedência sobre estas outras alterações à Lista de Medicamentos. Essas alterações podem acontecer se:

- A FDA emitir novas orientações ou se surgirem novas orientações clínicas sobre um medicamento.
- Adicionarmos um medicamento genérico que não é novo no mercado **e**
 - Substituímos um medicamento de marca atualmente na Lista de Medicamentos **ou**
 - Alterarmos as regras ou limites de cobertura do medicamento de marca.
- Adicionarmos um medicamento genérico **e**
 - Substituímos um medicamento de marca atualmente na Lista de Medicamentos **ou**
 - Alterarmos as regras ou limites de cobertura do medicamento de marca.

Quando estas alterações ocorrerem, iremos:

- Informá-lo pelo menos 30 dias antes de efetuarmos a alteração à Lista de Medicamentos **ou**
- Avisá-lo e fornecer-lhe um reabastecimento para 31 dias do medicamento depois de você o solicitar.



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

- Se há um medicamento semelhante na Lista de Medicamentos que possa tomar em alternativa **ou**
- Se você precisa de solicitar uma exceção a estas alterações. Para saber mais sobre como solicitar exceções, consulte o Capítulo 9.

Podemos fazer alterações aos medicamentos que toma que não o afetam imediatamente. Em caso de tais alterações, se estiver a tomar um medicamento que cobrimos no **início** do ano, geralmente não iremos retirar ou alterar a cobertura desse medicamento **durante o resto do ano**.

Por exemplo, se removermos um medicamento que esteja a tomar ou limitarmos a sua utilização, a alteração não afetará a sua utilização do medicamento durante o resto do ano.



F. Cobertura de medicamentos sujeitos a receita médica em casos especiais

F1. Se estiver num hospital ou numa instituição de enfermagem especializada para um internamento coberto pelo plano

Se for internado num hospital ou numa instituição de enfermagem especializada para uma estadia coberta pelo plano, iremos, de um modo geral, cobrir o custo dos seus medicamentos sujeitos a receita médica durante a sua estadia. Não terá que realizar um copagamento. Assim que sair do hospital ou da instituição de enfermagem especializada, o plano continuará a cobrir os seus medicamentos, desde que os medicamentos cumpram todas as nossas regras de cobertura.

F2. Se estiver numa instituição de cuidados continuados

Normalmente, uma instituição de cuidados continuados, por exemplo, uma instituição de enfermagem, tem a sua própria farmácia ou uma farmácia que fornece medicamentos para todos os seus residentes. Se estiver a viver numa instituição de cuidados continuados, pode obter os seus medicamentos sujeitos a receita médica através da farmácia da instituição se esta fizer parte da nossa rede.

Verifique o seu *Diretório de Prestadores e Farmácias* para saber se a farmácia da sua instituição de cuidados continuados faz parte da nossa rede. Se não for o caso, ou se precisar de mais informações, contacte o Serviço de Apoio a Associados.

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

Os medicamentos nunca são cobertos pela unidade de cuidados paliativos e pelo nosso plano ao mesmo tempo.

- Se estiver inscrito num programa de cuidados paliativos do Medicare e necessitar de medicação para a dor, antieméticos, laxantes ou ansiolíticos não coberta pelo seu programa de cuidados paliativos, o nosso plano tem de ser notificado pelo prescriptor ou pelo seu prestador de cuidados paliativos de que o medicamento não está relacionado, para que o nosso plano possa cobrir o medicamento.
- 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 prescriptor para garantir que temos a notificação de que o medicamento não está relacionado antes de pedir a uma farmácia para aviar a sua receita.

Se sair do hospital de cuidados paliativos, o nosso plano deverá cobrir todos os seus medicamentos. Para evitar quaisquer atrasos numa farmácia quando o seu benefício de cuidados paliativos Medicare terminar, deve levar documentação à farmácia para confirmar que



deixou a unidade de cuidados paliativos. Consulte as partes anteriores deste capítulo que informam sobre as regras de obtenção de cobertura de medicamentos nos termos do Part D.

Para saber mais sobre o benefício de cuidados paliativos, consulte o Capítulo 4, Secções D e F.

G. Programas de segurança de medicamentos e gestão de medicamentos

G1. Programas para ajudar os associados a utilizar medicamentos em segurança

De cada vez que avia uma receita, procuramos possíveis problemas, tais como erros de medicação ou medicamentos que:

- Podem não ser necessários porque está a tomar outro medicamento que faz a mesma coisa;
- Podem não ser seguros para a sua idade ou sexo;
- Podem ser prejudiciais para si se os tomar ao mesmo tempo;
- Contêm componentes aos que seja ou possa ser alérgico; **ou**
- Contêm quantidades perigosas de medicações analgésicas com opiáceos.

Se encontrarmos um possível problema na sua utilização de medicamentos sujeitos a receita médica, colaboraremos com o seu prestador para resolver o problema.

G2. Programas para ajudar os associados a gerir as suas receitas

Se tomar medicamentos para diferentes condições médicas e/ou se 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 qualquer custo para si, através de um programa de gestão de terapêutica medicamentosa. Este programa ajuda-o a si e ao seu prestador a garantir que os seus medicamentos funcionam para melhorar a sua saúde. Um farmacêutico ou outro profissional de saúde fará uma revisão abrangente de todos os seus medicamentos e conversará consigo sobre:

- como obter o máximo benefício dos medicamentos que toma
- quaisquer preocupações que tenha por exemplo, custos de medicamentos e reações a medicamentos
- qual a melhor forma de tomar os seus medicamentos
- quaisquer perguntas ou problemas que tenha sobre a sua medicação sujeita a receita médica e não sujeita a receita médica



Receberá um resumo escrito desta discussão. O resumo contém um plano de ação do medicamento que recomenda o que pode fazer para utilizar da melhor forma os seus medicamentos. Também receberá uma lista pessoal de medicamentos que incluirá todos os medicamentos que está a tomar e porque os toma. Além disso, irá obter informações sobre eliminação segura de medicamentos sujeitos a receita médica, que sejam substâncias controladas.

É boa ideia agendar a revisão da sua medicação antes da sua consulta de “Bem-estar” anual, para que possa falar com o seu prestador de cuidados de saúde sobre o seu plano de ação e a 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. Além disso, leve a sua lista de medicamentos consigo se for ao hospital ou às urgências.

Os programas de gestão de terapêutica medicamentosa são voluntários e gratuitos para os associados qualificados. Se tivermos um programa que satisfaça as suas necessidades, iremos inscrevê-lo no programa e enviar-lhe informações. Se não quiser participar no programa, informe-nos e iremos retirá-lo do programa.

Se tiver alguma dúvida sobre esses programas, contacte o Serviço de Apoio a Associados.

G3. Programa de gestão de medicamentos para ajudar os associados a utilizar com segurança os seus medicamentos opiáceos

O CCA One Care tem um programa que pode ajudar os associados a utilizar com segurança os seus medicamentos opiáceos sujeitos a receita médica e outros medicamentos que são muitas vezes utilizados indevidamente. Este programa é denominado Programa de Gestão de Medicamentos.

Se usa medicamentos opiáceos que obtém de vários prestadores de cuidados de saúde ou farmácias, ou se sofreu uma sobredosagem recente de opiáceos, podemos conversar com os seus prestadores de cuidados de saúde para nos certificarmos de que o seu uso de opiáceos é apropriado e medicamento necessário. Se, em colaboração com os seus prestadores de cuidados de saúde, decidirmos que o uso de medicamentos opiáceos ou benzodiazepinas sujeitos a receita médica não é seguro, podemos limitar a forma como pode obtê-los. As limitações podem incluir:

- **Requerer que obtenha todas as receitas para esses medicamentos de uma determinada farmácia e/ou de um determinado prestador de cuidados de saúde**
- **Limitar a quantidade** desses medicamentos que cobriremos no seu caso
- **Prescrever equipamento médico durável (DME)** para gestão de medicação através de um dispensador de comprimidos



Se considerarmos que uma ou mais limitações se aplicam a si, enviar-lhe-emos uma carta com antecedência. A carta explicará as limitações que consideramos que devemos aplicar.

O associado terá a oportunidade de nos dizer que os prestadores de cuidados de saúde ou farmácias prefere usar e qualquer informação que ser considere importante conhecermos. Se decidirmos limitar a sua cobertura para estes medicamentos depois de ter a oportunidade de responder, enviaremos outra carta a confirmar as limitações.

Se considerar que cometemos um erro, discordar de que corre o risco de uso indevido de medicamentos sujeitos a receita médica ou discordar da limitação, você e o seu médico podem apresentar um recurso. Se apresentar um recurso, analisaremos o seu caso e informá-lo-emos da nossa decisão. Se continuarmos a negar qualquer parte do seu recurso relacionado com limitações ao seu acesso a estes medicamentos, enviaremos automaticamente o seu caso para uma Entidade de Revisão Independente (IRE). (Para saber como apresentar um recurso e saber mais sobre a IRE, consulte o Capítulo 9, Secção E4.)

O Programa de Gestão de Medicamentos pode não se aplicar a si se:

- tiver determinadas condições médicas por exemplo, cancro, ou doença falciforme,
- estiver a receber cuidados paliativos em unidade especializada ou não, incluindo cuidados de fim de vida, **ou**
- vive numa instituição de cuidados continuados.



Capítulo 6: O que paga pelos seus medicamentos sujeitos a receita médica em ambulatório

Introdução

Este capítulo diz-lhe o que paga pelos seus medicamentos sujeitos a receita médica em ambulatório. Ao usar o termo “medicamentos”, queremos dizer:

- Medicamentos sujeitos a receita médica do Medicare Part D, e
- medicamentos e equipamentos cobertos pelo MassHealth, e
- medicamentos e equipamentos cobertos pelo plano como benefícios adicionais.

Por ser elegível para o MassHealth, está a receber Extra Help [Ajuda Extra] do Medicare para ajudar a pagar os seus medicamentos sujeitos a receita médica do Medicare Part D.

Extra Help [Ajuda Extra] é um programa Medicare que ajuda pessoas com rendimentos e recursos limitados a reduzir os custos de medicamentos sujeitos a receita médica do Medicare Part D, por exemplo, prémios, franquias e copagamentos. O Extra Help também é denominado “Low-Income Subsidy” [Subsídio para Baixos Rendimentos, LIS].

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

Para saber mais sobre medicamentos sujeitos a receita médica que o CCA One Care cobre, pode procurar nestes locais:

- A **Lista de Medicamentos Cobertos** *do plano*.
 - Chamamos-lhe “Lista de Medicamentos.” Indica-lhe:
 - Quais os medicamentos que o plano paga;
 - Em qual das 5 categorias cada medicamento se encontra;
 - Se existem limites relativamente aos medicamentos.
 - Se precisar de uma cópia da Lista de Medicamentos, telefone para o Serviço de Apoio a Associados através do 866-610-2273 (TTY 711). Também pode encontrar a Lista de Medicamentos no nosso website em www.ccama.org. A Lista de Medicamentos do website é sempre a mais atual.



- Capítulo 5 deste *Manual do Associado*.
 - O Capítulo 5, Secção A, informa-o acerca de como obter os seus medicamentos sujeitos a receita médica em ambulatório através do plano.
 - Inclui regras que é necessário que siga. Também informa que tipos de medicamentos sujeitos a receita médica não são cobertos pelo nosso plano.
- O **Diretório de Prestadores e Farmácias** do plano.
 - Na maioria dos casos, você tem de utilizar uma farmácia da rede para obter os seus medicamentos cobertos. As farmácias da rede são farmácias que concordaram em colaborar com o nosso plano.
 - O **Diretório de Prestadores e Farmácias** contém uma lista de farmácias da rede. Pode ler mais sobre as farmácias da rede no Capítulo 5, Secção A.
 - Quando utiliza a “Ferramenta de Benefícios em Tempo Real” do plano para procurar cobertura de medicamentos (consulte o Capítulo 5, Secção B2), o custo apresentado é fornecido em “tempo real”, o que significa que o custo apresentado na ferramenta reflete um momento no tempo para fornecer uma estimativa dos custos de desembolso que se espera que pague. Pode contactar o [seu Parceiro de Cuidados](#) ou o Serviço de Apoio a Associados para obter mais informações.

Índice

A. A Explicação de Benefícios (EOB) Part D.....	152
B. Como acompanhar os seus custos com medicamentos	153
C. O associado não pagará nada por um fornecimento de medicamentos de um mês ou de longo prazo.....	154
C1. As categorias do plano	154
C2. As suas opções de farmácia	154
C3. Obter um fornecimento de um medicamento a longo prazo	155
D. Vacinações.....	155
D1. O que tem de saber antes de se vacinar.....	155



A. A Explicação de Benefícios (EOB) Part D

O nosso plano mantém um registo dos seus medicamentos sujeitos a receita médica. Controlamos dois tipos de custos:

- Os **custos que desembolsa antecipadamente**. Esta é a quantia em dinheiro que você ou outras pessoas em seu nome pagam por aviar as suas receitas. Relativamente ao CCA One Care, não é necessário você pagar pelas suas receitas, desde que siga as regras do Capítulo 5. Os seus desembolsos antecipados serão zero.
- Os seus **custos totais com medicamentos**. Esta é a quantia em dinheiro que você ou outras pessoas em seu nome pagam por aviar as suas receitas mais a quantia que o plano paga.

Quando você obtém medicamentos sujeitos a receita médica através do plano, enviamos um resumo denominado *Explicação dos Benefícios*. Chamamos-lhe EOB abreviadamente. A EOB contém outras informações sobre os medicamentos que toma. A EOB inclui:

- **Informação relativa ao mês**. O resumo informa que medicamentos sujeitos a receita médica do Part D recebeu para o mês anterior. O documento mostra os custos totais dos medicamentos do Part D, o que o plano pagou e o que você e outras pessoas pagaram pelos seus medicamentos.
- **Informação sobre o “Acumulado no ano”**. Este é o total dos seus custos com medicamentos e o total de pagamentos efetuados este ano.
- **Informação do preço do medicamento**. Este é o preço total do medicamento e a alteração percentual no preço do medicamento desde a primeira vez que aviou a receita.
- **Alternativas de custo mais baixo**. Quando disponíveis, aparecem no resumo abaixo dos seus medicamentos atuais. Pode falar com o seu médico para saber mais.

Oferecemos cobertura para medicamentos não cobertos pelo Medicare.

- Os pagamentos efetuados por esses medicamentos não serão contabilizados nos seus custos diretos totais.
- Para saber que medicamentos o nosso plano cobre, consulte a Lista de Medicamentos.



B. Como acompanhar os seus custos com medicamentos

Para acompanhar os seus custos com medicamentos, usamos registos que recebemos de si e da sua farmácia. Veja como nos pode ajudar:

1. Use o seu cartão de associado.

Mostre o seu cartão de associado sempre que receber uma receita. Isso irá ajudar-nos a saber que as receitas que avia e o que paga por estas.

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

Faculte-nos cópias dos recibos dos medicamentos cobertos que pagou. Para obter medicamentos deve seguir sempre as regras do Capítulo 5. Se seguir as regras, não terá de pagar os medicamentos cobertos pelo CCA One Care. Se alguma vez pagar o custo total do seu medicamento, deve guardar o recibo e pode pedir-nos o reembolso respetivo.

A seguir encontra alguns momentos em que tem de nos facultar cópias dos seus recibos:

- Quando compra um medicamento coberto numa farmácia da rede a um preço especial ou usando um cartão de desconto que não faz parte do benefício do nosso plano.
- Quando faz um copagamento por medicamentos que recebe no âmbito de um programa de assistência ao doente de um fabricante de medicamentos.
- Quando compra medicamentos cobertos numa farmácia fora da rede.
- Quando paga o preço total de um medicamento coberto.

para saber como solicitar-nos o reembolso do medicamento, consulte o Capítulo 7, Secção A.

3. Consulte os EOB que lhe enviamos.

Quando receber um EOB pelo correio, certifique-se de que está completo e correto. Se considera que algo está incorreto ou em falta, ou se tiver alguma dúvida, telefone para o Serviço de Apoio a Associados. Guarde essas EOB. São um registo importante das suas despesas com medicamentos.



C. O associado não pagará nada por um fornecimento de medicamentos de um mês ou de longo prazo

Relativamente ao CCA One Care, você não paga nada pelos medicamentos cobertos, desde que siga as regras do plano.

C1. As categorias do plano

As categorias são grupos de medicamentos na nossa Lista de Medicamentos. Cada medicamento na Lista de Medicamentos do plano está numa de 5 categorias. O associado não tem copagamentos para medicamentos sujeitos a receita médica e medicamentos não sujeitos a receita médica que constam na Lista de Medicamentos do CCA One Care. Para encontrar as categorias dos seus medicamentos, pode consultar a Lista de Medicamentos.

Cada uma das cinco categorias contém medicamentos da parte D e medicamentos não cobertos pelo Medicare e/ou OTC não cobertos pelo Medicare:

- Os medicamentos de categoria 1 são genéricos preferenciais. O seu copagamento é \$0 para medicamentos de Categoria 1.
- Os medicamentos de categoria 2 são genéricos não preferenciais. O seu copagamento é \$0 para medicamentos de Categoria 2.
- Os medicamentos de categoria 3 são medicamentos de marca preferenciais. O seu copagamento é \$0 para medicamentos de categoria 3.
- Os medicamentos de categoria 4 são medicamentos de marca não preferenciais. O seu copagamento é \$0 para medicamentos de Categoria 4.
- Os medicamentos de categoria 5 são medicamentos não sujeitos a receita médica do MassHealth. O seu copagamento é \$0 para medicamentos de Categoria 5.

C2. As suas opções de farmácia

A quantia que paga por um medicamento depende de onde obtém o medicamento:

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

Em casos limitados, cobrimos receitas aviadas em farmácias fora da rede. Consulte o Capítulo 5, Secção A8, para saber quando o faremos.

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



C3. Obter um fornecimento de um medicamento a longo prazo

No caso de alguns medicamentos, você pode obter um fornecimento de longo prazo (também chamado “fornecimento prolongado”) quando aviar a sua receita. Um fornecimento a longo prazo pode chegar aos 90 dias. Um fornecimento a longo prazo não tem custo para si.

Para obter dados sobre onde e como obter um fornecimento de longo prazo de um medicamento, consulte o Capítulo 5, Secção A ou o *Diretório de Prestadores e Farmácias*.

D. Vacinações

Mensagem importante sobre o que paga pelas vacinas: Algumas vacinas são consideradas benefícios médicos. Outras vacinas são consideradas medicamentos do Part D. Pode encontrar estas vacinas listadas na *Lista de Medicamentos Cobertos (Formulário)* do plano. O nosso plano cobre as vacinas Medicare Part D sem custos para si. Consulte a *Lista de Medicamentos Cobertos (Formulário)* do seu plano ou contacte o Serviço de Atendimento a Associados para obter detalhes de cobertura e partilha de custos sobre vacinas específicas.

Há duas partes na nossa cobertura das vacinas do Medicare Part D:

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

D1. O que tem de saber antes de se vacinar

Recomendamos que nos telefone primeiro para o Serviço de Apoio a Associados sempre que estiver a planear receber uma vacina.

- Podemos informá-lo sobre como a sua vacinação é coberta pelo nosso plano.
- Podemos dizer-lhe como manter os seus custos reduzidos utilizando farmácias e prestadores da rede. As farmácias da rede são farmácias que concordaram em trabalhar com o nosso plano. Um prestador da rede é um prestador de cuidados que trabalha com o plano de saúde. Um prestador da rede deve trabalhar com a CCA One Care para garantir de você não tenha quaisquer custos com uma vacina do Part D.
- Se não puder utilizar um prestador da rede e uma farmácia, poderá ter que pagar o custo total da vacina em si e da administração da vacina. Se estiver nesta situação, recomendamos que nos telefone primeiro para o Serviço de Apoio a Associados. Também pode pedir ao prestador que telefone para o CCA One Care antes de receber a sua vacina. Se pagar o custo total da vacina no consultório de



um prestador, podemos informá-lo sobre como solicitar o reembolso. Quando nos enviar uma solicitação de pagamento, analisaremos a sua solicitação e decidiremos se o serviço ou medicamento deve ser coberto. Para saber como solicitar-nos o reembolso, consulte o Capítulo 7.



Capítulo 7: Pedir-nos para pagar serviços

Introdução

Este capítulo informa como e quando enviar-nos uma fatura para solicitar pagamento. Também informa como apresentar um recurso se não concordar com uma decisão de cobertura. Os termos-chave e as suas definições aparecem por ordem alfabética no último capítulo do *Manual do Associado*.

Índice

A. Pedir-nos para pagar	158
B. Enviar um pedido de pagamento	160
C. Decisões de cobertura.....	166
D. Recursos	167



A. Pedir-nos para pagar

No One Care existem algumas regras para obter serviços. Uma das regras é que o serviço tem de ser coberto pelo CCA One Care. Outra regra é que você tem de obter o serviço de um dos prestadores com quem o CCA One Care trabalha. Consulte o Capítulo 3 para ler todas as regras.

Se seguir todas as regras, o plano pagará pelos seus serviços automaticamente e não terá de nos solicitar o pagamento. Nesses casos, não deverá pagar nada aos seus prestadores nem receber faturas.

Se não tiver a certeza se o plano pagará um serviço que pretende obter ou um prestador que pretende utilizar, pergunte ao seu Parceiro de Cuidados ou telefone para o Serviço de Apoio a Associados. **Faça-o antes de obter o serviço.** O seu Parceiro de Cuidados ou Serviço de Apoio a Associados dir-lhe-á se o CCA One Care irá pagar ou se precisa de solicitar ao CCA One Care uma decisão de cobertura. Leia o Capítulo 9 para saber mais sobre as decisões de cobertura.

Veja abaixo algumas situações e informações diferentes sobre o pagamento dos seus serviços.

1. Se receber atendimento médico de emergência ou de necessidade urgente de um prestador fora da rede

Deve pedir ao prestador para faturar ao plano. Telefone para o Serviço de Apoio a Associados ou para o seu Parceiro de Cuidados se precisar de assistência.

- Se pagar o valor total quando receber o atendimento, peça-nos para garantir que recebe um reembolso. Envie-nos a fatura e o comprovativo de qualquer pagamento que tenha efetuado.
- Se receber uma fatura do prestador a solicitar um pagamento que pensa que não é devido, envie-nos a fatura e, se tiver pago a totalidade ou parte da fatura, o comprovativo de qualquer pagamento que tenha efetuado.
 - Se o prestador tiver que ser pago, pagaremos diretamente ao prestador.
 - Se já pagou pelo serviço, garantiremos o seu reembolso.

2. Se um prestador da rede do CCA One Care lhe enviar uma fatura

Os prestadores da rede têm sempre de faturar ao plano. Mostre o seu cartão de associado do CCA One Care quando receber qualquer serviço ou receita. A faturação imprópria/inadequada ocorre quando um prestador (tal como um médico ou hospital) lhe fatura mais pelos serviços do que o montante de partilha de custos do plano.

Telefone para o Serviço de Apoio a Associados se receber alguma fatura.



- Como o CCA One Care paga todos os custos dos serviços, o associado não é responsável pelo pagamento de quaisquer custos. Os prestadores não lhe devem faturar por estes serviços.
- Se alguma vez receber uma fatura de um prestador da rede, não pague a fatura. Envie-nos a fatura. Contactaremos o prestador diretamente e trataremos do problema.
- Se já pagou uma fatura de um prestador da rede, envie-nos a fatura e o comprovativo de qualquer pagamento que efetuou. Iremos ajudá-lo a receber o reembolso pelos seus serviços cobertos.

3. Se utilizar uma farmácia fora da rede para aviar uma receita

Se utilizar uma farmácia que não faz parte da rede do CCA One Care, poderá ter que pagar o custo total da sua receita.

- Em apenas alguns casos, cobrimos receitas aviadas em farmácias fora da rede. Envie-nos uma cópia do seu recibo quando nos pedir o reembolso.
- Consulte o Capítulo 5, Secção A para saber mais sobre farmácias fora da rede.

4. Se pagar o custo total de uma receita porque não tem o seu cartão de associado do CCA One Care consigo

Se não tiver o seu cartão de associado consigo, peça à farmácia para telefonar para o plano ou consultar as informações de inscrição no plano.

- Se a farmácia não conseguir obter a informação de que necessita imediatamente, poderá ter de pagar o custo total da receita.
- Envie-nos uma cópia do seu recibo quando nos pedir o reembolso.

5. Se pagar o custo total de uma receita de um medicamento não coberto

Pode pagar o custo total da receita porque o medicamento não é coberto.

- O medicamento pode não estar na *Lista de Medicamentos Cobertos* (Lista de Medicamentos) do plano ou pode ter um requisito ou restrição que você desconhecia ou que considera que não se deveria aplicar a si. Se decidir obter o medicamento, poderá ter de pagar o custo total do mesmo.
 - Se não pagar o medicamento, mas achar que o mesmo deve ser coberto, pode pedir uma decisão de cobertura (consulte o Capítulo 9, Secção E2).



- Se o associado e o seu prestador de cuidados de saúde considerarem que precisa do medicamento imediatamente, pode solicitar uma decisão de cobertura rápida (consulte o Capítulo 9, Secção E2).
- Envie-nos uma cópia do seu recibo quando nos pedir o reembolso. Em algumas situações, podemos necessitar de obter mais informações do seu prestador de cuidados de saúde para o reembolsarmos pelo medicamento.

Quando nos enviar uma solicitação de pagamento, analisaremos a sua solicitação e decidiremos se o serviço ou medicamento deve ser coberto. A isso chama-se tomar uma “decisão de cobertura” Se decidirmos que o serviço ou medicamento deve ser coberto, pagaremos pelo mesmo. Se negarmos a sua solicitação de pagamento, pode recorrer da nossa decisão.

Para saber como apresentar um recurso, consulte o Capítulo 9, Secção 6.5.

B. Enviar um pedido de pagamento

Envie-nos a sua fatura e o comprovativo de qualquer pagamento que efetuou. É necessário que a prova de pagamento seja um recibo do prestador. É boa ideia fazer uma cópia da sua fatura e recibos para seu registo. Pode pedir assistência ao seu Parceiro de Cuidados.

Para ter a certeza de que nos está a dar toda a informação de que necessitamos para tomar uma decisão, poderá preencher o nosso formulário de reembolso para fazer o seu pedido de pagamento. Não é necessário usar o formulário, mas se o fizer ajudar-nos-á a processar as informações com mais rapidez. A sua solicitação tem de ser escrita e assinada por si, um representante autorizado ou um médico licenciado. São necessárias as seguintes informações para processar o seu pedido:

- Nome e apelido
- ID de membro ou a sua data de nascimento
- O nome do prestador de serviços/fornecimento e a respetiva ID de prestador nacional (NPI, do inglês “National Provider ID”)
- Data(s) do serviço
- Código(s) CPT
- CPT/Código de diagnóstico



- Deve incluir uma cópia do recibo e uma lista detalhada de serviços ou materiais. Os recibos devem mostrar:
 - Local e data de compra
 - Valor total pago
 - Itens/serviços a serem reembolsados
- O recibo ou fatura deve incluir códigos de diagnóstico e procedimento. Se uma fatura detalhada não estiver disponível, pode enviar uma declaração do prestador/fornecedor em papel timbrado. Tanto o seu recibo como a sua fatura detalhada terão de ser fáceis de ler. A CCA não honrará pedidos de reembolso para artigos comprados com vales-presente ou cartões-presente. A CCA não reembolsará cupões.
- Seria útil indicar o tipo de serviço:
 - Médico/saúde comportamental
 - Dentário
 - Equipamento/materiais
 - Refeições entregues
 - Transporte
- Pode obter uma cópia do formulário no nosso sítio Web (www.ccama.org/onecare), ou pode telefonar para o Serviço de Atendimento a Associados e pedir o formulário.

Envie-nos o seu pedido de pagamento por correio ou fax, juntamente com quaisquer contas ou recibos pagos, para este endereço:

Commonwealth Care Alliance, Inc.
Member Services Department
30 Winter Street
Boston, MA 02108
Fax: 617-426-1311

Terá de enviar-nos o seu pedido de pagamento no prazo de 365 dias a contar da data em que recebeu o serviço, equipamento ou medicamento.



Reembolso de receita (Part D)

O reembolso de receitas é diferente do reembolso de serviços médicos. O plano trabalha em parceria com o seu gestor de benefícios farmacêuticos (GBF), a Navitus Health Solutions, para fornecer reembolsos de receitas médicas do Part D.

Para ter a certeza de que está a fornecer-nos todas as informações de que precisamos para tomar uma decisão, pode preencher o nosso formulário de reembolso da receita para fazer a sua solicitação de pagamento.

- Não é necessário usar o formulário de reembolso da receita, mas se o fizer irá ajudar-nos a processar as informações com mais rapidez. A sua solicitação tem de ser escrita, assinada e datada por si, um representante autorizado ou um médico licenciado. Deve incluir as seguintes informações no seu pedido:
 - Nome e sobrenome
 - Número de telefone
 - Data de nascimento
 - Sexo
 - ID de associado
 - Endereço postal
 - Nome, morada e número de telefone da farmácia que aviou a sua receita
 - Data(s) em que a prescrição foi aviada
 - Código e descrição do diagnóstico
 - Nome da medicação
 - Número da prescrição
 - Para medicamentos compostos, são necessárias as seguintes informações
 - Forma final do composto (creme, adesivos, supositório, suspensão, etc.)
 - Tempo despendido na preparação do medicamento
 - Ingredientes do composto



- Código nacional do medicamento
 - Quantidade
 - Fornecimento diário
 - Volume total (gramas, ml, cada, etc.)
 - Comprovativo de pagamento
 - Nome próprio e apelido do prescritor
 - Prescritor NPI
 - Custo original do medicamento
 - Montante do seguro primário pago pelo medicamento
 - Montante pago pelo associado
- Pode obter uma cópia do formulário no nosso sítio Web (www.ccama.org/onecare), ou pode telefonar para o Serviço de Atendimento a Associados e pedir o formulário.

Envie o seu pedido de pagamento por correio ou fax, juntamente com quaisquer contas ou recibos pagos para a Navitus, para esta morada:

CCA One Care Manual Claims
PO Box 1039
Appleton, WI 54912-1039
Fax: 1-855-668-8550

Terá de enviar-nos o seu pedido de pagamento no prazo de 365 dias a contar da data em que recebeu o serviço, equipamento ou medicamento.

Reembolso de visão

O reembolso de visão de rotina é diferente do reembolso de serviços médicos. O plano trabalha em parceria com o seu gestor de benefícios de visão, a VSP, para fornecer reembolsos de visão de rotina. Em algumas situações, podemos necessitar de obter mais informações do seu médico para o reembolsarmos.

Para ter a certeza de que está a fornecer-nos todas as informações de que precisamos para tomar uma decisão, pode preencher o nosso formulário de reembolso VSP para fazer a sua solicitação de pagamento.



- Não é necessário usar o formulário de reembolso da receita, mas se o fizer ajudar-nos-á a processar as informações com mais rapidez. A sua solicitação tem de ser escrita, assinada e datada por si, um representante autorizado ou um médico licenciado. Terá de incluir as seguintes informações no seu pedido:
 - Data de nascimento do associado
 - Nome e apelido
 - Sexo
 - Endereço do associado
 - Últimos quatro dígitos do número de segurança social do associado
 - Data do serviço
 - Tipo de lente
 - Informações do fornecedor (nome, endereço, cidade e estado)
 - Recibo detalhado incluindo serviços pagos por código, data do serviço e método de pagamento
 - O recibo ou fatura deve incluir códigos de diagnóstico e procedimento. Se uma fatura detalhada não estiver disponível, pode enviar uma declaração do prestador/fornecedor em papel timbrado. Tanto o seu recibo como a sua fatura detalhada terão de ser fáceis de ler. Não podemos honrar pedidos de reembolso para artigos comprados com vales-presente ou cartões-presente. Não iremos reembolsar cupões.
 - Comprovativo de pagamento
- Pode obter uma cópia do formulário no nosso sítio Web (www.ccama.org/onecare), ou pode telefonar para o Serviço de Atendimento a Associados e pedir o formulário.

Aceda online para enviar o seu pedido em www.vsp.com ou envie o seu pedido de pagamento pelo correio juntamente com quaisquer faturas ou recibos pagos ao VSP para este endereço:

VSP
PO Box 385018
Birmingham, AL 35238-5018



Terá de enviar-nos o seu pedido de pagamento no prazo de 365 dias a contar da data em que recebeu o serviço, equipamento ou medicamento.

Reembolso de benefícios de audição

O reembolso de cuidados de audição de rotina é diferente do reembolso de serviços médicos. O plano trabalha em parceria com o seu gestor de benefícios de visão, NationsHearing, para fornecer reembolsos de audição de rotina. Em algumas situações, podemos necessitar de obter mais informações do seu médico para o reembolsarmos.

Para ter a certeza de que nos está a dar toda a informação de que necessitamos para tomar uma decisão, poderá preencher o nosso formulário de reembolso para fazer o seu pedido de pagamento.

- Não é necessário usar o formulário de reembolso, mas se o fizer ajudar-nos-á a processar as informações com mais rapidez. A sua solicitação tem de ser escrita, assinada e datada por si, um representante autorizado ou um médico licenciado. Deve incluir as seguintes informações no seu pedido:
 - Nome e apelido
 - ID de membro ou a sua data de nascimento
 - O nome do prestador de serviços/fornecimento e o seu NPI
 - Data(s) do serviço
 - Código(s) CPT
 - CPT/Código de diagnóstico
 - Deve incluir uma cópia do recibo e uma lista detalhada de serviços ou materiais. Os recibos devem mostrar:
 - Local e data de compra
 - Valor total pago
 - Itens/serviços a serem reembolsados
 - O recibo ou fatura deve incluir códigos de diagnóstico e procedimento. Se uma fatura detalhada não estiver disponível, pode enviar uma declaração do prestador/fornecedor em papel timbrado. Tanto o seu recibo como a sua fatura detalhada terão de ser fáceis de ler. A CCA não honrará pedidos de



reembolso para artigos comprados com vales-presente ou cartões-presente. A CCA não reembolsará cupões.

- Pode obter uma cópia do formulário no nosso sítio Web (www.ccama.org/onecare), ou pode telefonar para o Serviço de Atendimento a Associados e pedir o formulário.

Aceda online para enviar o seu pedido por e-mail para OONClaims@nationsbenefits.com o seu pedido de pagamento juntamente com o seu contrato de compra, comprovativo de pagamento e audiograma.

Terá de enviar-nos o seu pedido de pagamento no prazo de 365 dias a contar da data em que recebeu o serviço, equipamento ou medicamento.

C. Decisões de cobertura

Quando recebermos o seu pedido de pagamento, tomaremos uma decisão de cobertura. Tal significa que decidiremos se o seu serviço ou medicamento é coberto pelo plano. Também decidiremos o montante, se existir, que você terá de pagar pelo serviço ou receita.

- Informá-lo-emos caso necessitemos de mais informações da sua parte.
- Se decidirmos que o serviço ou medicamento está coberto e você tiver seguido todas as regras para o obter, pagaremos o mesmo. Se já pagou pelo serviço ou medicamento, enviaremos um cheque pelo correio no valor pago. Se ainda não pagou pelo serviço ou medicamento, pagaremos diretamente ao prestador.

O Capítulo 3 explica as regras para obter a cobertura dos seus serviços. O Capítulo 5 explica as regras para obter cobertura para os seus medicamentos sujeitos a receita médica.

- Se decidirmos não pagar pelo serviço ou medicamento, enviaremos uma carta explicando o motivo. A carta também explicará os seus direitos de apresentar um recurso.
- Para saber mais sobre as decisões de cobertura, consulte o Capítulo 9, Secção 4.



D. Recursos

Se achar que cometemos um erro ao recusar o seu pedido de pagamento, poderá pedir-nos para alterarmos a nossa decisão. A isso chama-se apresentar um recurso. Também pode apresentar um recurso se não concordar com o valor que pagamos.

O processo de recurso é um processo formal com procedimentos detalhados e prazos importantes. Para saber mais sobre recursos, consulte o Capítulo 9, Secção E5.

- Se pretender apresentar um recurso sobre o reembolso de um serviço de cuidados de saúde, consulte a página 202 no Capítulo 9, Secção E5.
- Se pretender apresentar um recurso sobre o reembolso do pagamento de um medicamento, consulte a página 211 no Capítulo 9, Secção F5.



Capítulo 8: Os seus direitos e responsabilidades

Introdução

Este capítulo apresenta os seus direitos e responsabilidades enquanto associado do nosso plano. Respeitamos os seus direitos. Os termos-chave e as suas definições aparecem por ordem alfabética no último capítulo do **Manual do Associado**.

Índice

A. O seu direito a obter serviços e informações de uma forma que satisfaça as suas necessidades	170
B. A nossa responsabilidade em tratá-lo sempre com respeito, justiça e dignidade	172
C. A nossa responsabilidade em garantir que recebe acesso atempado aos serviços e medicamentos cobertos	174
D. A nossa responsabilidade de proteger a sua privacidade e as suas informações pessoais de saúde (PHI)	175
D1. Como protegemos as suas PHI	175
D2. O associado tem o direito de consultar os seus registos médicos.....	175
E. A nossa responsabilidade de lhe fornecer informações sobre o plano, os seus prestadores da rede e os seus serviços cobertos	183
F. Incapacidade de os prestadores da rede lhe faturarem diretamente.....	184
G. O seu direito de sair do nosso plano	185
H. O seu direito de tomar decisões sobre os seus cuidados de saúde.....	185
H1. O seu direito de conhecer as suas opções de tratamento e tomar decisões sobre os seus cuidados de saúde	185
H2. O associado tem o direito de dizer o que pretende que aconteça se não for capaz de tomar decisões sobre cuidados de saúde por si mesmo	186
H3. O que fazer se as suas instruções não forem seguidas	188
I. O seu direito de apresentar reclamações e de nos pedir para reconsiderar decisões que tomámos	188



Se tiver dúvidas, telefone para o CCA One Care através do número 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.ccama.org.

I1. O que fazer se acreditar que está a ser tratado injustamente ou se pretender obter mais informações sobre os seus direitos	188
I2. O seu direito de fazer recomendações sobre a nossa política de direitos e responsabilidades de associados.....	189
J. As suas responsabilidades como associado do plano.....	189
J1. Recuperação de bens.....	191



A. O seu direito a obter serviços e informações de uma forma que satisfaça as suas necessidades

Devemos garantir que **todos** os serviços lhe são prestados de forma culturalmente competente e acessível. Também teremos de o informar sobre os benefícios do plano, as suas opções de saúde e tratamento e os seus direitos de uma forma que consiga entender. Teremos de o informar dos seus direitos a cada ano que esteja no nosso plano.

- Para obter informações de uma forma que possa entender, telefone para o Serviço de Apoio a Associados. 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 para além do inglês e noutros formatos, como letras grandes, braille ou áudio. O associado pode obter o presente documento e outros materiais impressos em espanhol ou falar com alguém sobre estas informações noutros idiomas, gratuitamente. Também podemos fornecer informações gratuitamente noutros formatos, a pedido. Telefone para o número 866-610-2273 para solicitar informações noutros idiomas e formatos. A chamada é gratuita. Para futura correspondência, conservaremos em arquivo a sua solicitação de formatos alternativos e/ou idiomas especiais. Pode alterar as suas preferências de comunicação connosco a qualquer momento, ligando para o Serviço de Apoio a Associados. Pode contactar o responsável de acessibilidade e acomodação, que é o responsável de Conformidade da ADA, para solicitar um alojamento razoável em:
 - Commonwealth Care Alliance, Inc.
 - Oficial ADA
 - 30 Winter Street
 - Boston, MA 02108
 - Telefone: 617-960-0474, extensão. 3932 (TTY 711)
 - E-mail: civilrightscordinator@commonwealthcare.org

Se estiver a ter dificuldades em obter informações sobre o nosso plano devido a problemas de linguagem ou incapacidade e quiser apresentar uma reclamação, poderá telefonar para:

- Medicare através do número 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Pode telefonar 24 horas por dia, 7 dias por semana. Os utilizadores TTY devem contactar o número 1-877-486-2048.
- Provedor de Justiça através do número 1-855-781-9898, de segunda a sexta-feira, das 9 am às 4 pm.



Se tiver dúvidas, telefone para o CCA One Care através do número 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.ccama.org.170

- Use 7-1-1 para telefonar para 1-855-781-9898. Este número destina-se a pessoas surdas, com deficiência auditiva ou com dificuldade de fala.
- Use o videofone (VP) 339-224-6831. Este número destina-se a pessoas surdas ou com incapacidade auditiva.
- Contacte o Centro de Atendimento a Clientes do MassHealth através do número 1-800-841-2900, de segunda a sexta-feira, das 8 am às 5 pm. (TTY: 1-800-497-4648).
- Gabinete de Direitos Civis através do número 1-800-368-1019 ou TTY 1-800-537-7697.
- Debemos asegurarnos de que todos los servicios se le prestan de forma culturalmente competente y accesible. Además, debemos informarle de las prestaciones del plan, de sus opciones de salud y tratamiento y de sus derechos de forma que pueda entenderlos. Debemos informarle sobre sus derechos cada año que esté en nuestro plan.
 - Para obtener información de una manera que pueda entender, llame al Servicio de Atención al Afiliado. Nuestro plan dispone de servicios gratuitos de interpretación para responder a las preguntas en diferentes idiomas.
 - Nuestro plan también puede proporcionarle materiales en otros idiomas además del inglés y en formatos como letra grande, braille o audio. Puede obtener este documento y otros materiales impresos en español o hablar con alguien sobre esta información en otros idiomas, de forma gratuita. También podemos darle información gratuita en otros formatos si lo solicita. Llame al 866-610-2273 para solicitar información en otros idiomas y formatos. La llamada es gratuita. A efectos de futuros envíos, mantendremos archivada su solicitud de formatos alternativos y/o idiomas especiales. Puede cambiar sus preferencias de comunicación con nosotros en cualquier momento llamando al Servicio de Atención al Socio.
 - Commonwealth Care Alliance, Inc.
 - Oficial ADA
 - 30 Winter Street
 - Boston, MA 02108
 - Teléfono: 617-960-0474, ext. 3932 (TTY 711)
 - Correo electrónico: civilrightscoordinator@commonwealthcare.org



- Si tiene problemas para obtener información de nuestro plan debido a problemas lingüísticos o a una discapacidad y quiere presentar una queja, puede llamar:
 - Medicare en el 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
 - My Ombudsman al 1-855-781-9898, de lunes a viernes de 9 am a 4 pm.
 - Utilice el 7-1-1 para llamar al 1-855-781-9898. Este número es para personas sordas, con problemas de audición o con problemas de habla.
 - Utilice el videoteléfono (VP) 339-224-6831. Este número es para personas sordas o con problemas de audición.
 - Centro de Servicio al Cliente de MassHealth al 1-800-841-2900, de lunes a viernes, de 8 am a 5 pm (TTY: 1-800-497-4648).
 - Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019 TTY 1-800-537-7697

B. A nossa responsabilidade em tratá-lo sempre com respeito, justiça e dignidade

O nosso plano tem de obedecer às leis que o protegem de discriminação ou tratamento injusto. **Não discriminamos** os associados por nenhum dos seguintes motivos:

- Idade
- Recursos
- Comportamento
- Reclamações efetuadas
- Etnia
- Evidência de segurabilidade
- Identidade de género
- Informação genética
- Localização geográfica na área de cobertura
- Estado de saúde
- Historial médico
- Capacidade mental
- Incapacidade mental ou física
- Origem nacional
- Raça
- Recebimento de cuidados de saúde
- Religião
- Sexo
- Orientação sexual
- Utilização de serviços



Se tiver dúvidas, telefone para o CCA One Care através do número 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.ccama.org.172

Também pode consultar o Capítulo 11, Secção B, “Aviso sobre não discriminação” para obter mais informações.

O associado tem o direito de que as suas perguntas e preocupações sejam respondidas de forma completa e educada.

O associado tem o direito de ser tratado com respeito e com consideração pela sua dignidade.

De acordo com as regras do plano, você tem o direito não sofrer qualquer tipo de restrição física ou isolamento utilizado como meio de coerção, força, disciplina, conveniência ou retaliação. (Por outras palavras, não deve ser fisicamente controlado ou mantido isoladamente como forma de o forçar a fazer algo, puni-lo ou a facilitar a situação de terceiros.)

O associado tem o direito de fazer recomendações sobre os seus direitos e responsabilidades. Isto inclui fazer recomendações à política de Direitos e Responsabilidades dos Associados do CCA One Care.

Não podemos negar-lhe serviços ou puni-lo por exercer os seus direitos.

- Para obter mais informações, ou se considera que pode ter uma reclamação relativamente a discriminação ou que recebeu tratamento injusto, telefone para o Department of Health and Human Services [Departamento da Saúde e Segurança Social] – **Office for Civil Rights [Gabinete de Direitos Civis]** através do número 1-800-368-1019 (TTY: 1-800-537-7697). Também pode aceder a www.hhs.gov/ocr para obter mais informações.
- Também pode telefonar para o gabinete de direitos civis local através do número 1-800-368-1019 ou 1-800-537-7697 (TDD).

Se tiver uma incapacidade e precisar de assistência para obter atendimento ou contactar um prestador, telefone para o Serviço de Apoio a Associados. Se tiver uma reclamação por exemplo, um problema de acesso para cadeiras de rodas, o Serviço de Apoio a Associados pode ajudar.

Para obter mais informações sobre como protegemos o seu direito à privacidade, consulte a Secção D.



C. A nossa responsabilidade em garantir que recebe acesso atempado aos serviços e medicamentos cobertos

Como associado do nosso plano, são estes os seus direitos:

- O associado tem o direito de escolher um prestador de cuidados primários (PCP) na rede do plano. Um prestador da rede é um prestador de cuidados que trabalha com o plano de saúde. Pode encontrar mais informações sobre como escolher um PCP no Capítulo 3, Secção D.
 - Telefone para o Serviço de Apoio a Associados ou consulte o *Diretório de Prestadores e Farmácias* para saber que prestadores de serviços de saúde estão a aceitar novos doentes.
- O associado tem o direito de recorrer a um especialista em saúde da mulher sem ser encaminhado. Não requeremos que obtenha referências para recorrer a prestadores da rede.
- O associado tem o direito de obter serviços cobertos de prestadores da rede dentro de um período razoável.
 - Tal inclui o direito de obter serviços atempados de especialistas.
 - Se você não conseguir obter serviços dentro de um período razoável, teremos de pagar pelos cuidados fora da rede.
- O associado tem o direito de obter serviços de emergência ou cuidados de urgência sem obter autorização prévia (aprovação prévia (PA, do inglês “prior approval”)) numa emergência.
- O associado tem o direito de obter as suas receitas sem demora em qualquer das farmácias da nossa rede.
- O associado tem o direito de saber quando pode utilizar um prestador fora da rede. Para saber mais sobre prestadores fora da rede, consulte o Capítulo 3, Secção D.

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



Se tiver dúvidas, telefone para o CCA One Care através do número 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.ccama.org.174

D. A nossa responsabilidade de proteger a sua privacidade e as suas informações pessoais de saúde (PHI)

O associado tem direito a privacidade durante o tratamento e de esperar confidencialidade em todos os registos e comunicações.

Protegemos as suas informações pessoais de saúde (PHI, do inglês “personal health information”) conforme requerido pelas leis federais e estaduais.

- As suas PHI incluem as informações que nos forneceu quando se inscreveu neste plano. Também inclui os seus registos médicos e outras informações médicas e de saúde.
- Tem direitos relacionados com as suas informações e de controlo da forma como as suas PHI são utilizadas. Enviar-lhe-emos um aviso por escrito a informar sobre estes direitos. O aviso é denominado “Aviso de Prática de Privacidade” O aviso também explica como protegemos a privacidade das suas PHI.

D1. Como protegemos as suas PHI

Garantimos que pessoas não autorizadas não vejam ou alterem os seus registos.

Exceto para os casos indicados abaixo, não fornecemos as suas PHI a ninguém que não esteja a prestar os seus cuidados ou a pagar os seus cuidados. Se o fizermos, somos obrigados a obter previamente a sua autorização por escrito. A autorização escrita pode ser dada por si ou por alguém que tenha poder legal para tomar decisões por si.

Existem determinados casos em que não temos de obter primeiro a sua autorização escrita. Estas exceções são permitidas ou requeridas por lei:

- Temos de divulgar as PHI às agências governamentais que verificam a nossa qualidade em termos de cuidados.
- Temos de fornecer ao Medicare e ao MassHealth as suas PHI. Se o Medicare divulgar as suas PHI para investigação ou outras utilizações, isso será efetuado de acordo com as leis federais. Se o MassHealth divulgar as suas PHI para investigação ou outras utilizações, isso será efetuado de acordo com as leis federais e estaduais.

D2. O associado tem o direito de consultar os seus registos médicos

- O associado tem o direito de consultar os seus registos médicos e de obter uma cópia dos mesmos. Estamos autorizados a cobrar-lhe uma taxa por fazer uma cópia dos seus registos clínicos.



- O associado tem o direito de nos pedir para atualizar ou corrigir os seus registos médicos. Se nos pedir para fazê-lo, colaboraremos com o seu prestador de serviços de cuidados de saúde para decidir se as alterações devem ser efetuadas.
- O associado tem o direito de saber se e como as suas PHI foram partilhadas com outras pessoas.

Se tiver dúvidas ou preocupações sobre a privacidade das suas PHI, telefone para o Serviço de Apoio a Associados.

Aviso de práticas de privacidade

Este aviso descreve como as suas informações médicas podem ser usadas e divulgadas e como pode ter acesso a tais informações. Leia com atenção.

Data de entrada em vigor: 4 de agosto de 2023

A Commonwealth Care Alliance, Inc. é obrigada por lei (i) a proteger a privacidade das suas **Informações Médicas (que incluem informações de saúde comportamental)**; (ii) a fornecer-lhe este Aviso de Práticas de Privacidade explicando os nossos deveres legais e práticas de privacidade em relação às Informações Médicas; e (iii) a notificá-lo se as suas Informações Médicas não codificadas forem afetadas por uma violação.

Reservamo-nos o direito de alterar este Aviso e que as alterações entrem em vigor para todas as informações médicas que conservamos. Se fizermos uma alteração material ao Aviso, (i) publicaremos o Aviso atualizado no nosso website; (ii) publicaremos o Aviso atualizado em cada um dos locais de serviço dos Nossos Prestadores de Cuidados de Saúde; e (iii) disponibilizaremos cópias do Aviso atualizado mediante pedido. Enviaremos também aos Associados do Nosso Plano de Saúde informações sobre o Aviso atualizado e como obter o Aviso atualizado (ou uma cópia do Aviso) na próxima correspondência anual aos Associados. Somos obrigados a cumprir os termos do Aviso que está atualmente em vigor.

Informações de contacto: Se tiver dúvidas sobre as informações contidas neste Aviso, pretender exercer os seus direitos ou apresentar uma reclamação, contacte:

Commonwealth Care Alliance, Inc.
Attention: Privacy and Security Officer
30 Winter Street
Boston, MA 02108
Número gratuito: 866-457-4953 (TTY 711)



Se tiver dúvidas, telefone para o CCA One Care através do número 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.ccama.org.176

SECÇÃO 1: Empresas às quais se aplica este Aviso

Este Aviso aplica-se à Commonwealth Care Alliance, Inc. e às respetivas subsidiárias que estão sujeitas à Regra de Privacidade HIPAA como “entidades abrangidas.” Algumas destas subsidiárias são “**Os nossos planos de saúde**” – empresas que fornecem ou pagam benefícios Medicare Advantage, benefícios Medicaid ou outros benefícios de cuidados de saúde, como seguradora de saúde ou HMO. Outras subsidiárias são os Nossos Prestadores de Cuidados de Saúde (“**Os Nossos Prestadores**”) que fornecem tratamento a doentes, tais como clínicas de cuidados primários.

Este Aviso descreve como todas estas entidades utilizam e divulgam as suas Informações Médicas e os seus direitos relativamente a essas informações. Na maioria dos casos, os Nossos Planos de Saúde utilizam e divulgam as suas Informações Médicas da mesma forma que os Nossos Prestadores e os seus direitos às suas Informações Médicas são os mesmos. No entanto, quando existem diferenças, este Aviso irá explicar essas diferenças descrevendo como tratamos as Informações Médicas sobre um **Associado de um Plano de Saúde** de forma diferente das Informações Médicas sobre um **Doente de um Prestador**.

Os Planos de Saúde e Prestadores aos quais este Aviso se aplica incluem:

Os nossos planos de saúde

- Commonwealth Care Alliance Massachusetts, LLC
- Commonwealth Care Alliance Rhode Island, LLC
- CCA Health Michigan, Inc.
- CCA Health Plans of California, Inc.

Os nossos prestadores de cuidados de saúde

- Commonwealth Clinical Alliance, Inc.
- Boston’s Community Medical Group, Inc. d/b/a CCA Primary Care
- Reliance PO of Michigan, Inc.
- instED™
- Marie’s Place

SECÇÃO 2: Informações que recolhemos

Os indivíduos são responsáveis por fornecer Informações Médicas corretas e completas para a Commonwealth Care Alliance, Inc. e respetivas subsidiárias (CCA) para fornecer serviços de qualidade. A CCA está empenhada em proteger a confidencialidade das Informações Médicas dos indivíduos que são recolhidas ou criadas como parte das nossas operações e prestação de serviços. Quando interage connosco através dos nossos serviços, podemos recolher Informações Médicas e outras informações suas, conforme descrito abaixo.



Se tiver dúvidas, telefone para o CCA One Care através do número 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.ccama.org.177

As Informações Médicas podem incluir informações pessoais, mas são todas consideradas Informações Médicas quando as fornece através ou em ligação com os serviços:

- Recolhemos informações, tais como, endereços de e-mail, informações pessoais, financeiras ou demográficas suas quando nos fornece voluntariamente tais informações, tais como (mas não se limitando a) quando nos contacta com perguntas, preenche formulários online, responde a um dos nossos inquéritos, responde a material publicitário ou promocional, se regista para aceder aos nossos serviços ou utiliza determinados serviços.
- Sempre que a CCA recolher Informações Médicas, disponibilizamos o acesso a este aviso. Ao fornecer-nos Informações Médicas, está a consentir a nossa utilização das mesmas de acordo com este aviso. Se fornecer informações à CCA, reconhece e concorda que tais informações podem ser transferidas da sua localização atual para as instalações e servidores da CCA e terceiros autorizados com quem a CCA faz negócios.

SECÇÃO 3: Como utilizamos e divulgamos as suas informações médicas

Esta secção do nosso Aviso explica como podemos usar e divulgar as suas Informações Médicas para fornecer assistência médica, pagar por assistência médica, obter pagamento por assistência médica e operar o nosso negócio com eficiência. Esta secção também descreve outras circunstâncias nas quais podemos usar ou divulgar as suas Informações Médicas.

O nosso modelo de cuidados requer que os nossos planos de saúde e os nossos prestadores de cuidados de saúde trabalhem em conjunto com outros prestadores de cuidados de saúde para lhe prestar serviços médicos. A nossa equipa profissional, médicos e outros prestadores de cuidados (referidos como “equipa de atendimento”) têm acesso às suas informações médicas e partilham as suas informações entre si, conforme necessário para realizar tratamento, pagamento e atividades de cuidados de saúde, conforme permitido por lei.

Tratamento: os nossos Prestadores podem utilizar as Informações Médicas de um Doente e podemos divulgar Informações Médicas para fornecer, coordenar ou gerir os seus cuidados de saúde e serviços relacionados. Tal pode incluir a comunicação com outros profissionais de saúde a respeito do seu tratamento e a coordenação e gestão dos seus cuidados de saúde com outras pessoas.

Exemplo: Está a receber alta de um hospital. O nosso enfermeiro pode divulgar as suas informações médicas a uma agência de saúde ao domicílio para garantir que o associado obtém os serviços de que precisa após a alta do hospital.

Pagamento: podemos utilizar e divulgar as suas Informações Médicas para pagar serviços de cuidados de saúde que recebeu e para obter pagamento de outros por esses serviços.

Exemplo: o seu prestador de cuidados de saúde pode enviar ao nosso Plano de Saúde uma reclamação por serviços de cuidados de saúde que lhe são fornecidos. O Plano de Saúde pode utilizar essas informações para pagar a reivindicação do seu prestador de cuidados de saúde e pode divulgar as



Se tiver dúvidas, telefone para o CCA One Care através do número 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.ccama.org.178

Informações Médicas ao Medicare ou Medicaid quando o Plano de Saúde solicitar o pagamento pelos serviços.

Operações de cuidados de saúde: podemos usar e divulgar as suas Informações Médicas para realizarmos uma variedade de atividades comerciais que nos permitem administrar os benefícios a que tem direito de acordo com o seu plano de saúde. Por exemplo, podemos utilizar ou divulgar as suas Informações Médicas para:

- Rever e avaliar as competências as, qualificações o e desempenho dos profissionais de saúde que tratam de si.
- Cooperar com outras organizações que avaliem a qualidade dos cuidados alheios.
- Determinar se tem direito a benefícios ao abrigo da nossa cobertura; mas estamos proibidos por lei de utilizar as suas informações genéticas para fins de subscrição.

Atividades conjuntas. A Commonwealth Care Alliance, Inc. e as respetivas subsidiárias têm um acordo para trabalhar em conjunto para melhorar a saúde e reduzir os custos. Podemos envolver-nos em acordos semelhantes com outros prestadores de cuidados de saúde e planos de saúde. Podemos trocar as suas Informações Médicas com outros participantes nestes acordos para tratamento, pagamento e operações de cuidados de saúde relacionadas com as atividades conjuntas destes “acordos de cuidados de saúde organizados.”

Pessoas envolvidas nos seus cuidados: Podemos divulgar as suas Informações Médicas a um familiar, amigo próximo ou qualquer outra pessoa que você identificar como estando envolvida nos seus cuidados. Por exemplo, se nos pedir para partilharmos as suas Informações Médicas com o seu cônjuge, divulgaremos as suas Informações Médicas ao seu cônjuge. Também podemos divulgar as suas Informações Médicas a estas pessoas se não estiver disponível para concordar e determinarmos que é do seu melhor interesse. Numa emergência, podemos utilizar ou divulgar as suas Informações Médicas a um familiar, a outra pessoa envolvida nos seus cuidados ou a possivelmente uma organização de ajuda humanitária (como a Cruz Vermelha), se precisarmos de notificar alguém sobre a sua localização ou condição.

Requerido por lei: utilizaremos e divulgaremos as suas Informações Médicas sempre que formos obrigados por lei a fazê-lo. Por exemplo:

- Iremos divulgar Informações Médicas em resposta a uma ordem judicial ou em resposta a uma intimação.
- Podemos utilizar ou divulgar as Informações Médicas para auxiliar a retirada de um produto ou para relatar reações adversas a medicamentos.
- Iremos divulgar as Informações Médicas a uma agência de supervisão de saúde, que é uma agência responsável por supervisionar programas governamentais, prestadores de cuidados de saúde, o sistema de cuidados de saúde em geral ou determinados programas governamentais (tais como o Medicare e o Medicaid).



Se tiver dúvidas, telefone para o CCA One Care através do número 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. A chamada é gratuita. **Para mais informações,** visite www.ccama.org.179

- Iremos divulgar as Informações Médicas de um indivíduo a uma pessoa que se qualifique como Representante Pessoal do indivíduo. Um “Representante Pessoal” tem autoridade legal para agir em nome do indivíduo, como o pai, a mãe ou o tutor de uma criança, uma pessoa com uma procuração para cuidados de saúde ou um tutor nomeado pelo tribunal de um indivíduo com incapacidade.

Ameaça à saúde ou segurança: podemos usar ou divulgar as suas informações médicas se acreditarmos que tal seja necessário para prevenir ou diminuir uma ameaça séria à saúde ou à segurança.

Atividades de saúde pública: podemos utilizar ou divulgar as suas Informações Médicas para atividades de saúde pública, tais como investigar doenças, comunicar abuso e negligência infantil ou doméstica e monitorizar medicamentos ou dispositivos regulamentados pela Food and Drug Administration.

Aplicação da lei: podemos divulgar Informações Médicas a um agente da autoridade para fins específicos e limitados de aplicação da lei, tais como, divulgações de Informações Médicas sobre a vítima de um crime ou em resposta a uma intimação do júri. Também podemos divulgar Informações Médicas sobre um recluso a um estabelecimento prisional.

Médicos legistas e outros: podemos divulgar Informações Médicas a um médico legista, médico examinador ou agente funerário ou a organizações que ajudem a realizar transplantes de órgãos, olhos e tecidos.

Indemnização de trabalhadores: podemos divulgar Informações Médicas conforme autorizado por ou em conformidade com as leis de indemnização de trabalhadores.

Organizações de pesquisa: podemos utilizar ou divulgar as suas Informações Médicas para investigação que satisfaça determinadas condições sobre a proteção da privacidade das Informações Médicas.

Determinadas funções governamentais: podemos usar ou divulgar as suas informações médicas para determinadas funções governamentais, incluindo, entre outras, atividades militares e de veteranos, de segurança nacional e de inteligência.

Parceiros comerciais: contratamos fornecedores para executar funções em nosso nome. Permitimos que estes “parceiros comerciais” recolham, utilizem ou divulguem Informações Médicas em nosso nome para desempenhar estas funções. Obrigamos contratualmente os nossos parceiros comerciais (e são obrigados por lei) a fornecer as mesmas proteções de privacidade que fornecemos.

Comunicações de angariação de fundos: podemos utilizar ou divulgar Informações Médicas para angariação de fundos. Se receber um pedido de angariação de fundos da nossa parte (ou em nosso nome), pode optar por não participar em atividades futuras de angariação de fundos.



SECCÃO 4: outros usos e divulgações requerem a sua autorização prévia

Exceto conforme descrito acima, não utilizaremos nem divulgaremos as suas Informações Médicas sem a sua permissão por escrito (“**autorização**”). Poderemos contactá-lo para lhe pedir que assine um formulário de autorização para as nossas utilizações e divulgações ou pode contactar-nos para divulgar as suas Informações Médicas a outra pessoa e teremos de lhe pedir para assinar um formulário de autorização.

Se assinar uma autorização por escrito, pode posteriormente revogar (ou cancelar) a sua autorização. Se pretender revogar a sua autorização, deve fazê-lo por escrito (envie-nos esta informação utilizando as **Informações de Contacto** no início deste Aviso). Se revogar a sua autorização, deixaremos de utilizar ou divulgar as suas Informações Médicas com base na autorização, exceto na medida em que tenhamos agido com base na autorização. Seguem-se utilizações ou divulgações das suas Informações Médicas para as quais precisaremos da sua autorização por escrito:

- **Uso ou divulgação para fins de “marketing”:** só podemos utilizar ou divulgar as suas Informações Médicas para fins de “marketing” se tivermos a sua autorização por escrito. No entanto, podemos enviar-lhe informações sobre determinados produtos e serviços relacionados com a saúde sem a sua autorização por escrito, desde que ninguém nos pague para enviar as informações.
- **Venda das suas Informações Médicas:** a Commonwealth Care Alliance, Inc. não irá vender as suas Informações Médicas. Se o fizéssemos, precisaríamos da sua autorização por escrito.
- **Uso e divulgação de notas de psicoterapia:** exceto para determinadas atividades de tratamento, pagamento e operações de cuidados de saúde ou conforme exigido por lei, só podemos utilizar ou divulgar as suas notas de psicoterapia se tivermos a sua autorização por escrito.

SECCÃO 5: Você tem direitos no que se refere às suas informações médicas

O associado tem determinados direitos no que se refere às suas informações médicas. Para exercer qualquer um destes direitos, pode contactar-nos utilizando as **Informações de Contacto** no início deste Aviso.

Direito a uma cópia deste aviso: o associado tem o direito de receber uma cópia impressa do nosso Aviso de Práticas de Privacidade a qualquer momento, mesmo que tenha concordado em receber o Aviso eletronicamente.

Direito de acesso para inspecionar e copiar: o associado tem o direito de inspecionar (ver ou rever) e receber uma cópia ou resumo das suas Informações Médicas que guardamos num “conjunto de registos designado.” Se mantivermos estas informações em formato eletrónico, poderá obter uma cópia eletrónica destes registos. Também pode instruir os Nossos Prestadores de Cuidados de Saúde a enviar uma cópia eletrónica das informações que mantemos sobre si num Registo Clínico Eletrónico a terceiros. Deverá fornecer-nos um pedido por escrito para este acesso. Poderemos cobrar-lhe uma taxa



Se tiver dúvidas, telefone para o CCA One Care através do número 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.ccama.org.181

razoável, com base nos custos, para cobrir os custos de uma cópia das suas Informações Médicas. De acordo com a Regra de Privacidade HIPAA e em circunstâncias muito limitadas, podemos recusar este pedido. Iremos enviar-lhe uma recusa por escrito o mais tardar 30 dias após o pedido (ou não mais de 60 dias se o notificarmos de uma extensão).

Direito a pedir que as informações médicas sejam alteradas: se acreditar que temos Informações Médicas que estão imprecisas ou incompletas, tem o direito de solicitar a alteração, correção ou adicionar as suas Informações Médicas. O seu pedido tem de ser feito por escrito e incluir uma explicação do motivo pelo qual as nossas informações têm de ser alteradas. Se concordarmos, alteraremos as suas informações. Se não concordarmos, forneceremos uma explicação com divulgações futuras das informações.

Direito a um relatório das divulgações: tem o direito de receber uma lista de determinadas divulgações que fazemos das suas Informações Médicas (“**relatório de divulgação**”). A lista não incluirá divulgações para tratamento, pagamento e operações de cuidados de saúde, divulgações feitas há mais de seis anos, ou determinadas outras divulgações. Forneceremos um relatório a cada ano gratuitamente, mas podemos cobrar uma taxa razoável baseada no custo, caso solicite outro no prazo de 12 meses. Tem de fazer um pedido de relatório de divulgação por escrito.

Direito de solicitar restrições de uso e divulgações: tem o direito de solicitar que limitemos a forma como utilizamos e divulgamos as suas Informações Médicas (i) para tratamento, pagamento e operações de cuidados de saúde ou (ii) a pessoas envolvidas nos seus cuidados. Exceto conforme descrito abaixo, não temos de concordar com a restrição solicitada. Se concordarmos com a sua solicitação, iremos cumprir as suas restrições, exceto se as informações forem necessárias para tratamento de emergência.

Os nossos Prestadores de Cuidados de Saúde têm de concordar com o seu pedido para restringir divulgações de Informações Médicas se (i) as divulgações forem para pagamento ou operações de cuidados de saúde (e não forem exigidas por lei) e (ii) as informações se referirem apenas a itens ou serviços de cuidados de saúde pelos quais você, ou outra pessoa em seu nome (que não os Nossos Planos de Saúde) tenha pago na íntegra.

Direito de solicitar um método alternativo de contacto: o associado tem o direito de solicitar por escrito que entremos em contacto consigo num local diferente ou utilizando um método diferente. Por exemplo, poderá preferir que todas as informações escritas sejam enviadas para o seu endereço comercial, em vez de para o seu endereço residencial ou e-mail. Os Nossos Prestadores de Cuidados de saúde irão concordar com qualquer pedido razoável relativamente a métodos alternativos de contacto.

SECÇÃO 6: o associado pode registar uma reclamação sobre as nossas práticas de privacidade

Se lhe parecer que os seus direitos de privacidade foram violados, pode registar uma reclamação por escrito junto da Commonwealth Care Alliance, Inc. ou Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos EUA.



Se tiver dúvidas, telefone para o CCA One Care através do número 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.ccama.org.182

A Commonwealth Care Alliance, Inc. não tomará nenhuma ação contra si e não mudará a forma como o tratamos de nenhuma forma se registar uma reclamação.

Para registar uma reclamação por escrito ou solicitar mais informações da Commonwealth Care Alliance, Inc., contacte-nos utilizando as **Informações de Contacto** no início deste Aviso.

SECÇÃO 7: requisitos específicos do estado

Sistemas de Informação de Imunização do Massachusetts: os nossos prestadores têm de registar as vacinas que o associado recebe nos Massachusetts Immunization Information Systems [Sistemas de Informação de Imunização do Massachusetts, MIIS]. Os MIIS são um sistema estadual para controlar os registos de vacinação que é administrado pelo Massachusetts Department of Public Health [Departamento de Saúde Pública do Massachusetts, MDPH]. Se não pretende que os seus registos nos MIIS sejam partilhados com outros prestadores de cuidados de saúde, tem de enviar um Formulário de Oposição à Partilha de Dados para:

Massachusetts Immunization Information System (MIIS)
Immunization Program
Massachusetts Department of Public Health
305 South Street
Jamaica Plain, MA 02130

E. A nossa responsabilidade de lhe fornecer informações sobre o plano, os seus prestadores da rede e os seus serviços cobertos

Como associado do CCA One Care, você tem o direito de obter de nós informações e atualizações sobre o seu plano atempadamente. Se não fala inglês, temos de fornecer-lhe gratuitamente as informações num idioma que entenda. O associado pode obter o presente documento e outros materiais impressos em espanhol ou falar com alguém sobre estas informações noutros idiomas, gratuitamente. Telefone para 866-610-2273 (TTY 711). Também podemos fornecer informações gratuitamente com letras grandes, braille, áudio, vídeos em língua gestual americana e outras formas.

Se quiser informações sobre qualquer um dos seguintes temas, telefone para o Serviço de Apoio a Associados:

- O nosso plano, incluindo:
 - que informações financeiras estão disponíveis;
 - como o plano tem sido classificado pelos associados do plano;
 - quantos recursos os nossos associados apresentaram; e
 - como sair do plano.



Se tiver dúvidas, telefone para o CCA One Care através do número 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.ccama.org.183

- Nossos prestadores da rede e as nossas farmácias de rede, incluindo:
 - como escolher ou alterar os prestadores de cuidados primários;
 - quais são as qualificações dos nossos prestadores da rede e farmácias; e
 - como pagamos aos prestadores na nossa rede.
 - uma lista de prestadores e farmácias na rede do plano, consulte o **Diretório de Prestadores e de Farmácias**. Para obter informações mais detalhadas sobre os nossos prestadores ou farmácias, telefone para o Serviço de Apoio a Associados ou aceda ao nosso website em www.ccama.org.
- Serviços cobertos (consulte os Capítulos 3 e 4) e medicamentos (consulte os Capítulos 5 e 6) e sobre as regras que terá de seguir, incluindo:
 - serviços e medicamentos cobertos pelo plano;
 - limites de cobertura e medicamentos; eregras que é necessário que siga para obter serviços e medicamentos cobertos.
- Por que um medicamento ou serviço não é coberto e o que pode fazer a esse respeito (consulte o Capítulo 9), incluindo:
 - pedir-nos para colocar por escrito o motivo pelo qual o medicamento ou serviço não está coberto;
 - pedir-nos para alterar uma decisão que tomámos; e
 - pedir-nos para pagar uma fatura que recebeu.

F. Incapacidade de os prestadores da rede lhe faturarem diretamente

Médicos, hospitais e outros prestadores na nossa rede não podem fazê-lo pagar pelos serviços cobertos. Também não podem cobrar-lhe se lhes pagarmos menos do que o que nos cobraram. Para saber o que fazer se um prestador tentar cobrar pelos serviços cobertos, consulte o Capítulo 7, Secção A.



G. O seu direito de sair do nosso plano

O associado tem o direito de sair do plano. Ninguém pode fazê-lo permanecer no nosso plano se não quiser. Pode contactar o Centro de Atendimento ao Cliente do MassHealth através do número 1-800-841-2900 ou TTY: 1-800-497-4648 (para pessoas surdas, com incapacidade auditiva ou incapacidade na fala) e pedir para sair do plano. Também pode telefonar para 1-800-Medicare para se inscrever no plano Medicare Advantage ou no plano de medicamentos sujeitos a receita médica e sair do nosso plano. Consulte o Capítulo 10 para obter mais informações sobre como sair do nosso plano.

Se optar por sair do nosso plano, os seus serviços permanecerão em vigor até ao fim do mês em que sair. Por exemplo, se deixar o nosso plano em 5 de setembro, estará coberto pelo nosso plano até ao fim de setembro.

- Se sair do nosso plano, continuará nos programas Medicare e MassHealth.
- O associado tem o direito de obter a maioria dos seus serviços de cuidados de saúde através do Original Medicare ou de um plano Medicare Advantage.
- Também tem o direito de obter os benefícios MassHealth diretamente do programa Medicaid do MassHealth.
- O associado pode obter os medicamentos do benefício sujeitos a receita médica do Medicare Part D de um plano de medicamentos sujeitos a receita médica ou de um plano Medicare Advantage.

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

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

Ao receber os serviços, você tem o direito de obter informações completas dos seus médicos e outros prestadores de cuidados de saúde. Também tem o direito de ter acesso a médicos e outros prestadores que possam satisfazer as suas necessidades. Tal inclui prestadores que podem satisfazer as suas necessidades de saúde, comunicar consigo e prestar serviços em locais a que você consiga aceder fisicamente. Os seus prestadores têm de explicar a sua condição e as suas escolhas de tratamento de uma forma que consiga entender. O associado também pode optar por ter um familiar ou um prestador de cuidados envolvidos nos seus serviços e discussões sobre tratamento. O associado tem o direito de:

- **Conhecer as suas escolhas.** O associado tem o direito de receber explicações sobre as suas necessidades médicas e de ser informado sobre todos os tipos de opções de tratamento disponíveis, independentemente do custo ou da cobertura de benefícios.



Se tiver dúvidas, telefone para o CCA One Care através do número 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.ccama.org.185

- **Conhecer os riscos.** O associado tem o direito de ser informado sobre quaisquer riscos que os seus serviços ou tratamentos impliquem. O associado tem de ser informado com antecedência se algum dos seus serviços ou tratamentos for parte de uma experiência de investigação. O associado tem o direito de recusar tratamentos experimentais.
- **Obter uma segunda opinião.** O associado tem o direito de recorrer a outro prestador de cuidados de saúde antes de decidir sobre um tratamento.
- **Dizer “não.”** O associado tem o direito de recusar qualquer tratamento. Tal inclui o direito de sair de um hospital ou de outra instalação médica, mesmo que o seu prestador de cuidados de saúde o aconselhe a não sair. Também tem o direito de deixar de tomar um medicamento. O associado não será excluído do plano se recusar um tratamento ou deixar de tomar um medicamento. No entanto, se recusar um tratamento ou deixar de tomar um medicamento, você assume total responsabilidade pelo que acontecer consigo.
- **Pedir-nos para explicar por que um prestador lhe negou cuidados.** O associado tem o direito de obter uma explicação da nossa parte se um prestador tiver recusado cuidados que considere que deveria receber.
- **Estar livre de qualquer forma de restrição.** O associado tem o direito de não sofrer restrições ou isolamento utilizados como meio de coerção, disciplina, conveniência ou retaliação, conforme especificado noutras regulamentações federais sobre o uso de restrições e isolamento.
- **Pedir-nos para cobrir um serviço ou medicamento que foi negado ou que normalmente não está coberto.** A isso chama-se decisão de cobertura. O Capítulo 9 explica como solicitar uma decisão de cobertura ao plano.
- **Mudar de prestadores.** O associado tem o direito de mudar de prestadores.

H2. O associado tem o direito de dizer o que pretende que aconteça se não for capaz de tomar decisões sobre cuidados de saúde por si mesmo

Por vezes, as pessoas são incapazes de tomar decisões sobre cuidados de saúde por si próprias. Antes de isso lhe acontecer, você poderá:

- Preencher um formulário escrito para **atribuir a alguém o direito de tomar decisões sobre cuidados de saúde por si; e**
- **Dar aos seus prestadores de cuidados de saúde instruções por escrito** sobre como pretende que lidem com os seus cuidados de saúde caso se torne incapaz de tomar decisões por si mesmo.



- O documento legal que pode utilizar para dar as suas instruções chama-se diretiva antecipada (em inglês, “advance directive”). Existem diferentes tipos de diretivas antecipadas e diferentes nomes para as mesmas. No Massachusetts, o documento é denominado **procuração de saúde** (em inglês, “health care proxy”). Noutros estados, documentos chamados **“testamento vital”** (em inglês “living will”) e **“procuração para cuidados de saúde”** (em inglês “power of attorney for healthcare”) são exemplos de diretivas antecipadas.

Não é necessário que utilize uma diretiva antecipada, mas pode fazê-lo, se quiser. Veja o que fazer:

- **Obtenha o formulário.** Pode contactar o Serviço de Apoio a Associados para solicitar um formulário que seja fornecido pela Honoring Choices Massachusetts. Também pode descarregar uma cópia do formulário no website da Honoring Choices Massachusetts (www.honoringchoicesmass.com). Ou pode obter um formulário junto do seu prestador de cuidados de saúde, representante legal, agência de serviços jurídicos ou assistente social. As organizações que fornecem às pessoas informações sobre o Medicare ou o MassHealth (Medicaid), tais como, o Programa Estadual de Assistência ao Seguro de Saúde (State Health Insurance Assistance Program, SHIP), denominado SHINE (Serving the Health Insurance Needs of Everyone, que significa satisfazer as necessidades de seguros de saúde de todos), também podem disponibilizar formulários de diretivas antecipadas.
- **Preencha e assine.** O formulário é um documento legal. Deve considerar a possibilidade de recorrer a um representante legal para preenchê-lo.
- **Entregue cópias às pessoas que devam conhecer o documento.** O associado deve entregar uma cópia do formulário aos seus prestadores de cuidados. Também deve entregar uma cópia à pessoa que nomeou para tomar as decisões por si. Também pode facultar cópias a amigos próximos ou familiares. Guarde uma cópia em casa.
- Se for ser hospitalizado e tiver assinado uma diretiva antecipada, **leve uma cópia mesma 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, o hospital tem formulários disponíveis e perguntará se quer assinar tal formulário.

Lembre-se: preencher uma diretiva antecipada é uma escolha sua.



Se tiver dúvidas, telefone para o CCA One Care através do número 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.ccama.org.187

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

Se tiver assinado uma diretiva antecipada e acreditar que um prestador de cuidados de saúde ou hospital não seguiu as instruções nela contidas, poderá apresentar uma reclamação junto do Massachusetts Department of Public Health, Division of Healthcare Quality's Complaint Unit [Departamento de Saúde Pública do Massachusetts, Divisão da Unidade de Reclamações de Qualidade da Saúde], telefonando para o número 1-800-462-5540. Para registar uma reclamação contra um prestador de cuidados de saúde, telefone para o Board of Registration in Medicine [Conselho de Registo de Medicina] através do 781-876-8200.

I. O seu direito de apresentar reclamações e de nos pedir para reconsiderar decisões que tomámos

O Capítulo 9 informa o que pode fazer se tiver dificuldades ou preocupações sobre os serviços ou cuidados cobertos. Por exemplo, poderá pedir-nos para tomarmos uma decisão de cobertura, apresentar-nos um recurso para alterarmos uma decisão de cobertura ou apresentar uma reclamação.

O associado tem o direito de obter informações sobre recursos e reclamações que outros associados tenham apresentado contra o nosso plano. Para obter estas informações, telefone para o Serviço de Apoio a Associados.

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

Se acredita que foi tratado injustamente – e que **não** se trata de discriminação pelos motivos referidos na Secção B deste capítulo – ou se quiser mais informações sobre os seus direitos, pode obter assistência telefonando para:

- Ligue para o Serviço de Apoio a Associados através do número **866-610-2273 (TTY 711)**, das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana.
- O Programa Estadual de Assistência a Seguros de Saúde denominado SHINE (Serving the Health Insurance Needs of Everyone [Servir as Necessidades de Seguros de Saúde de Todos]). Para obter dados sobre esta organização e como contactá-la, consulte o Capítulo 2, Secção E.
- Medicare através do número 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas por dia, 7 dias por semana. TTY 1-877-486-2048.
- MassHealth através do número 1-800-841-2900, de segunda a sexta-feira, das 8 am às 5 pm (TTY: 1-800-497-4648).
- Provedor de Justiça através do número 1-855-781-9898 (ligação gratuita), de segunda a sexta-feira, das 9 am às 4 pm.



Se tiver dúvidas, telefone para o CCA One Care através do número 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.ccama.org.188

- Use 7-1-1 para telefonar para 1-855-781-9898. Este número destina-se a pessoas surdas, com deficiência auditiva ou com dificuldade de fala.
- Use o videofone (VP) 339-224-6831. Este número destina-se a pessoas surdas ou com incapacidade auditiva.
- Envie um email para o Provedor de Justiça em info@myombudsman.org.

Provedor de Justiça é um programa independente que pode ajudá-lo a resolver preocupações ou conflitos relativamente à sua inscrição no One Care ou ao seu acesso aos benefícios e serviços do One Care.

I2. O seu direito de fazer recomendações sobre a nossa política de direitos e responsabilidades de associados

Se tiver alguma recomendação sobre a nossa política de direitos e responsabilidades de associado, pode partilhar as suas sugestões connosco ligando para o Serviço de Apoio a Associados através do número 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana.

J. As suas responsabilidades como associado do plano

Como associado do plano, você tem a responsabilidade de fazer as coisas indicadas abaixo. Se tiver alguma dúvida, telefone para o Serviço de Apoio a Associados.

- **Leia o *Manual do Associado*** para saber o que está coberto e que regras tem de seguir para obter os serviços e medicamentos cobertos. Para obter mais informações sobre:
 - Serviços cobertos, consulte os Capítulos 3 e 4. Esses capítulos dizem-lhe o que está coberto, o que não está coberto, que regras tem de 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 tenha. Quando você obtém cuidados de saúde, somos obrigados a garantir que utiliza todas as suas opções de cobertura. Telefone para o Serviço de Apoio a Associados se tiver outra cobertura.
- **Informe o seu médico e outros profissionais de saúde** que está inscrito no nosso plano. Mostre o seu cartão de associado sempre que receber serviços ou medicamentos.



Se tiver dúvidas, telefone para o CCA One Care através do número 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.ccama.org.189

- **Ajude os seus médicos** e outros profissionais de saúde a prestar-lhe os melhores cuidados.
 - Escolha um prestador de cuidados primários.
 - Telefone para o seu prestador de cuidados primários ou Parceiro de Cuidados quando precisar de cuidados de saúde ou no prazo de quarenta e oito (48) horas após receber qualquer tratamento de emergência ou fora da rede.
 - Faculte-lhes as informações completas e precisas sobre si e a sua saúde de que precisam. Aprenda o máximo que puder sobre os seus problemas de saúde. Siga os objetivos de tratamento acordados mutuamente e os planos e instruções de cuidados acordados entre si e os seus prestadores.
 - Certifique-se de que os seus médicos e outros prestadores conhecem todos os medicamentos que está a tomar. Tal inclui medicamentos sujeitos a receita médica, medicamentos não sujeitos a receita médica, vitaminas e suplementos.
 - Certifique-se de que faz todas as perguntas que tiver a fazer. Os seus médicos e outros prestadores têm de explicar as coisas de uma forma que consiga entender. Se fizer uma pergunta e não entender a resposta, pergunte novamente.
 - Compreenda o papel do seu prestador de cuidados primários, do seu Parceiro de Cuidados e da sua equipa de cuidados na prestação dos seus cuidados e em providenciar outros serviços de cuidados de saúde de que possa necessitar.
 - Siga o Plano de Cuidados Individualizados (ICP) que você e a sua equipa de cuidados acordaram.
 - Entenda os seus benefícios e o que está coberto e saiba o que não está coberto.
- **Seja atencioso.** Esperamos que todos os nossos associados respeitem os direitos dos outros doentes. Também esperamos que atue com respeito no consultório do seu médico, hospitais, consultórios de outros prestadores e em sua casa quando os seus prestadores o visitarem.
- **Pague o que deve pagar.** Como associado do plano, você é responsável pelos seguintes pagamentos:
 - Se receber quaisquer serviços ou medicamentos que não estejam cobertos pelo nosso plano, terá de pagar o custo total respetivo.



- **Diga-nos caso mude de residência.** Se vai mudar-se, é importante que nos informe imediatamente. Telefone para o Serviço de Apoio a Associados.
 - **Se se mudar para fora da nossa área de cobertura, não poderá permanecer neste plano.** Apenas pessoas que vivem na nossa área de cobertura podem obter o CCA One Care. O Capítulo 1, Secção D, informa-o sobre a nossa área de cobertura.
 - Podemos ajudá-lo a descobrir se está a mudar-se para fora da nossa área de cobertura. Durante um período de inscrição especial, você poderá mudar para o Original Medicare ou inscrever-se num plano de saúde Medicare ou de medicamentos sujeitos a receita médica no seu novo local de residência. Podemos informá-lo se tivermos um plano na sua nova área.
 - Também pode telefonar para o Centro de Apoio ao Cliente MassHealth para transferir para outro plano One Care na sua nova área.
 - Além disso, certifique-se de que informa o Medicare e o MassHealth sobre a sua nova morada quando se mudar. Encontra no Capítulo 2, Seções F e G, os números de telefone do Medicare e do MassHealth.
 - **Se se mudar, mas permanecer na nossa área de cobertura, continua a ser necessário que saibamos da mudança.** Temos de manter o seu registo atualizado e saber como contactá-lo.
- **Informe-nos se as suas informações pessoais mudarem.** É importante que nos informe imediatamente se houver uma alteração nas informações pessoais, tais como telefone, casamento, aumento da família, elegibilidade ou outra cobertura de seguro de saúde.
- Telefone para o Serviço de Apoio a Associados através do número 866-610-2273 (TTY 711) para obter ajuda se tiver dúvidas ou preocupações.

J1. Recuperação de bens

A MassHealth é obrigada pela legislação federal a recuperar dinheiro dos bens de determinados associados da MassHealth com idade igual ou superior a 55 anos, bem como dos que tenham qualquer idade e estejam a receber cuidados continuados num lar de idosos ou outra instituição médica. Para mais informações sobre a recuperação de bens MassHealth, visite www.mass.gov/estater recovery.



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

Introdução

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

- Tiver um problema ou uma reclamação relativamente ao seu plano ou aos seus cuidados.
- Precisar de um serviço ou medicamento relativamente ao qual o seu plano informou que não pagará.
- Discordar de uma decisão tomada pelo seu plano sobre os seus cuidados, incluindo a redução de serviços.
- Considerar que o seu plano deve fornecer ou providenciar um serviço mais rapidamente.
- Considerar que lhe foi pedido para deixar o hospital demasiado cedo.

Se tiver um problema ou preocupação, basta que leia as partes deste capítulo que se aplicam à sua situação. Este capítulo está dividido em secções para ajudá-lo a encontrar facilmente informações sobre o que fazer para resolver o seu problema ou preocupação.

Se estiver a enfrentar um problema relativamente aos seus serviços

É de esperar que você obtenha os serviços médicos, serviços de cuidados de saúde comportamental, os medicamentos e os serviços e cuidados continuados (LTSS) necessários aos seus cuidados no âmbito do seu Plano de Cuidados Individualizados (ICP). **Se estiver a ter problemas com os seus cuidados, poderá telefonar para o Provedor de Justiça através do número 1-855-781-9898 (ou usando o MassRelay via 711 para telefonar para 1-855-781-9898 ou Videofone (VP) 339-224-6831).** Este capítulo explica as opções à sua disposição para diferentes problemas e reclamações, mas também pode telefonar para o Provedor de Justiça para obter ajuda relativamente ao seu problema. Para obter recursos adicionais para abordar as suas preocupações e formas de contactar esses recursos, consulte o Capítulo 2, Secção I, onde tem disponíveis mais informações sobre o Provedor de Justiça.



Índice

A. O que fazer se tiver um problema.....	195
A1. Informação sobre os termos legais	195
B. Onde pedir ajuda	195
B1. Onde obter mais informações e ajuda.....	195
C. Que secções ler neste capítulo para ajudar a resolver o seu problema	197
C1. Utilizar o processo de decisões de cobertura e recursos ou para apresentar uma reclamação.....	197
D. Decisões de cobertura e recursos	198
D1. Visão geral.....	198
D2. Obter ajuda.....	198
D3. Use a secção apropriada deste capítulo, que o ajudará.....	200
E. Problemas com serviços, produtos e medicamentos (exceto medicamentos do Part D).....	202
E1. Quando utilizar esta secção	202
E2. Solicitar uma decisão de cobertura	203
E3. Recurso de Nível 1 para serviços, produtos e medicamentos (exceto medicamentos do Part D).....	205
E4. Recurso de Nível 2 para serviços, produtos e medicamentos (exceto medicamentos do Part D).....	211
E5. Problemas de pagamento	216
F. Medicamentos do Part D	218
F1. O que fazer se tiver dificuldades em obter um medicamento do Part D ou se pretender que lhe devolvamos o valor de um medicamento do Part D	218
F2. O que é uma exceção	221
F3. Há coisas importantes a saber no que se refere a pedir exceções.....	222
F4. Como solicitar uma decisão de cobertura relativamente a um medicamento do Part D ou a um reembolso de um medicamento do Part D, incluindo uma exceção.....	223



F5. Recurso de Nível 1 para medicamentos do Part D	227
F6. Recurso de Nível 2 para medicamentos do Part D	230
G. Pedir-nos para cobrir um internamento hospitalar mais prolongado	232
G1. Os seus direitos no âmbito do Medicare se for internado num hospital.....	232
G2. Recurso de Nível 1 para alterar a data de alta hospitalar	233
G3. Recurso de Nível 2 para alterar a sua data de alta hospitalar	236
G4. O que acontece se você não cumprir um prazo de Recurso.....	237
H. O que fazer se considerar que os seus serviços de assistência médica ao domicílio, cuidados de enfermagem especializada ou serviços em Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility [CORF, Instalação Abrangente de Reabilitação em Ambulatório] terminam demasiado cedo	239
H1. Informá-lo-emos antecipadamente do momento de término da sua cobertura	239
H2. Recurso de Nível 1 para continuar a receber os seus cuidados.....	240
H3. Recurso de Nível 2 para continuar a receber os seus cuidados.....	243
H4. O que acontece se não cumprir o prazo para a apresentação de um Recurso de Nível 1?	244
I. Apresentar o seu recurso além do Nível 2	246
I1. Próximas etapas para serviços e produtos Medicare.....	246
I2. Próximas etapas para serviços e produtos do MassHealth.....	246
J. Como apresentar uma reclamação	247
J1. Que tipos de problemas devem ser tratados por reclamações	247
J2. Reclamações internas	249
J3. Reclamações externas	251
J4. Reclamações sobre paridade de saúde mental	252



A. O que fazer se tiver um problema

Este capítulo informa o que fazer se tiver dificuldades relativamente ao CCA One Care ou aos seus serviços. O Medicare e o MassHealth aprovaram estes processos. Cada processo tem um conjunto de regras, procedimentos e prazos que têm de ser seguidos. Este é um resumo dos seus direitos.

A1. Informação sobre os termos legais

Existem termos legais relevantes para algumas das regras e prazos deste capítulo. Alguns desses termos podem ser difíceis de entender, pelo que usamos palavras mais simples em vez de determinados termos legais. Usamos abreviaturas o menos possível.

Por exemplo, diremos:

- “Apresentar uma reclamação” em vez de “Impetrar um protesto”
- “Decisão de cobertura” em vez de “determinação da organização”, “determinação do benefício”, “determinação do risco” ou “determinação da cobertura”
- “Decisão rápida de cobertura” em vez de “determinação acelerada”

Compreender e saber o significado dos termos legais corretos pode ajudá-lo a comunicar com mais clareza, pelo que também os apresentamos.

B. Onde pedir ajuda

B1. Onde obter mais informações e ajuda

por vezes, poderá ser confuso iniciar ou seguir um processo para lidar com um problema. Isso pode ser especialmente verdade se não se sentir bem ou se tiver pouca energia. Noutras ocasiões, poderá não saber como dar o passo seguinte.

Você pode obter ajuda junto do Provedor de Justiça

O Provedor de Justiça é um programa independente que pode ajudá-lo se tiver dúvidas, preocupações ou problemas relacionados com o One Care. Pode contactar o Provedor de Justiça para obter informações ou assistência para resolver qualquer questão ou problema relativamente ao seu plano One Care. Os serviços do Provedor de Justiça são gratuitos. Também podem ser encontradas informações sobre o Provedor de Justiça no Capítulo 2, Secção I. A equipa do Provedor de Justiça:

- Irá responder às suas perguntas ou encaminhá-lo para obter a assistência de que precisa.



- Pode ajudá-lo a resolver um problema ou preocupação com o One Care ou com o seu plano One Care, CCA One Care. A equipa do seu Provedor de Justiça irá ouvir, investigar o problema e discutir opções consigo para ajudar a resolver o problema.
- Assistência relativamente a recursos. Um recurso é um modo formal de solicitar que o seu plano One Care, MassHealth ou Medicare reveja uma decisão sobre os seus serviços. A equipa do seu Provedor de Justiça pode falar consigo sobre como interpor um recurso e o que esperar durante o processo de recurso.

Pode telefonar, enviar um email, escrever ou contactar o Provedor de Justiça no seu consultório.

- Telefone para 1-855-781-9898, de segunda a sexta-feira, das 9 am às 4 pm. Pessoas surdas, com incapacidade auditiva ou com incapacidade de fala devem utilizar o MassRelay via 711 para telefonar para 1-855-781-9898 ou Videofone (VP) 339-224-6831.
- Envie um e-mail para info@myombudsman.org
- Escreva ou visite o escritório do Provedor de Justiça (My Ombudsman) na seguinte morada: 25 Kingston Street, 4th floor, Boston, MA 02111.
 - Consulte o website do Provedor de Justiça ou contacte-o diretamente para obter informações atualizadas sobre a localização, consultas e o horário de funcionamento.
- Aceda ao Provedor de Justiça online em www.myombudsman.org

Você pode obter assistência do State Health Insurance Assistance Program [Programa Estadual de Assistência a Seguros de Saúde, SHIP]

Também pode telefonar para o State Health Insurance Assistance Program [Programa Estadual de Assistência a Seguros de Saúde, SHIP]. No Massachusetts, este programa chama-se SHINE (Serving the Health Insurance Needs of Everyone [Servir as Necessidades de Seguros de Saúde de Todos]). Os conselheiros do SHINE podem responder às suas perguntas e ajudá-lo a entender o que fazer para cuidar do seu problema. O SHINE não está ligado a nós nem a qualquer companhia de seguros ou plano de saúde. O SHINE tem consultores formados no Massachusetts, e os serviços são gratuitos. O número de telefone do SHINE é 1-800-243-4636 e o website é <https://shinema.org/>. TTY (para pessoas surdas, com incapacidade auditiva ou com dificuldade de fala): 1-800-439-2370 (apenas Massachusetts).



Como obter assistência do Medicare

Pode telefonar diretamente para o Medicare para obter assistência relativamente a problemas. Veja abaixo duas formas de obter assistência do Medicare:

- Telefone para o número 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas por dia, 7 dias por semana. TTY (para pessoas com dificuldade em falar ou ouvir): 1-877-486-2048. A chamada é gratuita.
- Aceda ao website do Medicare em www.medicare.gov.

Obter assistência do MassHealth

Pode telefonar diretamente para o Atendimento ao Cliente do MassHealth para obter assistência relativamente a dificuldades que tenha. Telefone para o número 1-800-841-2900. TTY (para pessoas surdas, com incapacidade auditiva ou com dificuldade de fala): 711.

C. Que secções ler neste capítulo para ajudar a resolver o seu problema

C1. Utilizar o processo de decisões de cobertura e recursos ou para apresentar uma reclamação

Se tiver um problema ou preocupação, basta que leia as partes deste capítulo que se aplicam à sua situação. A tabela abaixo irá ajudá-lo a encontrar a secção correta deste capítulo que deve ler a propósito do seu problema ou reclamação.

<p>O seu problema ou preocupação está relacionado com os seus benefícios ou a sua cobertura?</p> <p>(Isto inclui problemas relativamente à cobertura e pagamento pelo nosso plano de cuidados médicos específicos, cuidados de saúde comportamental, serviços e cuidados continuados ou medicamentos sujeitos a receita médica.)</p>	
<p>Sim.</p> <p>O meu problema é sobre benefícios ou cobertura.</p> <p>Consulte a Secção D: “Decisões de cobertura e recursos” na página 184.</p>	<p>Não.</p> <p>O meu problema não está relacionado com benefícios ou cobertura.</p> <p>Avance para a Secção J: “Como apresentar uma reclamação” na página 230.</p>



D. Decisões de cobertura e recursos

D1. Visão geral

Quando solicita informações sobre decisões de cobertura e como apresentar recursos, isso significa que está a lidar com problemas relacionados com os seus benefícios e cobertura. Também se incluem aqui problemas relativamente a pagamentos.

O que é uma decisão de cobertura?

Uma decisão de cobertura é uma decisão que tomamos sobre que serviços, equipamentos e medicamentos cobrimos para si. Por exemplo, o seu prestador da rede do plano toma uma decisão de cobertura (favorável) para si sempre que receber cuidados médicos dele ou se o seu prestador da rede o encaminhar para um especialista médico.

Se você ou o seu prestador não tiver a certeza se um serviço, equipamento ou medicamento é coberto pelo nosso plano, você ou ele podem solicitar uma decisão de cobertura para que o prestador forneça o serviço, equipamento ou medicamento. Por outras palavras, se quiser saber se iremos cobrir um serviço, equipamento ou medicamento antes de o receber, poderá pedir-nos para tomarmos uma decisão de cobertura para si.

O que é um recurso?

Um recurso é um modo formal de nos solicitar uma revisão da nossa decisão de cobertura. Por exemplo, podemos decidir que um serviço, equipamento ou medicamento que você pretende não está coberto ou não é medicamento necessário para si. Se discordar da nossa decisão, poderá recorrer da mesma. Se pretender, o seu prestador pode apresentar um recurso por si.

D2. Obter ajuda

A quem posso telefonar para obter assistência para solicitar decisões de cobertura ou apresentar um recurso?

Existem várias formas de pedir assistência.

- Telefone para o **Serviço de Apoio a Associados** através do número 866-610-2273.
- Fale com o seu Parceiro de Cuidados.
- Telefone, envie um email, escreva ou contacte presencialmente o **Provedor de Justiça**.



- Telefone para 1-855-781-9898, de segunda a sexta-feira, das 9 am às 4 pm. Pessoas surdas, com incapacidade auditiva ou com incapacidade de fala devem utilizar o MassRelay via 711 para telefonar para 1-855-781-9898 ou Videofone (VP) 339-224-6831.
- Envie um email para info@myombudsman.org.
- Aceda ao Provedor de Justiça online em www.myombudsman.org.
- Escreva ou visite o escritório do Provedor de Justiça (My Ombudsman) em 25 Kingston Street, 4th floor, Boston, MA 02111.

Consulte o website do Provedor de Justiça ou contacte-o diretamente para obter informações atualizadas sobre a localização, consultas e o horário de funcionamento.

- Telefone para o **State Health Insurance Assistance Program [Programa Estadual de Assistência a Seguros de Saúde, SHIP]** para obter assistência gratuita. No Massachusetts, o SHIP chama-se SHINE. O SHINE é uma organização independente. Não está relacionado com este plano. O número de telefone é SHINE é 1-800-243-4636. TTY (para pessoas surdas, com incapacidade auditiva ou com dificuldade de fala): 1-800-439-2370 (apenas Massachusetts).
- Converse com **o seu médico ou outro prestador**. O seu médico ou outro prestador pode solicitar uma decisão de cobertura ou recorrer em seu nome e agir como o seu representante.
- Fale com um **amigo ou familiar** e peça-lhe para agir por si. Pode nomear outra pessoa para agir em seu nome como o seu representante no que se refere a solicitar uma decisão de cobertura ou apresentar um recurso.
 - Se quiser que um amigo, familiar ou outra pessoa além do seu prestador seja seu representante, telefone para o Serviço de Apoio a Associados e peça o formulário de “Nomeação do Representante”. Também pode obter o formulário acedendo a: www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf ou no nosso website em www.ccama.org.
 - O formulário dá à pessoa autorização para agir por si. É necessário que nos forneça uma cópia do formulário assinado. O seu representante designado terá os mesmos direitos que você no que se refere a solicitar uma decisão de cobertura ou a apresentar um recurso. Não é necessário que faculte este



formulário para que o seu médico ou outro prestador de cuidados de saúde atue como seu representante.

- **O associado também tem o direito de solicitar a um representante legal** para agir em seu nome. Pode telefonar para o seu próprio representante legal ou obter o nome de um representante legal junto da Ordem dos Advogados local ou noutra serviço de referência. O nosso plano não lhe pagará um representante legal. Alguns grupos jurídicos irão oferecer-lhe serviços jurídicos gratuitos, se você se qualificar. Se pretende que um representante legal o represente, será necessário preencher o formulário de Nomeação de Representante.
 - No entanto, **não tem de ter um representante legal** para solicitar qualquer tipo de decisão de cobertura ou para apresentar um recurso.

D3. Use a secção apropriada deste capítulo, que o ajudará

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 para ajudá-lo a encontrar as regras que é necessário que siga. **Só precisa de ler a secção que se aplica ao seu problema:**

- A Secção E na página 189 fornece informações se tiver dificuldades sobre serviços, produtos e alguns medicamentos (medicamentos que **não** sejam do Part D). Por exemplo, use esta secção se:
 - Não está a receber um serviço, equipamento ou medicamento que pretende e acredita que o nosso plano cobre esses cuidados.
 - Não aprovámos serviços, produtos ou medicamentos que o seu prestador de cuidados de saúde lhe queria administrar e você acredita que estes cuidados devem ser cobertos e que são medicamente necessários.
 - **NOTA:** use a Secção E apenas se forem medicamentos **não** cobertos pelo Part D. Os medicamentos na **Lista de Medicamentos Cobertos**, também conhecidos como Lista de Medicamentos, com um PD **não** estão cobertos pelo Part D. Consulte a Secção F, na página 204, para recursos relacionados com medicamentos do Part D.
 - O associado recebeu e pagou por serviços, produtos ou medicamentos que pensava estarem cobertos e pretende pedir-nos para o reembolsar.
 - **NOTA:** para obter mais informações sobre as regras a seguir para que o nosso plano pague os seus cuidados de saúde, consulte o Capítulo 3, Secção B.



- Informámo-lo de que a cobertura de cuidados que tem estado a receber será reduzida ou interrompida, e você discorda da nossa decisão.
 - **NOTA:** se a cobertura que será interrompida for de cuidados hospitalares, cuidados de saúde ao domicílio, cuidados de instalação de enfermagem especializada ou serviços Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility [Instalação Abrangente de Reabilitação em Ambulatório, CORF], terá de ler uma secção separada deste capítulo, uma vez que a estes tipos de serviços se aplicam regras especiais. Consulte as Secções G e H nas páginas 216 e 223.
- Um pedido de decisão de cobertura poderá ser recusado imediatamente, o que significa que não analisaremos a solicitação. Exemplos de quando podemos rejeitar o seu pedido são: se o seu pedido estiver incompleto, se alguém fizer o pedido por si, mas não nos tiver dado provas de que concordou em permitir que terceiros fizessem o pedido, ou se solicitar que o seu pedido seja retirado. Se rejeitarmos imediatamente um pedido de decisão de cobertura, enviaremos um aviso a explicar o porquê e como solicitar uma revisão da rejeição. Esta revisão é um processo formal chamado recurso.
- A Secção F na página 204 fornece informações sobre os medicamentos do Part D. Por exemplo, use esta secção se:
 - O associado pretende que abramos uma exceção para cobrir um medicamento do Part D que não consta na nossa Lista de Medicamentos.
 - O associado pretende solicitar-nos que lhe demos isenção relativamente aos limites da quantidade que pode obter de um medicamento.
 - O associado pretende pedir-nos para cobrir um medicamento que requer aprovação prévia.
 - Não aprovámos o seu pedido ou exceção e você ou o seu médico ou outro prescritor considera que deveríamos tê-lo feito.
 - O associado pretende pedir-nos para pagarmos um medicamento prescrito que já comprou. (Trata-se de pedir uma decisão de cobertura sobre pagamento.)
- A Secção G na página 215 fornece informações sobre como solicitar-nos uma cobertura de internamento hospitalar mais longa. Use esta secção se estiver no hospital e considerar que o prestador de cuidados de saúde lhe pediu para sair do hospital demasiado cedo.



- A Secção H na página 223 fornece-lhe informações se considerar que os seus cuidados de saúde ao domicílio, cuidados prestados por uma instalação de enfermagem especializada e serviços Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility [Instalação Abrangente de Reabilitação em Ambulatório, CORF] estão a terminar demasiado cedo.

Se não tiver a certeza da secção que deve utilizar, telefone para o Serviço de Apoio a Associados através do número 866-610-2273 (TTY 711).

Se precisar de mais assistência ou informações, telefone para o Provedor de Justiça através do número 1-855-781-9898 (ou use MassRelay via 711 para telefonar para 1-855-781-9898 ou Videofone (VP) 339-224-6831) ou envie um email para info@myombudsman.org.

E. Problemas com serviços, produtos e medicamentos (exceto medicamentos do Part D)

E1. Quando utilizar esta secção

Esta secção descreve o que fazer se tiver dificuldades relativamente aos benefícios dos seus cuidados médicos, cuidados de saúde comportamental e serviços e cuidados continuados (LTSS). Também pode utilizar esta secção em caso de problemas com medicamentos que **não** são cobertos pelo Part D, incluindo medicamentos do Medicare Part B. Os medicamentos na Lista de Medicamentos com um DP **não** são abrangidos pelo Part D. Utilizar a Secção F para recursos de medicamentos do Part D.

Esta secção informa o que poderá fazer se:

1. O associado acha que cobrimos um serviço médico, de saúde comportamental ou LTSS de que você necessita, mas que não está a receber.

O que pode fazer: Pode pedir-nos para tomarmos uma decisão de cobertura. Consulte a Secção E2 na página 184 abaixo para obter informações sobre como solicitar uma decisão de cobertura.

2. Não aprovámos os cuidados que o seu médico ou prestador pretendia administrar-lhe e acha que deveríamos tê-lo feito. Ou reduzimos ou interrompemos a sua cobertura relativamente a um determinado serviço e você discorda da nossa decisão.

O que pode fazer: o associado pode recorrer da nossa decisão. Consulte a Secção E3 na página 186 para obter informações sobre como apresentar um recurso.

NOTA: se a cobertura que será interrompida for para cuidados hospitalares, cuidados de saúde ao domicílio, cuidados de instalação de enfermagem especializada ou serviços Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility [Instalação Abrangente de



Reabilitação em Ambulatório, CORF], aplicam-se regras especiais. Leia as Seções G ou H nas páginas 208 e 220 para saber mais.

3. Recebeu e pagou por serviços ou produtos que achava que estavam cobertos e pretende que o reembolsemos pelos serviços ou produtos.

O que pode fazer: pode pedir-nos para o reembolsarmos. Consulte a Secção E5 na página 195 para obter informações sobre como nos solicitar pagamento.

E2. Solicitar uma decisão de cobertura

Para solicitar uma decisão de cobertura, ligue-nos, escreva-nos, envie um fax ou peça ao seu representante ou prestador para nos solicitar uma decisão. Também pode falar com o seu Parceiro de Cuidados ou outro membro da sua equipa de cuidados.

- Pode contactar-nos através de: 866-610-2273 (TTY 711)
- Pode enviar-nos um fax para: 857-453-4517
- Pode escrever-nos para: Commonwealth Care Alliance, Inc.
Member Services Department
30 Winter Street
Boston, MA 02108

Quanto tempo demora a tomar uma decisão de cobertura?

Geralmente, demora até 14 dias após a sua solicitação, a menos que a sua solicitação seja para um medicamento prescrito do Medicare Part B. Se o seu pedido for para um medicamento prescrito do Medicare Part B, dar-lhe-emos uma decisão no prazo máximo de 72 horas após a receção do seu pedido. Se não o informarmos da nossa decisão num prazo de 14 dias (ou 72 horas para um medicamento sujeito a receita médica do Medicare Part B), poderá recorrer.

Por vezes, precisamos de mais tempo e enviar-lhe-emos uma carta informando que demoraremos até 14 dias adicionais. A carta irá explicar por que motivo é necessário mais tempo. Não podemos demorar mais tempo a tomar uma decisão se o seu pedido for relativo a um medicamento sujeito a receita médica do Medicare Part B.

Posso obter uma decisão de cobertura mais rapidamente?

Sim. Se precisar de uma resposta mais rápida devido à sua saúde, peça-nos para tomarmos uma “decisão de cobertura rápida” Se aprovarmos o pedido, iremos notificá-lo da nossa decisão no prazo de 72 horas (ou no prazo de 24 horas no caso de um medicamento sujeito a receita médica do Medicare Part B).

No entanto, por vezes precisamos de mais tempo e, se isso acontecer, enviar-lhe-emos uma carta a informá-lo de que demoraremos até 14 dias adicionais. A carta irá explicar por que



motivo é necessário mais tempo. Não podemos demorar mais tempo a tomar uma decisão se o seu pedido for relativo a um medicamento sujeito a receita médica do Medicare Part B.

O termo jurídico da “decisão de cobertura rápida” é “**determinação acelerada**”.

Para solicitar uma decisão de cobertura rápida:

- Comece por telefonar ou enviar um fax ao nosso plano por para nos pedir para cobrir os cuidados que pretende.
- Ligue para 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. Ou envie um fax para 857-453-4517. Para obter dados sobre como contactar-nos, consulte o Capítulo 2, Secção A.
- Também pode pedir ao seu prestador ou representante para nos telefonar.

Quais são as regras para solicitar uma decisão de cobertura rápida?

Pode obter uma decisão de cobertura rápida apenas se satisfazer os dois requisitos a seguir:

1. Está a fazer uma solicitação relativa a cuidados que ainda não recebeu.. (não pode pedir uma decisão de cobertura rápida se a sua solicitação for sobre cuidados que já recebeu.)
2. O prazo normal de 14 dias (ou o prazo de 72 horas para medicamentos sujeitos a receita médica do Medicare Part B) pode causar danos graves à sua saúde ou prejudicar a sua capacidade de funcionar.
 - Se o seu prestador disser que você necessita de uma decisão de cobertura rápida, dar-lhe-emos automaticamente uma decisão de cobertura rápida.
 - Se solicitar uma decisão de cobertura rápida sem a assistência do seu prestador, nós decidiremos se obterá uma decisão de cobertura rápida.
 - Se decidirmos não lhe dar uma decisão de cobertura rápida, seguiremos o prazo normal de 14 dias (ou o prazo de 72 horas para medicamentos sujeitos a receita médica do Medicare Part B). Também lhe enviaremos uma carta.
 - Esta carta dir-lhe-á que se o seu prestador solicitar uma decisão de cobertura rápida, dar-lhe-emos automaticamente uma decisão de cobertura rápida.
 - A carta também lhe dirá como poderá registar uma “reclamação rápida” sobre a nossa decisão de lhe dar uma decisão de cobertura normal em vez de uma decisão de cobertura rápida. Para obter mais informações sobre o processo de



apresentação de reclamações, incluindo reclamações rápidas, consulte a Secção J na página 230.

Como posso saber a resposta do plano sobre a minha decisão de cobertura?

O plano enviar-lhe-á uma carta a informá-lo se aprovámos ou não a cobertura.

E se a decisão de cobertura for Não?

Se a sua resposta for **Não**, a carta que lhe enviamos explicará as nossas razões para dizer **Não**.

- Se dissermos **Não**, você tem o direito de nos pedir para alterarmos esta decisão através da apresentação de um recurso. Apresentar um recurso significa pedir-nos para rever a nossa decisão de recusar cobertura.
- Se decidir recorrer da decisão de cobertura, significa que está a recorrer para o Nível 1 do processo de recurso (leia a próxima secção para obter mais informações).

E3. Recurso de Nível 1 para serviços, produtos e medicamentos (exceto medicamentos do Part D)

O que é um recurso?

Um recurso é um modo formal de nos pedir para revermos uma decisão de cobertura ou qualquer Ação Adversa que tenhamos tomado. Se você ou o seu prestador de cuidados de saúde discordarem da nossa decisão, poderá recorrer. Em todos os casos, tem de iniciar o seu recurso no Nível 1 junto do nosso plano.

Se precisar de assistência durante o processo de recurso, poderá telefonar para o Provedor de Justiça através do número 1-855-781-9898 (ou utilizar MassRelay via 711 para telefonar para 1-855-781-9898 ou Videofone (VP) 339-224-6831). O Provedor de Justiça não está ligado a nós nem a qualquer companhia de seguros ou plano de saúde.

O que é uma Ação Adversa?

Uma Ação Adversa é uma ação ou falta de ação, da parte do nosso plano, da qual pode recorrer. Tal inclui:

- Negámos um serviço ou equipamento que o seu prestador solicitou ou aprovámos o serviço ou equipamento de forma limitada;
- Reduzimos, suspendemos ou encerrámos uma cobertura que já tínhamos aprovado;



- Não pagámos por um serviço ou equipamento que você considera que está coberto pelo nosso plano;
- Não resolvemos o seu pedido de autorização dentro dos prazos requeridos;
- Se não conseguir obter um serviço ou equipamento coberto de um prestador da nossa rede num período razoável; **ou**
- Não respeitámos os prazos para rever e dar-lhe uma decisão de cobertura.

O que é um Recurso de Nível 1?

Um Recurso de Nível 1 é o primeiro recurso perante o nosso plano. Iremos rever a nossa decisão de cobertura para verificar se está correta. O revisor será alguém que não tomou a decisão de cobertura original.

Pode solicitar-nos um “Recurso normal” ou um “Recurso rápido” Quando concluirmos a análise, informá-lo-emos da nossa decisão por escrito.

Se o informarmos após a nossa análise de que o serviço ou equipamento não está coberto, você pode recorrer a um Recurso de Nível 2.

Como posso apresentar um Recurso de Nível 1?

- Para iniciar o seu recurso, o seu prestador ou o seu representante têm de nos contactar. Pode contactar-nos através do número 866-610-2273. Para obter dados adicionais sobre como nos contactar para fins de recursos, consulte o Capítulo 2, Secção A.
- Se estiver a solicitar um Recurso normal ou um Recurso rápido, poderá apresentar o seu recurso por escrito ou contactar-nos.

Resumindo: como apresentar um Recurso de Nível 1

O associado, o seu prestador ou o seu representante pode enviar-nos o seu pedido por escrito, enviando-o por correio ou por fax. Também pode apresentar um recurso telefonando-nos.

- Faça o pedido **no prazo de 60 dias** após a decisão de que está a recorrer. Se não cumprir o prazo por um motivo aceitável, poderá recorrer.
- Se recorrer porque o informámos de que um serviço que recebe atualmente será alterado ou interrompido, **tem menos dias para recorrer** se quiser continuar a receber esse serviço enquanto o seu recurso está a ser tratado.
- Continue a ler esta secção para saber que prazo se aplica ao seu recurso.



- Pode enviar um pedido para o seguinte endereço:

Commonwealth Care Alliance, Inc.
Appeals & Grievances Department [Departamento de Recursos e Reclamações]
30 Winter Street
Boston, MA 02108

- Ligue para o Serviço de Apoio a Associados através do número 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana.

O termo jurídico para “Recurso rápido” é “reconsideração acelerada”.

Pode outra pessoa apresentar o Recurso de Nível 1 por mim?

Sim. O seu prestador pode solicitar o recurso em seu nome. Se quiser que alguém além do seu prestador apresente o recurso por si, tem primeiro de preencher um formulário de Nomeação de Representante. O formulário dá autorização à outra pessoa para agir por si.

Telefone para o Serviço de Apoio a Associados e solicite um formulário de nomeação de representante ou acesse a www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf ou ao nosso website em www.ccama.org.

Se o recurso for enviado por alguém além de si ou do seu prestador, temos de receber o formulário de Nomeação de Representante preenchido antes de podermos analisar o seu pedido.

Se não recebermos este formulário e alguém estiver a agir em seu nome, o seu pedido de recurso será indeferido. Se isto acontecer, tem o direito de pedir a outra pessoa que reveja o nosso despedimento. Enviaremos um aviso por escrito a explicar o seu direito de solicitar à Organização de Revisão Independente que analise a nossa decisão de indeferir o seu recurso.

Quanto tempo tenho para apresentar um Recurso de Nível 1?

É necessário que você solicite um recurso no **prazo de 60 dias** a partir da data da carta que enviámos para informá-lo sobre a nossa decisão de cobertura.

Se não cumprir este prazo e tiver um motivo aceitável para tal, podemos dar-lhe mais tempo para apresentar o seu recurso. Entre os exemplos de um motivo aceitável incluem-se: você teve uma doença grave ou fornecemos informações incorretas sobre o prazo para apresentar um recurso. O associado deve explicar o motivo pelo qual o seu recurso está atrasado quando apresentar o seu recurso.



NOTA: se recorrer porque o informámos de que um serviço que recebe atualmente será alterado ou interrompido, **tem menos dias para recorrer** se quiser continuar a receber esse serviço enquanto o seu recurso está a ser tratado. Leia “Continuarei a receber os meus benefícios durante um Recurso de Nível 1” na página 197 para obter mais informações.

Posso obter uma cópia do meu processo?

Sim. Pode pedir para consultar os registos médicos e outros documentos utilizados para tomar a nossa decisão em qualquer momento. Sem nenhum custo para si, também pode solicitar uma cópia das diretrizes que usámos para tomar a nossa decisão. Solicite estas informações telefonando para o Serviço de Apoio a Associados através do número 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana.

Pode o meu prestador fornecer-vos mais informações para justificar o meu Recurso de Nível 1?

Sim. O associado e o seu prestador podem fornecer-nos mais informações para justificar o seu recurso.

Como tomaremos a decisão de Recurso de Nível 1?

Analisamos cuidadosamente todas as informações sobre o seu pedido de cobertura de cuidados médicos. Depois, verificamos se cumprimos todas as regras quando **recusámos** o seu pedido. O revisor será alguém que não tomou a decisão original.

Se precisarmos de mais informações, poderemos solicitá-las a si ou ao seu prestador.

Quando e como irei saber qual foi a decisão normal de Recurso de Nível 1?

Temos de lhe entregar a nossa resposta no prazo de 30 dias após termos recebido o seu recurso (ou no prazo de 7 dias após termos recebido o seu recurso relativamente a um medicamento sujeito a receita médica do Medicare Part B). Esta regra aplica-se se tiver enviado o seu recurso antes de receber serviços ou produtos. Informá-lo-emos da nossa decisão mais cedo se o seu estado de saúde assim o requerer.

- No entanto, se solicitar mais tempo, ou se precisarmos de recolher mais informações, poderemos demorar até 14 dias adicionais. Se decidirmos que precisamos de mais dias para tomar uma decisão, enviar-lhe-emos uma carta a explicar porque precisamos de mais tempo. Não poderemos demorar mais tempo a tomar uma decisão se o seu Recurso for de um medicamento sujeito a receita médica do Medicare Part B.



- Se considerar que não devemos demorar mais, poderá apresentar uma “reclamação rápida” sobre a nossa decisão de demorar mais. Quando registar uma reclamação rápida, forneceremos uma resposta à sua reclamação no prazo de 24 horas. Para obter mais informações sobre o processo de apresentação de reclamações, incluindo reclamações rápidas, consulte a Secção J na página 230.
- Se não lhe dermos uma resposta ao seu recurso no prazo de 30 dias (ou no prazo de 7 dias após termos recebido o seu Recurso de um medicamento sujeito a receita médica do Medicare Part B) ou no fim dos dias adicionais (se os tivermos usado), o seu caso irá automaticamente para o Nível 2 do processo de recurso se o serviço ou equipamento for normalmente coberto pelo Medicare ou pelo Medicare e pelo MassHealth. O associado será notificado se isso acontecer. Se o seu problema for relativo à cobertura de um serviço ou equipamento do MassHealth, poderá apresentar um Recurso de Nível 2. Para obter mais informações sobre o processo de Recurso de Nível 2, consulte a Secção E4 na página 197.

Enviar-lhe-emos uma carta com a nossa resposta sobre o seu recurso.

Se a nossa resposta for afirmativa a uma parte ou à totalidade do que nos solicitou, temos de aprovar ou dar essa cobertura. Temos de aprovar ou oferecer cobertura para um medicamento sujeito a receita médica do Medicare Part B no prazo de 7 dias após a receção do seu Recurso.

Se a nossa resposta for Não a uma parte ou à totalidade do que nos solicitou, enviar-lhe-emos uma carta. Se o serviço ou equipamento for habitualmente pago pelo Medicare ou pelo Medicare e pelo MassHealth, a carta que lhe enviarmos irá informá-lo de que enviámos o seu caso à Entidade de Revisão Independente para um Recurso de Nível 2. Se o serviço ou equipamento for habitualmente pago pelo MassHealth, a carta também o informará de que pode solicitar um Recurso de Nível 2 ao MassHealth Board of Hearings (Conselho de Audiências do MassHealth). Para obter mais informações sobre o processo de Recurso de Nível 2, consulte a Secção E4 na página 197.

Quando e como irei saber qual foi a decisão rápida de Recurso de Nível 1?

Se receber um Recurso rápido, dar-lhe-emos a nossa resposta no prazo de 72 horas após a receção do seu Recurso. Caso o seu estado de saúde exija que o façamos, dar-lhe-emos a nossa resposta antes de decorridas 72 horas.

- No entanto, se solicitar mais tempo, ou se precisarmos de recolher mais informações, poderemos demorar até 14 dias adicionais. Se decidirmos demorar mais dias para tomar a decisão, enviar-lhe-emos uma carta a explicar porque precisamos de mais tempo. Não podemos demorar mais para tomar uma decisão se a sua solicitação for relativa a um medicamento sujeito a receita médica do Medicare Part B.



- Se considerar que não devemos demorar mais, poderá apresentar uma “reclamação rápida” sobre a nossa decisão de demorar mais. Quando registar uma reclamação rápida, forneceremos uma resposta à sua reclamação no prazo de 24 horas. Para obter mais informações sobre o processo de apresentação de reclamações, incluindo reclamações rápidas, consulte a Secção J na página 230.
- Se não lhe dermos uma resposta ao seu recurso no prazo de 72 horas ou até ao fim dos dias extra (se os tivermos usado), o seu caso irá automaticamente para o Nível 2 do processo de recurso se o serviço ou equipamento for normalmente coberto pelo Medicare ou pelo Medicare e pelo MassHealth. O associado será notificado se isso acontecer. Se o seu problema for relativo à cobertura de um serviço ou equipamento do MassHealth, poderá apresentar um Recurso de Nível 2. Para obter mais informações sobre o processo de Recurso de Nível 2, consulte a Secção E4 na página 197.

Enviar-lhe-emos uma carta com a nossa resposta sobre o seu recurso.

Se a nossa resposta for afirmativa a uma parte ou à totalidade do que nos solicitou, temos de aprovar ou dar essa cobertura.

Se a nossa resposta for Não a uma parte ou à totalidade do que nos solicitou, enviar-lhe-emos uma carta. Se o serviço ou equipamento for habitualmente pago pelo Medicare ou Medicare e pelo MassHealth, a carta que lhe enviamos irá informá-lo de que enviámos o seu caso à Entidade de Revisão Independente para um Recurso de Nível 2. Se o serviço ou equipamento for habitualmente pago pelo MassHealth, a carta também o informará de que pode solicitar um Recurso de Nível 2 à MassHealth Board of Hearings (Conselho de Audiências do MassHealth). Para obter mais informações sobre o processo de Recurso de Nível 2, consulte a Secção E4 na página 197.

Continuarei a receber os meus benefícios durante um Recurso de Nível 1?

Se estiver a recorrer para obter um novo serviço do nosso plano, não obterá esse serviço a menos que o seu recurso esteja concluído e a nossa decisão seja que o serviço é coberto.

Se estiver a recorrer porque decidimos alterar ou interromper um serviço que foi previamente aprovado, tem o direito de continuar a obter esse serviço do nosso plano durante o seu recurso. Antes de alterarmos ou interrompermos um serviço, enviar-lhe-emos uma notificação. Se não concordar com a ação descrita no aviso, poderá apresentar um Recurso de Nível 1 e pedir-nos que continuemos a fornecer-lhe os seus benefícios relativamente ao serviço. Para poder continuar a receber os seus benefícios, **tem de realizar o pedido até ao dia, inclusive, em que ocorra a mais tardia das seguintes ocorrências:**

- No prazo de 10 dias a contar da data de envio da nossa notificação de ação; **ou**



- A data de entrada em vigor pretendida da ação.

Se cumprir este prazo, poderá continuar a receber o serviço contestado enquanto o seu recurso estiver a ser tratado. Se os seus benefícios continuarem a ser-lhe prestados e o resultado final do recurso mantiver a nossa ação, poderemos recuperar o custo dos serviços prestados enquanto o recurso estiver pendente.

- Se quiser continuar os seus benefícios enquanto o seu recurso estiver pendente:
 - Telefone para o Serviço de Apoio a Associados através do 866-610-2273 (TTY 711); **ou**
 - Também pode obter ajuda adicional junto de My Ombudsman (Provedor de Justiça) telefonando para o número 1-855-781-9898 (ou utilizar MassRelay via 711 para telefonar para 1-855-781-9898, Videofone (VP) 339-224-6831) ou enviando um e-mail para info@myombudsman.org.

E4. Recurso de Nível 2 para serviços, produtos e medicamentos (exceto medicamentos do Part D)

Se o plano disser Não no Nível 1, o que acontece a seguir?

Se dissermos **Não** a uma parte ou à totalidade do seu Recurso de Nível 1, enviar-lhe-emos uma carta. Esta carta irá informá-lo se o seu recurso é relativo a um serviço ou equipamento coberto pelo Medicare, pelo Medicare e pelo MassHealth ou apenas pelo MassHealth. Esta carta irá informá-lo sobre como apresentar um Recurso de Nível 2 e descreverá o processo de Recurso de Nível 2.

O que é um Recurso de Nível 2?

Um Recurso de Nível 2 é um segundo recurso, que é tratado por uma organização independente que não está ligada ao plano. A organização de Recurso de Nível 2 do Medicare chama-se Independent Review Entity [IRE, entidade de revisão independente]. A IRE é uma organização independente contratada pelo Medicare. Não é uma agência governamental. O Medicare supervisiona o seu trabalho. A organização de Recursos de Nível 2 do MassHealth é denominada MassHealth Board of Hearings [Comissão de Audiências do MassHealth].

O associado tem direitos de recurso relativamente ao Medicare e o MassHealth. Os serviços e produtos que pode obter no âmbito do nosso plano são cobertos apenas pelo Medicare, apenas pelo MassHealth ou pelo Medicare e pelo MassHealth.

- Quando um serviço ou equipamento é coberto apenas pelo Medicare, você **automaticamente** obterá um Recurso Medicare de Nível 2 da IRE se a resposta ao seu Recurso de Nível 1 tiver sido Não.



- Quando um serviço ou equipamento é coberto apenas pelo MassHealth, **você tem de apresentar** um Recurso de Nível 2 à Comissão de Audiências do MassHealth se a resposta ao seu Recurso de Nível 1 foi **Não** e pretende recorrer novamente.
- Quando um serviço ou equipamento é coberto pelo **Medicare e pelo MassHealth**, obterá **automaticamente** um Recurso Medicare de Nível 2 da IRE se a resposta ao seu Recurso de Nível 1 tiver sido **Não**. **Também pode solicitar** um Recurso de Nível 2 ao Conselho de Audiências do MassHealth.

Para garantir que os recursos de Nível 2 são justos e não demoram demasiado, existem algumas regras, procedimentos e prazos que têm de ser seguidos por nós e por si.

Quais são as regras para apresentar um Recurso de Nível 2 à Comissão de Audiências do MassHealth?

O associado tem de apresentar um Recurso de Nível 2 à Comissão de Audiências do MassHealth **no prazo de 120 dias** a partir da data da nossa carta informando sobre a nossa decisão de Recurso de Nível 1. A carta dir-lhe-á como apresentar um Recurso de Nível 2 à Comissão de Audiências:

- A Comissão de Audiências do MassHealth não está ligada ao CCA One Care.
- O associado pode pedir uma cópia do seu ficheiro.

Para apresentar um Recurso de Nível 2 da Comissão de Audiências, tem de preencher um Formulário de Solicitação de Audiência Justa (Fair Hearing Request Form). Pode obter o formulário:

- Online em: www.mass.gov/files/documents/2016/07/rq/fair-hearing.pdf
- Ligando para o Serviço de Atendimento ao Cliente do MassHealth através do número 1-800-841-2900, TTY 1-800-497-4648 (para pessoas surdas, com dificuldade auditiva ou incapacidade na fala).

A Comissão de Audiências tem de dar-lhe uma resposta ao seu Recurso de Nível 2 no prazo de 30 dias a contar da data de apresentação do seu recurso. Se a Comissão de Audiências necessitar de recolher mais informações que possam ajudá-lo, podem ser necessários até 14 dias adicionais.

Se apresentou um “Recurso rápido” no Nível 1, terá automaticamente um Recurso rápido no Nível 2. A Comissão de Audiências tem de lhe dar uma resposta no prazo de 72 horas após a apresentação do seu recurso. Se a Comissão de Audiências necessitar de recolher mais informações, podem ser necessários até 14 dias adicionais.



Quais são as regras para obter um Recurso da Entidade de Revisão Independente do Medicare?

Se dissermos **Não** a uma parte ou à totalidade do seu recurso no Nível 1 e o serviço ou equipamento for habitualmente coberto pelo Medicare ou pelo Medicare e pelo MassHealth, você receberá **automaticamente** um Recurso de Nível 2 da Independent Review Entity [IRE, entidade de revisão independente]. A IRE analisará cuidadosamente a decisão de Nível 1 e decidirá se é necessário ser alterada.

- Enviaremos automaticamente quaisquer recusas (totais ou parciais) para a IRE. O associado será notificado se isso acontecer. Não é necessário que você apresente o Recurso de Nível 2 relativamente a serviços e produtos cobertos pelo Medicare.
- A IRE é contratada pelo Medicare e não está ligada a este plano.
- Também pode solicitar-nos uma cópia do ficheiro, telefonando para o Serviço de Apoio a Associados através do número 866-610-2273 (TTY 711).

A IRE tem de dar-lhe uma resposta ao seu Recurso de Nível 2 no prazo de 30 dias a partir da data de receção do seu recurso (ou no prazo de 7 dias a partir da data de receção do seu recurso relativamente a um medicamento sujeito a receita médica do Medicare Part B). Esta regra aplica-se se tiver apresentado o seu recurso antes de obter serviços ou produtos médicos.

- Se a IRE precisar de recolher mais informações que possam ajudá-lo, podem ser necessários até 14 dias adicionais. Se a IRE decidir demorar mais dias a tomar uma decisão, informá-lo-á por carta. A IRE não pode demorar mais tempo a tomar uma decisão se o seu recurso for relativo a um medicamento sujeito a receita médica do Medicare Part B.

Se apresentou um “Recurso rápido” no Nível 1, terá automaticamente um Recurso rápido no Nível 2. A IRE tem de lhe dar uma resposta no prazo de 72 horas após a apresentação do seu recurso.

- Se a IRE precisar de recolher mais informações que possam ajudá-lo, podem ser necessários até 14 dias adicionais. Se a IRE decidir demorar mais dias a tomar uma decisão, informá-lo-á por carta. A IRE não pode demorar mais tempo a tomar uma decisão se o seu recurso for relativo a um medicamento sujeito a receita médica do Medicare Part B.



Continuarei a receber os meus benefícios durante o Recurso de Nível 2?

Se o seu problema for relativo a um serviço **coberto apenas pelo Medicare**, os seus benefícios relativos a esse serviço **não** continuarão a ser entregues durante o processo de Recurso de Nível 2 junto da Entidade de Revisão Independente.

Se o seu problema for relativo a um serviço **coberto pelo MassHealth ou pelo Medicare e pelo MassHealth**, os seus benefícios para esse serviço continuarão durante o processo de Recurso de Nível 2 se:

- Está a recorrer porque decidimos reduzir ou terminar um serviço que já estava a receber, **E**
- O associado apresenta um Recurso de Nível 2 à Comissão de Audiências do MassHealth.

Para obter um serviço enquanto está a recorrer, tem de:

- Pedir à Comissão de Audiências do MassHealth que analise o seu recurso no prazo de 10 dias após a receção da nossa carta sobre a decisão de Recurso de Nível 1.
- Informar o MassHealth Board of Hearings de que pretende que o nosso plano continue a prestar-lhe o serviço enquanto está a recorrer.

Se continuar a receber serviços durante o processo de recurso junto da Comissão de Audiências e a decisão não for a seu favor, poderá ter de pagar o custo desses serviços.

Se não solicitar que a Comissão de Audiências do MassHealth analise o seu recurso, não receberá o serviço durante o seu recurso.

Se estiver a recorrer para obter um novo serviço, não receberá esse serviço enquanto estiver a recorrer, mesmo que solicite um recurso à Comissão de Audiências do MassHealth.

Como vou saber qual foi a decisão?

Se o seu Recurso de Nível 2 foi enviado à Comissão de Audiências do MassHealth, essa entidade enviar-lhe-á uma carta a explicar a sua decisão.

- Se o Conselho de Audiências responder **afirmativamente** a uma parte ou à totalidade do que solicitou, temos de aprovar o serviço ou equipamento para si no prazo de 72 horas.
- Se o Conselho de Administração responder **negativamente** a uma parte ou à totalidade do que pediu, isso significa que concorda com a decisão do Recurso de



Nível 1. A isso chama-se “manter a decisão” Também se chama “recusar o seu recurso”

Se o seu recurso foi enviado para a Independent Review Entity (IRE, entidade de revisão independente), a IRE enviar-lhe-á uma carta a explicar a respetiva decisão.

- Se a IRE responder **Sim** a uma parte ou à totalidade do que solicitou no seu recurso normal, temos de autorizar a cobertura de cuidados médicos no prazo de 72 horas ou fornecer-lhe o serviço ou equipamento no prazo de 14 dias a partir da data em que recebermos a decisão da IRE. Se apresentou um recurso rápido, temos de autorizar a cobertura de cuidados médicos ou prestar-lhe o serviço ou equipamento no prazo de 72 horas a partir da data em que recebemos a decisão da IRE.
- Se a IRE responder **Sim** a uma parte ou à totalidade do que solicitou no seu recurso habitual de um medicamento sujeito a receita médica do Medicare Part B, temos de autorizar ou fornecer o medicamento sujeito a receita médica do Medicare Part B no prazo de 72 horas após a decisão da IRE. Se apresentou um recurso rápido, temos de autorizar ou fornecer o medicamento sujeito a receita médica do Medicare Part B no prazo de 24 horas a partir da data em que recebermos a decisão da IRE.
- Se a IRE responder **Não** a uma parte ou à totalidade do que você pediu, isso significa que concorda com a decisão de Nível 1. A isso chama-se “manter a decisão” Também se chama “recusar o seu recurso”

E se eu recorrer à Comissão de Audiências e à Entidade de Revisão Independente e estas entidades tiverem decisões diferentes?

Se a Comissão de Audiências ou a Entidade de Revisão Independente decidirem **Sim** relativamente a uma parte ou à totalidade do que solicitou, iremos fornecer-lhe o serviço ou equipamento aprovado que esteja mais próximo do que solicitou no seu recurso.

Se a decisão for Não relativamente a uma parte ou à totalidade do que pedi, posso apresentar outro Recurso?

- Se o seu Recurso de Nível 2 foi dirigido à Comissão de Audiências do MassHealth, ainda poderá recorrer junto do Commonwealth of Massachusetts Superior Court [Tribunal Superior da Commonwealth of Massachusetts].
- Se o seu Recurso de Nível 2 foi dirigido à Independent Review Entity (IRE, entidade de revisão independente), só pode recorrer novamente se o valor em



dólares do serviço ou equipamento que pretende for igual ou superior a um determinado valor mínimo. A carta que recebeu da IRE explicará os direitos adicionais de recurso que possa ter.

- Se o seu Recurso de Nível 2 foi dirigido ao Conselho de Audiências do MassHealth e à IRE, estão disponíveis ambas as opções de recurso adicional.

Consulte a Secção I na página 221 para obter mais informações sobre níveis adicionais de recurso.

E5. Problemas de pagamento

Relativamente ao One Care, existem regras para obter serviços e produtos. Uma das regras é que o serviço ou equipamento tem de ser coberto pelo nosso plano. Outra regra é que tem de receber o serviço ou equipamento de um dos prestadores da nossa rede. Consulte o Capítulo 3, Secção B para ler todas as regras. Se seguir todas as regras, pagaremos pelos seus serviços e produtos.

Se não tiver a certeza se pagaremos por um serviço ou equipamento que pretende receber ou por um prestador que pretende utilizar, **pergunte ao seu Parceiro de Cuidados ou Serviço de Apoio a Associados antes de obter o serviço**. O seu Parceiro de Cuidados ou o Serviço de Apoio a Associados dir-lhe-á se o plano pagará ou se você necessita de nos pedir uma decisão de cobertura.

Se optar por receber um serviço ou equipamento que possa não estar coberto pelo nosso plano, ou se receber um serviço ou equipamento de um prestador que não trabalha com o nosso plano, não pagaremos automaticamente pelo serviço ou equipamento. Nesse caso, você terá de pagar pelo serviço ou equipamento. Se isso acontecer e quiser pedir-nos o reembolso, comece por ler o Capítulo 7: “Solicitar-nos o pagamento de uma fatura que recebeu por serviços ou medicamentos cobertos.” O Capítulo 7 descreve as situações em que poderá ter de nos pedir reembolso ou que paguemos uma fatura que recebeu de um prestador. Informa-o também sobre como enviar-nos a documentação a solicitar pagamento.

E se eu seguir as regras para obter serviços e produtos, mas receber uma fatura de um prestador?

Não permitimos que os nossos prestadores da rede lhe faturem serviços e produtos cobertos. Tal aplica-se mesmo que paguemos ao prestador menos do que os custos do prestador por um serviço ou equipamento coberto. Nunca será obrigado a pagar o saldo de qualquer fatura.

Se receber uma fatura por serviços e produtos cobertos, envie-nos essa fatura. **Não deve pagar a fatura**. Contactaremos o prestador diretamente e trataremos do problema.



Posso pedir-vos que me reembolsem por um serviço ou equipamento que paguei?

Lembre-se de que, se receber uma fatura por serviços e equipamentos cobertos, não deverá pagar a fatura. Mas, se pagar a fatura, poderá obter um reembolso se tiver seguido as regras para obtenção de serviços e produtos.

Ao solicitar um reembolso, está a solicitar uma decisão de cobertura. Decidiremos se o serviço ou equipamento que pagou é um serviço ou equipamento coberto e verificaremos se seguiu todas as regras de utilização da sua cobertura.

- Se o serviço ou equipamento que pagou estiver coberto e tiver seguido todas as regras, enviar-lhe-emos o pagamento pelo serviço ou equipamento no prazo de 60 dias após a receção do seu pedido.
 - Se ainda não pagou pelo serviço ou equipamento, enviaremos o pagamento diretamente ao prestador. Enviarmos o pagamento é o mesmo que responder “sim” ao seu pedido de decisão de cobertura.
- Se o serviço ou equipamento não estiver coberto, ou se você **não** tiver seguido todas as regras, enviar-lhe-emos uma carta a informá-lo de que não pagaremos o serviço ou equipamento e explicaremos porquê.

E se dissermos que não iremos pagar?

Se não concordar com a nossa decisão, **pode apresentar um recurso**.. Siga o processo de recurso descrito na Secção E3 na página 186. Ao seguir estas instruções, tenha em atenção ao seguinte:

- Se apresentar um recurso para ser reembolsado, teremos de o informar da nossa decisão num prazo de 60 dias após a receção do seu recurso.
- Se nos estiver a pedir o reembolso do valor de um serviço ou equipamento que já recebeu e pagou, não poderá apresentar um Recurso rápido.

Se respondermos **Não** ao seu recurso e o serviço ou equipamento estiver coberto pelo Medicare, enviaremos automaticamente o seu caso para a Independent Review Entity (IRE, entidade de revisão independente). Iremos notificá-lo por carta se isso acontecer.

- Se a IRE reverter a nossa decisão e determinar que devemos pagar-lhe, teremos de enviar o pagamento para si, ou para o prestador, no prazo de 30 dias . Se a resposta ao seu recurso for **Sim** em qualquer fase do processo de recurso após o Nível 2, teremos de enviar o pagamento que solicitou para si ou para o prestador no prazo de 60 dias .



- Se a IRE responder **Não** ao seu recurso, isso significa que concorda com a nossa decisão de não aprovar o seu pedido. (a isso chama-se “manter a decisão”. Também se chama “recusar o seu recurso”.) A carta que receberá explicará os direitos de recurso adicionais que possa ter. Pode recorrer novamente apenas se o valor em dólares do serviço ou equipamento que pretende for igual ou superior a um determinado valor mínimo. Consulte a Secção I na página 221 para obter mais informações sobre níveis adicionais de recurso.

Se respondermos **Não** ao seu recurso e o serviço ou equipamento estiver coberto pelo MassHealth, não poderá recorrer à Comissão de Audiências do MassHealth no que se refere a recursos sobre pagamento.

F. Medicamentos do Part D

F1. O que fazer se tiver dificuldades em obter um medicamento do Part D ou se pretender que lhe devolvamos o valor de um medicamento do Part D

Os seus benefícios enquanto associado do nosso plano incluem cobertura para muitos medicamentos sujeitos a receita médica. A maioria destes medicamentos são “medicamentos do Part D” Existem alguns medicamentos que o Medicare Part D não cobre, mas que o MassHealth pode cobrir. **Esta secção aplica-se apenas aos recursos de medicamentos do Part D.**

A Lista de Medicamentos inclui alguns medicamentos com um PD. Esses medicamentos não são medicamentos do Part D. Os recursos ou decisões de cobertura sobre medicamentos com símbolo PD seguem o processo descrito na **Secção E** na página 183.

Posso solicitar uma decisão de cobertura ou apresentar um recurso relativamente a medicamentos sujeitos a receita médica do Part D?

Sim. Seguem-se alguns exemplos de decisões de cobertura que pode pedir-nos que tomemos sobre os seus medicamentos do Part D:

- Pede-nos para fazer uma exceção. Por exemplo:
 - Pede-nos para cobrir um medicamento do Part D que não consta na Lista de Medicamentos do plano; **ou**
 - Pede-nos para renunciar a uma restrição na cobertura do plano a um medicamento (como sejam limites na quantidade do medicamento que pode obter).
- O associado pergunta-nos se um medicamento está coberto no seu caso (por exemplo, quando o seu medicamento consta na Lista de Medicamentos do



plano, mas requeremos que obtenha aprovação da nossa parte antes de o cobrirmos no seu caso).

NOTA: se a sua farmácia lhe responder que a sua receita não pode ser aviada, receberá um aviso explicando como contactar-nos para solicitar uma decisão de cobertura.

- Pede-nos para pagarmos por um medicamento sujeito a receita médica que já comprou. Isso é pedir uma decisão de cobertura sobre o pagamento.

O **termo jurídico** para uma decisão de cobertura relativamente aos seus medicamentos do Part D é “**determinação de cobertura**”.

Se discordar de uma decisão de cobertura que tenhamos tomado, poderá recorrer da nossa decisão. Esta secção diz-lhe como solicitar decisões de cobertura e como apresentar um recurso.

A tabela abaixo ajuda-o a identificar a secção que contém informações sobre a sua situação.



Em qual destas situações você se encontra?			
Precisa de um medicamento que não consta na nossa Lista de Medicamentos ou precisa que o isentemos de uma regra ou restrição num medicamento que cobrimos?	Pretende que cubramos um medicamento na nossa Lista de Medicamentos e acredita que cumpre as regras ou restrições do plano (por exemplo, obtenção de aprovação prévia) relativamente ao medicamento de que necessita?	Pretende solicitar-nos o reembolso de um medicamento que já recebeu e pagou?	Já lhe dissemos que não iremos cobrir ou pagar um medicamento da forma que você pretende que seja coberto ou pago?
Pode pedir-nos para abrimos uma exceção. (Este é um tipo de decisão de cobertura.)	Pode pedir-nos uma decisão de cobertura.	Pode pedir-nos para o reembolsarmos. (Este é um tipo de decisão de cobertura.)	Pode apresentar um Recurso. (Isto significa que nos está a solicitar para reconsiderar.)
Comece pela Secção F2 na página 199. Consulte também as Seções F3 e F4 nas páginas 200 e 201.	Consulte a Secção F4 na página 201.	Consulte a Secção F4 na página 201.	Consulte a Secção F5 na página 204.



F2. O que é uma exceção

Uma exceção é uma autorização para obtenção de cobertura para um medicamento que normalmente não consta na nossa Lista de Medicamentos ou para utilização de um medicamento sem determinadas regras e limitações. Se um medicamento não constar na nossa Lista de Medicamentos ou não for coberto da forma que pretende, poderá solicitar que abramos uma exceção.

Quando pedir uma exceção, o seu médico ou outro prescritor terá de explicar os motivos médicos pelos quais necessita da exceção.

Seguem-se exemplos de exceções que você, o seu médico ou outro prescritor podem pedir-nos.

1. Cobrir um medicamento do Part D que não consta na nossa Lista de Medicamentos.

2. Remover uma restrição à nossa cobertura. Existem regras ou restrições extra que se aplicam a determinados medicamentos na nossa Lista de Medicamentos (para obter mais informações, consulte o Capítulo 5, Secção C).

- As regras e restrições de cobertura extra para determinados medicamentos incluem:
 - Ser obrigado a utilizar a versão genérica de um medicamento em vez do medicamento de marca.
 - Obter a aprovação do plano antes de concordarmos cobrir o medicamento para si. (Isto por vezes é denominado “autorização prévia” (PA, do inglês “prior authorization”).) Teremos de fornecer os critérios de necessidade médica para obter a aprovação do plano para um medicamento se você, o seu prestador ou o MassHealth nos solicitar esses critérios.
 - Ser obrigado a experimentar um medicamento diferente antes de concordarmos em cobrir o medicamento que esteja a solicitar. (Isso por vezes chama-se “terapêutica faseada”.)
 - Existência de limites de quantidade. No caso de alguns medicamentos, limitamos a quantidade do medicamento disponível para si.

O **termo jurídico** usado para pedir a remoção de uma restrição de cobertura para um medicamento é “**exceção ao formulário**”.



F3. Há coisas importantes a saber no que se refere a pedir exceções

O seu médico ou outro prescritor tem de nos informar os motivos clínicos

O seu médico ou outro prescritor tem de nos fornecer uma declaração explicando os motivos médicos para solicitar uma exceção. A nossa decisão sobre a exceção será mais rápida se você incluir esta informação do seu médico ou de outro prescritor quando solicitar a exceção.

Normalmente, a nossa Lista de Medicamentos inclui mais de um medicamento para o tratamento de uma condição específica. Estes medicamentos são denominados “alternativos”. Se um medicamento alternativo for tão eficaz como o medicamento que está a solicitar e não causar mais efeitos secundários ou outros problemas de saúde, geralmente **não** aprovaremos o seu pedido de exceção.

Responderemos Sim ou Não à sua solicitação de exceção

- Se dissermos **Sim** à sua solicitação de exceção, a exceção dura geralmente até ao fim do ano. Isto aplica-se desde que o seu prestador de cuidados de saúde continue a prescrever o medicamento e esse medicamento continue a ser seguro e eficaz para o tratamento da sua condição.
- Se respondermos **Não** ao seu pedido de exceção, poderá solicitar uma revisão da nossa decisão através da apresentação de um recurso. A secção F na página 211 explica como apresentar um recurso se respondermos **negativamente**.

A próxima secção explica como solicitar uma decisão de cobertura, incluindo uma exceção.



F4. Como solicitar uma decisão de cobertura relativamente a um medicamento do Part D ou a um reembolso de um medicamento do Part D, incluindo uma exceção

O que fazer

- Solicite o tipo de decisão de cobertura que pretende. Telefone, escreva ou envie um fax para fazer a sua solicitação. Isto pode ser feito por si, pelo seu representante ou pelo seu médico (ou outro prescriptor). Pode contactar-nos através do número 866-610-2273 (TTY 711). Inclua o seu nome, informações de contacto e informações sobre a reclamação.
- O associado, o seu médico (ou outro prescriptor) ou outra pessoa que esteja a agir em seu nome pode solicitar uma decisão de cobertura. Também pode ter um representante legal a agir em seu nome.
- Leia a Secção D na página 158 para ficar a saber como dar autorização a outra pessoa para atuar como seu representante.
- Não é necessário que entregue ao seu médico ou a outro prescriptor autorização por escrito para nos solicitar uma decisão de cobertura em seu nome.
- Se pretender solicitar-nos o reembolso do pagamento de um medicamento, leia o Capítulo 7, deste manual. O Capítulo 7 descreve as situações em que pode ter de pedir reembolso. Informa-o também sobre como enviar-nos a documentação em que nos pede para lhe reembolsarmos a nossa parte do custo de um medicamento que pagou.

Resumindo: como solicitar uma decisão de cobertura sobre um medicamento ou pagamento

Telefone, escreva ou envie-nos um fax para solicitar, ou peça ao seu representante ou médico ou outro prescriptor que o faça. 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 do Part D que já pagou no prazo de 14 dias.

- Se estiver a pedir uma exceção, inclua a declaração justificativa do seu médico ou de outro prescriptor.
- O associado, o seu médico ou outro prescriptor poderão solicitar uma decisão rápida. (as decisões rápidas são geralmente respondidas em 24 horas.)
- Leia esta secção para certificar-se de que se qualifica para uma decisão rápida! Leia também para encontrar informações sobre prazos de decisão.



- Se está a pedir uma exceção, forneça a “declaração justificativa”. O seu médico ou outro prescriptor têm de fornecer-nos os motivos médicos para a exceção. Chamamos-lhe “declaração justificativa”.
- O seu médico ou outro prescriptor podem enviar-nos a declaração por fax ou correio. O seu médico ou outro prescriptor também podem informar-nos por telefone e, depois, enviar-nos uma declaração por fax ou correio.

Se o seu estado de saúde assim o requerer, peça-nos que lhe tomemos uma “decisão rápida”

Seguiremos os “prazos padrão”, a menos que tenhamos concordado em seguir os “prazos curtos”

- Uma **decisão de cobertura normal** significa que daremos uma resposta no prazo de 72 horas após recebermos a declaração do seu médico.
- Uma **decisão de cobertura rápida** significa que daremos uma resposta no prazo de 24 horas após recebermos a declaração do seu médico.

O termo jurídico para “decisão de cobertura rápida” é “**determinação de cobertura acelerada**”.

O associado só pode obter uma decisão rápida **se estiver a pedir um medicamento que ainda não recebeu**. (Não pode obter uma decisão rápida se estiver a pedir-nos para o reembolsarmos por um medicamento que já comprou.)

O associado só pode obter uma decisão rápida **se o seguimento dos prazos normais puder causar sérios danos à sua saúde ou prejudicar a sua capacidade de funcionar**.

Se o seu médico ou outro prescriptor nos informar que o seu estado de saúde requer uma “decisão de cobertura rápida”, concordaremos automaticamente em dar-lhe uma decisão de cobertura rápida e a carta informá-lo-á disso.

- Se solicitar uma decisão rápida por conta própria (sem o apoio do seu médico ou de outro prescriptor), decidiremos se lhe daremos uma decisão rápida.
- Se decidirmos que a sua condição médica não cumpre os requisitos para uma decisão rápida, seguiremos os prazos normais.
 - Enviar-lhe-emos uma carta a informá-lo disso. A carta explicará como apresentar uma reclamação relativamente à nossa decisão de lhe responder com uma decisão normal.



- O associado pode registar uma “reclamação rápida” e obter uma resposta à sua reclamação em 24 horas. Para obter mais informações sobre o processo de apresentação de reclamações, incluindo reclamações rápidas, consulte a Secção J na página 222.

Prazos para uma “decisão de cobertura rápida”

- Se utilizarmos os prazos rápidos, teremos de o informar da nossa decisão num prazo de 24 horas após a receção do seu pedido. Se estiver a pedir uma exceção, isso significa no prazo de 24 horas após termos recebido a declaração do seu médico ou prescritor a justificar o seu pedido. Responderemos mais cedo se a sua saúde o exigir.
- Se não cumprirmos esse prazo, encaminharemos 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** a uma parte ou à totalidade do que nos pediu, teremos de lhe proporcionar cobertura no prazo de 24 horas após a receção do seu pedido ou da declaração do seu médico ou prescritor que justifica o seu pedido.
- **Se a nossa resposta for Não** a uma parte ou à totalidade do que nos solicitou, enviar-lhe-emos uma carta a explicar o motivo pelo qual respondemos não. A carta também explicará como pode recorrer da nossa decisão.

Prazos para uma “decisão de cobertura normal” relativamente a um medicamento que ainda não recebeu

- Se utilizarmos os prazos normais, teremos de o informar da nossa decisão num prazo de 72 horas após a receção do seu pedido. Se estiver a solicitar uma exceção, isso significa no prazo de 72 horas após termos recebido a declaração justificativa do seu médico ou prescritor. Responderemos mais cedo se a sua saúde o exigir.
- Se não cumprirmos este prazo, 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 afirmativa** para parte ou a totalidade do que pediu, devemos aprovar ou entregar a cobertura no prazo de 72 horas após recebermos a sua solicitação ou, se estiver a pedir uma exceção, a sua declaração justificativa do médico ou do prescritor.



- **Se a nossa resposta for Não** a uma parte ou à totalidade do que nos solicitou, enviar-lhe-emos uma carta a **explicar o motivo pelo qual respondemos Não**. A carta explicará também como pode recorrer da nossa decisão.

Prazos para uma “decisão de cobertura normal” relativa ao pagamento de um medicamento que já comprou

- Teremos de o informar da nossa resposta num prazo de 14 dias após a receção do seu pedido.
- Se não cumprirmos esse prazo, encaminharemos a sua solicitação para o Nível 2 do processo de recurso. No nível 2, uma Entidade de Revisão Independente irá rever o seu pedido.
- **Se a nossa resposta for Sim** a uma parte ou à totalidade do que nos solicitou, efetuaremos o pagamento no prazo de 14 dias .
- **Se a nossa resposta for Não** a uma parte ou à totalidade do que nos solicitou, enviar-lhe-emos uma carta a explicar o motivo pelo qual respondemos **Não**. A carta explicará também como pode recorrer da nossa decisão.



F5. Recurso de Nível 1 para medicamentos do Part D

- Para iniciar o seu recurso é necessário que você, o seu médico, outro prescritor ou o seu representante nos contactem. Inclua o seu nome, informações de contacto e informações relativas à sua reclamação.
- Se estiver a solicitar um Recurso normal, poderá apresentar o seu recurso enviando um pedido por escrito. **Também pode solicitar um recurso telefonando-nos para o número 866-610-2273 (TTY 711).**
- Se pretender um Recurso rápido, poderá apresentar o seu recurso por escrito ou pode telefonar-nos.
- Faça a sua solicitação de recurso **no prazo de 60 dias** a partir da data do aviso que lhe enviámos com a nossa decisão. Se não cumprir este prazo e tiver um bom motivo aceitável para tal, podemos dar-lhe mais tempo para apresentar o seu recurso. Entre os exemplos de um motivo aceitável incluem-se: teve uma doença grave; ou fornecemos-lhe a informação errada sobre o prazo para apresentar um recurso.
- O associado tem o direito de nos solicitar uma cópia das informações relativas ao seu recurso. Para pedir uma cópia, telefone para o Serviço de Apoio a Associados através do número 866-610-2273 (TTY 711).

Em resumo: como apresentar um Recurso de Nível 1

Você, o seu médico ou prescritor ou o seu representante podem elaborar a sua solicitação por escrito e enviar-nos a mesma por correio ou fax. Também pode solicitar um recurso telefonando-nos para o número 866-610-2273 (TTY 711).

- Faça o pedido **no prazo de 60 dias** após a decisão de que está a recorrer. Se não cumprir o prazo por um motivo aceitável, poderá recorrer.
- Você, o seu médico ou prescritor ou o seu representante podem telefonar-nos para solicitar um Recurso rápido.
- Leia esta secção para certificar-se de que se qualifica para uma decisão rápida! Leia também para encontrar informações sobre prazos de decisão.

O termo jurídico para um recurso apresentado ao plano sobre uma decisão de cobertura de medicamentos do Part D é “redeterminação” do plano.

Se pretender, você e o seu médico ou outro prescritor poderão fornecer-nos informações adicionais para justificar o seu recurso.



Se tiver dúvidas, telefone para o CCA One Care através do número 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.ccama.org.227

Se o seu estado de saúde assim o requerer, solicite um “Recurso rápido”

- Se estiver a apelar de uma decisão que o nosso plano tomou relativamente a um medicamento que ainda não recebeu, e o seu médico ou outro profissional de saúde precisarão 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”, conforme a Secção F4 na página 208.

O termo jurídico para “Recurso rápido” é “redeterminação acelerada”.

O nosso plano irá rever o seu recurso e informá-lo da nossa decisão

- Reanalisamos cuidadosamente todas as informações sobre a sua solicitação de cobertura. Verificamos se seguimos todas as regras quando respondemos **Não** à sua solicitação. Poderemos contactá-lo a si, ao seu médico ou outro prescriptor, para obter mais informações. O revisor será alguém que não tomou a decisão de cobertura original.

Prazos para um “Recurso rápido”

- Se estivermos a seguir os prazos rápidos, dar-lhe-emos a nossa resposta no prazo de 72 horas após a receção do seu recurso ou mais cedo se o seu estado de saúde assim o requerer.
- Se não o informarmos da nossa resposta num prazo de 72 horas, enviaremos o seu pedido para o Nível 2 do processo de recurso. No Nível 2, uma Entidade de Revisão Independente analisará o seu recurso.
- **Se a nossa resposta for Sim** a uma parte ou à totalidade do que nos solicitou, teremos de conceder a cobertura num prazo de 72 horas após a receção do seu recurso.
- **Se a nossa resposta for Não** a uma parte ou à totalidade do que nos solicitou, enviar-lhe-emos uma carta a explicar o motivo pelo qual respondemos **Não**.

Prazos para um “recurso normal”

- Se seguirmos os prazos normais, teremos de o informar da nossa resposta num prazo de 7 dias após a receção do seu recurso ou mais cedo se a sua saúde o requerer, exceto se estiver a pedir-nos o reembolso de um medicamento que já comprou. Se estiver a pedir-nos para o reembolsarmos por um medicamento que já comprou, teremos de lhe entregar a nossa resposta no prazo de 14 dias após



termos recebido o seu recurso. Se considerar que a sua saúde o requer, deverá solicitar um “Recurso rápido”

- Se não tomarmos uma decisão no prazo de 7 dias, ou 14 dias se nos tiver solicitado o reembolso do valor de 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 recurso.
- **Se a nossa resposta for Sim** para parte ou tudo o que pediu:
 - Se aprovarmos um pedido de cobertura, teremos de lhe garantir a cobertura tão rapidamente quanto o seu estado de saúde o requerer, mas não mais do que 7 dias após termos recebido o seu recurso ou 14 dias se nos tiver pedido para o reembolsar por um medicamento que já comprou.
 - Se aprovarmos um pedido de reembolso do pagamento de um medicamento que já comprou, enviar-lhe-emos o pagamento no prazo de 30 dias após termos recebido o seu pedido de recurso.
- **Se a nossa resposta for Não** a uma parte ou à totalidade do que nos solicitou, enviar-lhe-emos uma carta que explica o motivo pelo qual respondemos **Não** e como recorrer da nossa decisão.



F6. Recurso de Nível 2 para medicamentos do Part D

Se respondermos **Não** a uma parte ou à totalidade do seu recurso, poderá optar por aceitar esta decisão ou apresentar outro recurso. Se decidir avançar para um Recurso de Nível 2, a Independent Review Entity (IRE, Entidade de Revisão Independente) irá rever a nossa decisão.

- Se pretender que a IRE reveja o seu caso, o seu pedido de recurso tem de ser realizado por escrito. A carta que enviarmos sobre a nossa decisão no Recurso de Nível 1 explicará como solicitar o Recurso de Nível 2.
- Quando apresentar um recurso à IRE, enviar-lhe-emos o seu processo. Tem o direito de nos solicitar uma cópia do ficheiro do seu caso, telefonando para o Serviço de Apoio a Associados através do número 866-610-2273 (TTY 711).
- Tem o direito de fornecer à IRE outras informações para justificar o seu recurso.
- A IRE é uma organização independente contratada pelo Medicare. Não está ligada a este plano e não é uma agência governamental.
- Os revisores da IRE examinarão cuidadosamente todas as informações relacionadas com o seu recurso. A organização enviar-lhe-á uma carta a explicar a respetiva decisão.

Resumindo: Como apresentar um Recurso de Nível 2

Se pretender que a Independent Review Organization (IRE, Entidade de Revisão Independente) analise o seu caso, o seu pedido de recurso tem de ser realizado por escrito.

- Faça o pedido **no prazo de 60 dias** após a decisão de que está a recorrer. Se não cumprir o prazo por um motivo aceitável, poderá recorrer.
- O Recurso de Nível 2 pode ser solicitado por si, o seu médico, outro prescriptor ou seu representante.
- Leia este capítulo para certificar-se de que se qualifica para uma decisão rápida! Leia também para encontrar informações sobre prazos de decisão.

O termo jurídico para um recurso à IRE relativamente a um medicamento do Part D é **“reconsideração”**.



Prazos para “Recurso rápido” no Nível 2

- Se a sua saúde o requerer, peça um “Recurso rápido” à Independent Review Entity [IRE, Entidade de Revisão Independente]
- Se a IRE concordar em conceder-lhe um Recurso rápido, a entidade terá de responder ao seu Recurso de Nível 2 no prazo de 72 horas após a receção do seu pedido de recurso.
- Se a IRE responder **Sim** a uma parte ou à totalidade do que nos solicitou, teremos de aprovar ou conceder-lhe a cobertura do medicamento no prazo de 24 horas após termos recebido a decisão.

Prazos para o “Recurso normal” no Nível 2

- Se apresentou um Recurso normal de Nível 2, a Independent Review Entity (IRE, Entidade de Revisão Independente) terá de responder ao seu Recurso de Nível 2 no prazo de 7 dias após a receção do mesmo, ou 14 dias se nos tiver solicitado o reembolso do valor de um medicamento que já comprou.
- Se a IRE responder **Sim** a uma parte ou à totalidade do que nos solicitou, teremos de aprovar ou conceder-lhe a cobertura do medicamento no prazo de 72 horas após termos tomado a decisão.
- Se a IRE aprovar um pedido de reembolso para um medicamento que já comprou, enviar-lhe-emos o pagamento no prazo de 30 dias após termos recebido a decisão.

E se a Entidade de Revisão Independente responder Não ao seu Recurso de Nível 2?

Não significa que a Independent Review Entity (IRE, Entidade de Revisão Independente) concorda com a nossa decisão de não aprovar a sua solicitação. A isso chama-se “manter a decisão” Também se chama “recusar o seu recurso”

Se pretender aceder ao Nível 3 do processo de recurso, os medicamentos que está a solicitar têm de satisfazer um valor mínimo em dólares. Se o valor em dólares for inferior ao valor mínimo, não poderá recorrer mais. Se o valor em dólares for suficientemente alto, poderá solicitar um Recurso de Nível 3. A carta que receber da IRE dir-lhe-á o valor em dólares necessário para continuar o processo de recurso.



G. Pedir-nos para cobrir um internamento hospitalar mais prolongado

Quando é internado num hospital, tem o direito de obter todos os serviços hospitalares que cobrimos e que são necessários para diagnosticar e tratar a sua doença ou lesão.

Durante o seu internamento hospitalar coberto, o seu médico, o seu Parceiro de Cuidados e a equipa do hospital colaborarão consigo para o preparar para o dia em que sair do hospital. Também ajudarão a providenciar todos os cuidados de que possa necessitar depois de sair.

- O dia em que sai do hospital chama-se “data da alta”
- O seu prestador ou a equipa do hospital dir-lhe-ão qual é a sua data de alta.

Se considerar que lhe está a ser pedido que saia do hospital demasiado cedo, poderá solicitar um internamento hospitalar mais longo. Esta secção diz-lhe como fazer essa solicitação.

G1. Os seus direitos no âmbito do Medicare se for internado num hospital

Nos dois dias após ter sido internado num hospital, um assistente ou enfermeiro irá dar-lhe uma notificação chamada “Uma mensagem importante do Medicare sobre os seus direitos” Se não receber este aviso, fale com qualquer colaborador do hospital. Se precisar de ajuda, telefone para o Serviço de Apoio a Associados através do 866-610-2273 (TTY 711). Também pode telefonar para 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas por dia, 7 dias por semana. Os utilizadores de TTY (pessoas com dificuldade em ouvir ou falar) devem telefonar para 1-877-486-2048.

Leia este aviso atentamente e faça perguntas se não entender. A “Mensagem Importante” informa-o sobre os seus direitos enquanto doente hospitalar, incluindo os seguintes direitos:

- Obter serviços cobertos pelo Medicare durante e após o seu internamento hospitalar. Tem o direito de saber quais são esses serviços, quem os pagará e onde os pode obter.
- Participar de todas as decisões sobre a duração do seu internamento.
- Saber onde comunicar quaisquer preocupações que tenha sobre a qualidade dos seus cuidados hospitalares.
- Apresentar recurso se considerar que está a receber alta do hospital demasiado cedo.

Deverá assinar o aviso do Medicare para comprovar que o recebeu e que compreende os seus direitos. A assinatura do aviso não significa que concorda com a data de alta que lhe pode ter sido comunicada pelo seu prestador de cuidados de saúde ou equipa hospitalar.



Guarde a sua cópia do aviso assinado para que tenha acesso às informações, se necessário.

- Para ler uma cópia deste aviso com antecedência, poderá telefonar para o Serviço de Apoio a Associados através do número 866-610-2273 (TTY 711). Também pode telefonar para 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas por dia, 7 dias por semana. Os utilizadores de TTY (pessoas com dificuldade em ouvir ou falar) devem telefonar para 1-877-486-2048. A chamada é gratuita.
- Também pode consultar o aviso online em www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.
- Se necessitar de ajuda, contacte o Serviço de Apoio a Associados ou para 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 por um período mais longo, tem de apresentar um recurso. Uma Quality Improvement Organization (Organização de Melhoria da Qualidade) fará a revisão de Recurso de Nível 1 para saber se a data de alta planeada é medicamente apropriada para si. No Massachusetts, a Organização de Melhoria da Qualidade chama-se KEPRO.

Para apresentar um recurso para alterar a sua data de alta, telefone para a KEPRO em: 1-888-319-8452 (TTY 711).

Telefone imediatamente!

Telefone para a Organização de Melhoria da Qualidade **antes** de deixar o hospital e o mais tardar na data da alta planeada. “Uma mensagem importante do Medicare sobre os seus direitos” contém informações sobre como contactar a Organização de Melhoria da Qualidade.



- **Se telefonar antes de sair**, poderá permanecer no hospital após a sua data de alta planeada sem pagar, enquanto espera para obter a decisão sobre o seu recurso da Organização de Melhoria da Qualidade.
- **Se não telefonar para apresentar recurso** e decidir permanecer no hospital após a sua data de alta agendada, poderá ter de pagar todos os custos dos cuidados hospitalares que receber após a sua data de alta agendada.

Se não cumprir o prazo para contactar a Organização de Melhoria da Qualidade sobre o seu recurso, poderá apresentar o seu recurso diretamente ao nosso plano. Para conhecer os detalhes, consulte a Secção G4 na página 212.

Em resumo: Como apresentar um Recurso de Nível 1 para alterar a sua data de alta

Telefone para a Organização de Melhoria da Qualidade do Massachusetts através do número 1-888-319-8452 e peça uma revisão rápida.

Telefone antes de sair do hospital e antes da data de alta planeada.

Queremos ter certeza de que entende o que tem de fazer e quais são os prazos.

- **Peça ajuda se precisar.** Se tiver dúvidas ou precisar de ajuda a qualquer momento, telefone para o Serviço de Apoio a Associados através do número 866-610-2273. Também pode contactar o State Health Insurance Assistance Program [SHIP, Programa Estadual de Assistência a Seguros de Saúde], denominado SHINE no Massachusetts. O número de telefone é SHINE é 1-800-243-4636. TTY (para pessoas surdas, com incapacidade auditiva ou com dificuldade de fala): 1-800-439-2370 (apenas Massachusetts). Em alternativa, pode obter assistência de Provedor de Justiça telefonando para o número 1-855-781-9898 (ou usando o MassRelay via 711 para telefonar para 1-855-781-9898, Videofone (VP) 339-224-6831) ou enviando um email para info@myombudsman.org.

o que é uma Organização de Melhoria da Qualidade?

É um grupo de médicos e outros profissionais de saúde pagos pelo governo federal. Esses especialistas não fazem parte do nosso plano. São pagos pelo Medicare para verificar e ajudar a melhorar a qualidade dos cuidados prestados a pessoas que beneficiam do Medicare.

Peça uma “revisão rápida”

Terá de solicitar à Organização de Melhoria da Qualidade uma “revisão rápida” da sua alta. Pedir uma “revisão rápida” significa que está a solicitar à organização que use os prazos rápidos de recurso em vez de seguir os prazos normais.



O termo jurídico para “revisão rápida” é “**revisão imediata**”.

O que acontece durante a revisão rápida?

- Os revisores da Organização de Melhoria da Qualidade irão perguntar-lhe a si ou ao seu representante porque considera que a cobertura tem de continuar após a data planeada para a alta. Não é necessário que prepare um documento por escrito, mas pode fazê-lo.
- Os revisores irão analisar os seus registos clínicos, falar com o seu prestador e rever todas as informações relacionadas com o seu internamento hospitalar.
- Até ao meio-dia do dia após os revisores nos informarem sobre o seu recurso, receberá uma carta que indica a sua data de alta planeada. A carta explica os motivos pelos quais o seu prestador de cuidados de saúde, o hospital e nós consideramos que é correto que tenha alta nessa data.

O termo jurídico para esta explicação escrita chama-se “Nota detalhada de alta”. Pode obter uma amostra ligando para o Serviço de Apoio a Associados através do número 866-610-2273 (TTY 711). Também pode telefonar para 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas por dia, 7 dias por semana. Os utilizadores TTY devem contactar o número 1-877-486-2048. Em alternativa, pode consultar online um exemplo de uma nota de alta em www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

E se a resposta for afirmativa?

- Se a Organização de Melhoria da Qualidade responder **Sim** ao seu recurso, teremos de continuar a cobrir os seus serviços hospitalares durante o tempo que forem medicamente necessários.

E se a resposta for Não?

- Se a Organização de Melhoria da Qualidade responder **negativamente** ao seu recurso, estará a dizer que a sua data de alta agendada é medicamente apropriada. Se tal acontecer, a nossa cobertura dos seus serviços hospitalares para doentes internados terminará ao meio-dia no dia seguinte à Organização de Melhoria da Qualidade lhe apresentar a si a respetiva resposta.
- Se a Organização de Melhoria da Qualidade responder **negativamente** e você decidir permanecer no hospital, poderá ter de pagar por essa permanência. O



custo da assistência hospitalar que pode ter que pagar começa ao meio-dia do dia seguinte à resposta da Organização de Melhoria da Qualidade.

- Se a Organização de Melhoria da Qualidade recusar o seu recurso e você permanecer no hospital após a data de alta planeada, poderá apresentar um Recurso de Nível 2.

G3. Recurso de Nível 2 para alterar a sua data de alta hospitalar

Se a Organização de Melhoria da Qualidade recusar o seu recurso e você permanecer no hospital após a sua data de alta agendada, poderá apresentar um Recurso de Nível 2. Terá de contactar novamente a Organização de Melhoria da Qualidade e solicitar outra revisão.

Solicite a revisão de Nível 2 **no prazo de 60 dias** após o dia em que a Organização de Melhoria da Qualidade respondeu **Não** ao seu Recurso de Nível 1. Só pode solicitar essa revisão se tiver permanecido no hospital após a data em que terminou a cobertura dos cuidados.

No Massachusetts, a Organização de Melhoria da Qualidade chama-se KEPRO. Pode contactar a KEPRO da seguinte forma: **1-888-319-8452**.

- Os revisores da Organização de Melhoria da Qualidade examinarão cuidadosamente todas as informações relacionadas com o seu recurso.
- Os revisores da Organização de Melhoria da Qualidade tomarão uma decisão no prazo de 14 dias a contar da receção do seu pedido para uma segunda revisão.

Resumindo: como apresentar um Recurso de Nível 2 para alterar a sua data de alta

Telefone para a Organização de Melhoria da Qualidade do Massachusetts através do número 1-888-319-8452 e peça outra revisão.

O que acontece se a resposta for Sim?

- Teremos de reembolsá-lo pelos custos de cuidados hospitalares que recebeu desde o meio-dia do dia seguinte à data da primeira decisão de resposta ao seu recurso. Teremos de continuar a fornecer cobertura aos seus cuidados de internamento hospitalar enquanto for medicamente necessário.
- O associado terá de continuar a pagar a sua parte dos custos e podem ser aplicadas limitações de cobertura.



O que acontece se a resposta for Não?

Isso significa que a Organização de Melhoria da Qualidade concorda com a decisão de Nível 1 e não a irá alterar. A carta que irá receber dir-lhe-á o que pode fazer se pretender prosseguir com o processo de recurso.

Se a Organização de Melhoria da Qualidade recusar o seu Recurso de Nível 2, você poderá ter de pagar o custo total do seu internamento após a sua data de alta agendada.

G4. O que acontece se você não cumprir um prazo de Recurso

Se não cumprir o prazo de um recurso, existe outra forma de apresentar recursos de Nível 1 e Nível 2, denominada “Recursos alternativos”.

Recurso Alternativo de Nível 1 para alterar a sua data de alta hospitalar

Se não cumprir o prazo para contactar a Organização de Melhoria da Qualidade (que é de 60 dias ou o mais tardar até à sua data de alta planeada, o que ocorrer primeiro), poderá apresentar-nos um recurso, solicitando uma “revisão rápida” Uma revisão rápida é um recurso que segue os prazos rápidos em vez dos prazos normais.

- Durante esta revisão, verificamos todas as informações sobre a sua estadia no hospital. Verificamos para saber se a decisão sobre quando deve sair do hospital foi justa e se seguiu todas as regras.
- Seguiremos os prazos rápidos em vez dos prazos normais para lhe dar a resposta a esta revisão. Isto significa que o informaremos da nossa decisão num prazo de 72 horas após solicitar uma revisão rápida.

Resumindo: Como apresentar um Recurso Alternativo de Nível 1

Telefone para o nosso número do Serviço de Apoio a Associados e peça uma “revisão rápida” da sua data de alta hospitalar.

Informá-lo-emos da nossa decisão no prazo de 72 horas.

- **Se respondermos Sim à sua revisão rápida**, significa que concordamos que você precisa de continuar no hospital após a data da alta. Continuaremos a cobrir os serviços hospitalares durante o tempo que for medicamente necessário. Isto significa também que concordamos em reembolsá-lo pela nossa parte dos custos dos cuidados que recebeu desde a data em que respondemos que a sua cobertura iria terminar.
- Se respondermos Não à sua revisão rápida, estaremos a dizer que a sua data de alta agendada foi medicamente apropriada. A nossa cobertura dos seus serviços de internamento hospitalar termina no dia em que respondermos que a cobertura irá terminar.



- Se permanecer no hospital após a sua data de alta agendada, poderá **ter de pagar o custo total** dos cuidados hospitalares que receber após a data de alta agendada.
- Para nos certificarmos de que cumprimos todas as regras quando lhe respondemos **Não** ao seu Recurso rápido, enviaremos o seu recurso para a Entidade de Revisão Independente. O facto de o fazermos significa que o seu caso irá 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 alterar a sua data de alta hospitalar

Enviaremos as informações do seu Recurso de Nível 2 para a Independent Review Entity (IRE, Entidade de Revisão Independente) no prazo de 24 horas a contar do momento em que o informarmos da nossa decisão de Nível 1. Se considerar que não estamos a cumprir este prazo ou outros prazos, poderá apresentar uma reclamação. A secção J na página 220 explica como apresentar uma reclamação.

Durante o Recurso de Nível 2, a IRE revê a decisão quando respondemos **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. Os revisores dão-lhe geralmente uma resposta no prazo de 72 horas.
- A IRE é uma organização independente contratada pelo Medicare. Esta organização não está ligada ao nosso plano e não é uma agência governamental.
- Os revisores da IRE examinarão cuidadosamente todas as informações relacionadas com o seu recurso de alta hospitalar.
- Se a IRE responder **Sim** ao seu recurso, teremos de o reembolsar pela nossa parte dos custos de cuidados hospitalares que recebeu desde a data da sua alta agendada. Também teremos de continuar a cobrir os seus serviços hospitalares enquanto tal for medicamente necessário.
- Se a IRE responder **Não** ao seu recurso, isso significa que concorda com a nossa decisão de que a sua data de alta hospitalar agendada foi medicamente apropriada.



- A carta que receber da IRE dir-lhe-á o que pode fazer se pretender continuar com o processo de revisão. Fornecer-lhe-á os detalhes necessários para avançar para um Recurso de Nível 3, que é tratado por um juiz.

NOTA: também pode apresentar um Recurso de Nível 2 à MassHealth Board of Hearings [Conselho de Audiências do MassHealth]. A secção E4 na página 191 explica como recorrer junto do Conselho de Audiências.

H. O que fazer se considerar que os seus serviços de assistência médica ao domicílio, cuidados de enfermagem especializada ou serviços em Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility [CORF, Instalação Abrangente de Reabilitação em Ambulatório] terminam demasiado cedo

Esta secção trata apenas dos seguintes tipos de cuidados:

- Serviços de cuidados de saúde ao domicílio.
- Cuidados de enfermagem qualificados numa instalação de enfermagem especializada.
- Os cuidados de reabilitação que está a receber como doente em ambulatório numa Instalação de Abrangente Reabilitação em Ambulatório (CORF) aprovada pelo Medicare. Normalmente, isso significa que está a receber tratamento para uma doença ou acidente, ou que está a recuperar de uma operação importante.
 - No caso de qualquer um destes três tipos de cuidados, você tem o direito de continuar a receber serviços cobertos durante o tempo que o prestador de cuidados de saúde considerar necessário.
 - Quando decidirmos deixar de cobrir qualquer um destes serviços, teremos de informá-lo antes de os seus serviços terminarem. Quando a sua cobertura desses cuidados terminar, deixaremos de pagar os seus cuidados.

Se lhe parecer que estamos a terminar a cobertura dos seus cuidados demasiado cedo, **pode recorrer da nossa decisão**. Esta secção explica como apresentar um recurso.

H1. Informá-lo-emos antecipadamente do momento de término da sua cobertura

Receberá um aviso pelo menos dois dias antes de deixarmos de pagar os seus cuidados. A isso chama-se “Aviso de Não Cobertura do Medicare”. A notificação por escrito informa-o da data em que iremos deixar de cobrir os seus cuidados e como recorrer desta decisão.



O associado ou o seu representante têm de assinar o aviso escrito para se provar que o recebeu. A assinatura **não** significa que você concorda com a decisão o plano sobre momento em que deve deixar de receber os cuidados.

Quando a sua cobertura terminar, deixaremos de pagar.

H2. Recurso de Nível 1 para continuar a receber os seus cuidados

Se considerar que estamos a terminar a cobertura dos seus cuidados demasiado cedo, poderá recorrer da nossa decisão. Esta secção explica como apresentar um recurso.

Antes de iniciar o seu recurso, entenda o que tem de fazer e quais são os prazos.

- **Cumpra os prazos.** Os prazos são importantes. Certifique-se de que entende e cumpre os prazos que se aplicam ao que tem de fazer. Também existem prazos que o nosso plano tem de seguir. (Se considerar que não estamos a cumprir os nossos prazos, poderá apresentar uma reclamação. A Secção J na página 230 informa-o de como apresentar uma reclamação.)
- **Peça ajuda se precisar.** Se tiver dúvidas ou necessitar de ajuda em qualquer momento, contacte:
 - Serviço de Apoio a Associados através do número 866-610-2273 (TTY 711)
 - O State Health Insurance Assistance Program [SHIP, Programa Estadual de Assistência a Seguros de Saúde, SHIP], denominado SHINE no Massachusetts. O número de telefone é SHINE é 1-800-243-4636. TTY (para pessoas surdas, com incapacidade auditiva ou com dificuldade de fala): 1-800-439-2370 (apenas Massachusetts), **ou**
 - Provedor de Justiça, telefonando para o número 1-855-781-9898 (ou usando o MassRelay via 711 para telefonar para 1-855-781-9898, Videofone (VP) 339-224-6831) ou enviando um email para info@myombudsman.org.



Antes de um Recurso de Nível 1, uma Organização de Melhoria da Qualidade irá rever o seu recurso e decidir se alterar a decisão que tomámos. No Massachusetts, a Organização de Melhoria da Qualidade chama-se KEPRO. Pode contactar a KEPRO da seguinte forma: 1-888-319-8452. A informação sobre o recurso à Organização de Melhoria da Qualidade também se encontra na “Notificação de Não Cobertura do Medicare” Este é o aviso que recebeu quando lhe foi dito que iríamos deixar de cobrir os seus cuidados.

O que é uma Organização de Melhoria da Qualidade?

É um grupo de médicos e outros profissionais de saúde pagos pelo governo federal. Esses especialistas não fazem parte do nosso plano. São pagos pelo Medicare para verificar e ajudar a melhorar a qualidade dos cuidados prestados a pessoas que beneficiam do Medicare.

O que deve solicitar?

Solicite um “Recurso rápido” Esta é uma análise independente para determinar se é medicamente apropriado encerrarmos a cobertura dos seus serviços.

Qual é o seu prazo para contactar esta organização?

- Terá de contactar a Organização de Melhoria da Qualidade o mais tardar até ao meio-dia do dia após ter recebido a notificação por escrito a informá-lo de quando iremos deixar de cobrir os seus cuidados.
- Se não cumprir o prazo para contactar a Organização de Melhoria da Qualidade sobre o seu recurso, poderá apresentar-nos o seu recurso diretamente. Para conhecer os detalhes dessa outra forma de apresentar o seu recurso, consulte a Secção H4 na página 218.

Resumindo: como apresentar um Recurso de Nível 1 para solicitar que o plano continue os seus cuidados

Telefone para a Organização de Melhoria da Qualidade do Massachusetts através do número 1-888-319-8452 e peça um “recurso rápido”.

Telefone antes de sair da agência ou instituição que lhe está a prestar os seus cuidados e antes da sua data de alta agendada.



O termo jurídico para a notificação por escrito é “**Notificação de não cobertura do Medicare**”. Para obter uma cópia de exemplo, telefone para o Serviço de Apoio a Associados através do número 866-610-2273 (TTY 711) ou 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas por dia, 7 dias por semana. (Os utilizadores de TTY – pessoas com dificuldade em ouvir ou falar – devem telefonar para 1-877-486-2048.) Em alternativa, pode consultar um exemplo de aviso online em www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/MAEDNotices.

O que acontece durante a revisão da Organização de Melhoria da Qualidade?

- Os revisores da Organização de Melhoria da Qualidade perguntarão a si ou ao seu representante porque considera que a cobertura dos serviços deve continuar. Não é necessário que prepare um documento por escrito, mas pode fazê-lo.
- Quando solicita um recurso, o plano tem de escrever uma carta a si e à Organização de Melhoria da Qualidade a explicar porque os seus serviços devem terminar.
- Os revisores irão também analisar os seus registos clínicos, falar com o seu prestador de cuidados de saúde e rever as informações que o nosso plano lhes forneceu.
- **No prazo de um dia inteiro após os revisores terem todas as informações de que precisam, informá-lo-ão da sua decisão.** Irá receber uma carta a explicar a decisão.

O termo jurídico para a carta explicando porque os seus serviços têm de terminar é “**explicação detalhada de não cobertura.**”

O que acontece se os revisores responderem Sim?

- Se os revisores responderem **Sim** ao seu recurso, teremos de continuar a fornecer os seus serviços cobertos enquanto forem medicamente necessários.

O que acontece se os revisores responderem Não?

- Se os revisores responderem **Não** ao seu recurso, a sua cobertura terminará na data que lhe referimos. Deixaremos de pagar a nossa parte nos custos desses cuidados.



- Se decidir continuar a obter os serviços de cuidados de saúde ao domicílio, cuidados prestados por uma instalação de enfermagem especializada ou serviços em instalação abrangente de reabilitação (CORF) após a data em que a sua cobertura termina, poderá ter de pagar o custo total destes cuidados.

H3. Recurso de Nível 2 para continuar a receber os seus cuidados

Se a Organização de Melhoria da Qualidade responder **Não** ao recurso e você optar por continuar a receber cuidados após a sua cobertura dos cuidados ter terminado, poderá apresentar um Recurso de Nível 2.

No âmbito do Recurso de Nível 2, a Organização de Melhoria da Qualidade irá analisar novamente a decisão que tomou no Nível 1. Se responder que concorda com a decisão de Nível 1, o associado poderá ter de pagar o custo total dos seus cuidados de saúde ao domicílio, cuidados prestados por uma instalação de enfermagem especializada ou serviços em Instalação Abrangente de Reabilitação em Ambulatório (CORF) após a data que indicámos como a data em que a sua cobertura irá terminar.

No Massachusetts, a Organização de Melhoria da Qualidade chama-se KEPRO. Pode contactar a KEPRO da seguinte forma: 1-888-319-8452. Solicite a revisão de Nível 2 **no prazo de 60 dias** após o dia em que a Organização de Melhoria da Qualidade respondeu **Não** ao seu Recurso de Nível 1. Só pode solicitar esta revisão se continuou a receber cuidados após a data em que a sua cobertura dos cuidados terminou.

- Os revisores da Organização de Melhoria da Qualidade examinarão cuidadosamente todas as informações relacionadas com o seu recurso.
- A Organização de Melhoria da Qualidade tomará a sua decisão no prazo de 14 dias após a receção do seu pedido de recurso.

O que acontece se a organização de revisão responder Sim?

- Teremos de o reembolsar pela nossa parte dos custos de cuidados que recebeu desde a data que indicámos como a data em que a sua cobertura iria terminar. Teremos de continuar a fornecer cobertura aos cuidados enquanto for medicamento necessário.

Resumindo: como apresentar um Recurso de Nível 2 para solicitar que o plano cubra os seus cuidados durante mais tempo

Telefone para a Organização de Melhoria da Qualidade do Massachusetts através do número 1-888-319-8452 e peça outra revisão.

Faça a chamada antes de sair da agência ou instituição que lhe está a prestar os cuidados e antes da sua data de alta agendada.



O que acontece se a organização de revisão responder Não?

- Significa que concorda com a decisão tomada no Recurso de Nível 1 e não a irão alterar.
- A carta que receber irá dizer-lhe o que fazer se pretender continuar com o processo de revisão. Fornecer-lhe-á os detalhes necessários para avançar para o próximo nível de recurso, que é tratado por um juiz.

H4. O que acontece se não cumprir o prazo para a apresentação de um Recurso de Nível 1?

Se não cumprir os prazos dos recursos, existe outra forma de apresentar recursos de Nível 1 e Nível 2, denominada “Recursos alternativos”.

Recurso Alternativo de Nível 1 para continuar a receber os seus cuidados por mais tempo

Se não cumprir o prazo para contactar a Organização de Melhoria da Qualidade, poderá apresentar-nos um recurso, solicitando uma “revisão rápida” Uma revisão rápida é um recurso que segue os prazos rápidos em vez dos prazos normais.

- Durante esta revisão, analisamos todas as informações sobre os seus cuidados de saúde ao domicílio, cuidados prestados numa instalação de enfermagem especializada ou cuidados prestados em Instalação Abrangente de Reabilitação em Ambulatório (CORF). Verificamos se a decisão sobre quando os seus serviços deveriam terminar foi justa e se seguiu todas as regras.
- Seguiremos os prazos rápidos em vez dos prazos normais para lhe dar a resposta a esta revisão. Informá-lo-emos da nossa decisão no prazo de 72 horas após solicitar uma análise rápida.
- **Se respondermos Sim** à sua revisão rápida, isso significa que concordamos que continuaremos a cobrir os seus serviços durante o tempo que for medicamente necessário. Isto significa também que concordamos em reembolsá-lo pela nossa parte dos custos dos cuidados que recebeu desde a data em que respondemos que a sua cobertura iria terminar.

Resumindo: como apresentar um Recurso Alternativo de Nível 1

Telefone para o nosso número do Serviço de Apoio a Associados e peça uma revisão rápida.

Informá-lo-emos da nossa decisão no prazo de 72 horas.



- **Se respondermos negativamente** à sua análise rápida, estamos a dizer que terminar os seus serviços foi medicamente apropriado. A nossa cobertura termina no dia que indicámos como o dia em que a cobertura iria terminar.

Se continuar a receber serviços depois do dia em que respondemos que iriam parar, **poderá ter de pagar o custo** total dos serviços.

Para nos certificarmos de que cumprimos todas as regras quando lhe respondemos **Não** ao seu Recurso rápido, enviaremos o seu recurso para a Entidade de Revisão Independente. Quando o fazemos, isso significa que o seu caso vai 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 a receber os seus cuidados por mais tempo

Enviaremos as informações do seu Recurso de Nível 2 para a Independent Review Entity (IRE, Entidade de Revisão Independente) no prazo de 24 horas a contar do momento em que o informarmos da nossa decisão de Nível 1. Se considerar que não estamos a cumprir este prazo ou outros prazos, poderá apresentar uma reclamação. A secção J na página 230 explica como apresentar uma reclamação.

Durante o Recurso de Nível 2, a IRE analisa a decisão que tomámos quando respondemos **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. Os revisores irão normalmente dar-lhe uma resposta no prazo de 72 horas.
- A IRE é uma organização independente contratada pelo Medicare. Esta organização não está ligada ao nosso plano e não é uma agência governamental.
- Os revisores da IRE examinarão cuidadosamente todas as informações relacionadas com o seu recurso.
- **Se a IRE responder afirmativamente** ao seu recurso, teremos de reembolsá-lo pela nossa parte nos custos dos cuidados. Também teremos de continuar a nossa cobertura dos seus serviços enquanto for medicamente necessário.

Resumindo: Como apresentar um Recurso de Nível 2 para requerer que o plano continue os seus cuidados

Não tem de fazer nada. O plano enviará automaticamente o seu recurso à Entidade de Revisão Independente.



- **Se a IRE responder Não** ao seu recurso, isso significa que concorda que a interrupção da cobertura dos serviços foi medicamente apropriada.

A carta que receber da IRE dir-lhe-á o que pode fazer se pretender continuar com o processo de revisão. Fornecer-lhe-á a informação necessária para avançar para um Recurso de Nível 3, que é tratado por um juiz.

NOTA: também pode apresentar um Recurso de Nível 2 à MassHealth Board of Hearings [Conselho de Audiências do MassHealth]. A secção E4 na página 197 explica como recorrer junto do Conselho de Audiências.

I. Apresentar o seu recurso além do Nível 2

I1. Próximas etapas para serviços e produtos Medicare

Se apresentou um Recurso de Nível 1 e um Recurso de Nível 2 para serviços ou produtos Medicare e ambos os seus recursos foram recusados, poderá ter o direito a níveis adicionais de recurso. A carta que receber da Entidade de Revisão Independente dir-lhe-á o que fazer se pretender continuar com o processo de recurso.

O Nível 3 do processo de recurso é uma audiência com um Administrative Law Judge [ALJ, Juiz de direito administrativo]. A pessoa que toma a decisão sobre um Recurso de Nível 3 é um ALJ ou um porta-voz adjudicatário. Se pretender que um ALJ ou porta-voz adjudicatário analise o seu caso, o equipamento ou serviço médico que está a solicitar tem de atingir um valor mínimo em dólares. Se o valor em dólares for menor do que o nível mínimo, não poderá recorrer mais. Se o valor em dólares for suficientemente alto, poderá solicitar ao ALJ ou porta-voz adjudicatário que considere o seu recurso.

Se não concordar com o ALJ ou a decisão do procurador, poderá utilizar o Medicare Appeals Council [Conselho de Recursos do Medicare]. Depois disso, poderá ter o direito de solicitar a um tribunal federal que analise o seu Recurso.

Se necessitar de ajuda em qualquer fase do processo de recurso, poderá contactar o Provedor de Justiça através do telefone 1-855-781-9898 (há intérpretes disponíveis para quem não fala inglês). Pessoas surdas, com incapacidade auditiva ou com incapacidade na fala devem utilizar o MassRelay via 711 para telefonar para 1-855-781-9898 ou Videofone (VP) 339-224-6831. Também pode enviar um email para o Provedor de Justiça em info@myombudsman.org.

I2. Próximas etapas para serviços e produtos do MassHealth

O associado também tem direitos adicionais de recurso se apresentar um Recurso de Nível 1 e um Recurso de Nível 2 relativamente a serviços e produtos do MassHealth e se ambos os seus recursos tiverem sido recusados. Pode solicitar uma revisão do seu recurso por um juiz.



Se necessitar de ajuda em qualquer fase do processo de recurso, poderá contactar o Provedor de Justiça através do telefone 1-855-781-9898 (há intérpretes disponíveis para quem não fala inglês). Pessoas surdas, com incapacidade auditiva ou com incapacidade na fala devem utilizar o MassRelay via 711 para telefonar para 1-855-781-9898 ou Videofone (VP) 339-224-6831. Também pode enviar um email para o Provedor de Justiça em info@myombudsman.org.

J. Como apresentar uma reclamação

J1. Que tipos de problemas devem ser tratados por reclamações

O processo de reclamação é utilizado para determinados tipos de problemas, tais como problemas relacionados com a qualidade dos cuidados, tempos de espera e serviço ao cliente. Veja abaixo alguns exemplos dos tipos de problemas tratados pelo processo de reclamação.

Reclamações sobre qualidade

- Está insatisfeito com a qualidade dos cuidados, por exemplo, os cuidados que recebeu no hospital.

Reclamações sobre privacidade

- O associado considera que alguém não respeitou o seu direito à privacidade ou partilhou informações sobre si que são confidenciais.

Reclamações sobre má qualidade do serviço ao cliente

- Um profissional de saúde ou outro colaborador da instituição foi malcriado ou desrespeitoso para consigo.
- A equipa do CCA One Care tratou-o mal.
- Considera que está a ser empurrado para fora do plano.

Reclamações sobre acessibilidade

- Os serviços e as instalações de cuidados de saúde num consultório médico ou prestador não estão acessíveis para si.

Resumindo: como apresentar uma reclamação

Pode apresentar uma reclamação interna ao nosso plano e/ou uma reclamação externa a uma organização que não esteja relacionada com o nosso plano.

Para apresentar uma reclamação interna, telefone para o Serviço de Apoio a Associados ou envie-nos uma carta.

São várias as organizações que lidam com reclamações externas. Para obter mais informações, leia a Secção J3 na página 233.



- O seu prestador não lhe disponibiliza um recurso razoável de você necessita por exemplo, um intérprete de língua gestual americana.

Reclamações sobre paridade de saúde mental

- Os serviços de cuidados de saúde mental não estão disponíveis da mesma forma que os serviços de cuidados de saúde física. Para obter mais informações, consulte a Secção J4 na página 226.

Reclamações sobre tempos de espera

- Está a ter dificuldades em marcar uma consulta ou a esperar demasiado para o conseguir.
- Foi deixado em espera demasiado tempo por médicos, farmacêuticos ou outros profissionais de saúde ou pelo Serviço de Apoio a Associados ou outro pessoal do plano.

Reclamações sobre limpeza

- Considera que a clínica, o hospital ou o consultório do prestador não está limpo.

Reclamações sobre o acesso a idiomas

- O seu médico ou prestador não lhe disponibiliza um intérprete durante a sua consulta.

Reclamações sobre as nossas comunicações

- O associado considera que não o notificámos ou não enviámos uma carta que deveria ter recebido.
- O associado considera que as informações por escrito que lhe enviamos são demasiado difíceis de entender.
- Solicitou comunicações num formato alternativo (como tamanho de letra maior, Braille, gravação, etc.) e não honramos o seu pedido.

Reclamações sobre a pontualidade das nossas ações relacionadas com decisões de cobertura ou recursos

- O associado acredita que não estamos a cumprir os nossos prazos de decisão de cobertura ou de resposta ao seu recurso.
- O associado acredita que, depois de obter uma cobertura ou decisão de recurso a seu favor, não estamos a cumprir os prazos para aprovar, fornecer-lhe o serviço ou reembolsá-lo por determinados serviços médicos.



- O associado considera que não encaminhámos o seu caso para a Entidade de Revisão Independente a tempo.

O termo jurídico para uma “reclamação” é um “protesto”.

O termo jurídico para “apresentar uma reclamação” é “impetrar um protesto”.

Existem diferentes tipos de reclamações?

Sim. O associado pode apresentar uma reclamação interna e/ou externa. Uma reclamação interna é registada e revista pelo nosso plano. Uma reclamação externa é registada e revista por uma organização que não é afiliada ao nosso plano. **Se necessitar de ajuda para apresentar uma reclamação interna e/ou externa, poderá telefonar para o Provedor de Justiça através do número 1-855-781-9898 (ou utilizar MassRelay via 711 para telefonar para 1-855-781-9898 ou Videofone (VP) 339-224-6831).**

J2. Reclamações internas

Para apresentar uma reclamação interna, telefone para o Serviço de Apoio a Associados através do número 866-610-2273 (TTY 711). Pode apresentar a reclamação a qualquer momento, a menos que seja sobre um medicamento do Part D. Se a reclamação for relativa a um medicamento do Part D, tem de ser feita **no prazo de 60 dias** após ter tido o problema sobre o qual quer reclamar.

- Se houver mais alguma coisa que precise de fazer, o Serviço de Apoio a Associados dir-lhe-á.
- Também pode elaborar a sua reclamação por escrito e enviá-la para nós. Se apresentar a sua reclamação por escrito, responderemos à sua reclamação por escrito.
- **Funciona assim:**
 - O Serviço de Apoio a Associados registará a reclamação na base de dados de associados e acompanhará qualquer discussão subsequente pertinente para a reclamação no mesmo registo. Iremos fornecer-lhe um aviso atempado da receção da sua reclamação.
 - Se possível, o Serviço de Apoio a Associados tentará resolver a reclamação por telefone.
 - Em alternativa, você ou um representante autorizado pode participar na discussão e propor sugestões ou ideias para resolver o problema ou a questão.



- Se a reclamação não puder ser resolvida por telefone, será realizado um processo mais formal. As respostas a uma reclamação serão baseadas no melhor interesse do associado, de acordo com a política e o procedimento do plano.
- A investigação será concluída o mais rapidamente possível. A maioria das reclamações são respondidas no prazo de 30 dias. Se precisarmos de mais informações e o atraso for no seu melhor interesse ou se você solicitar mais tempo, poderemos demorar até 14 dias adicionais (44 dias no total) a responder à sua reclamação. Se precisarmos de mais tempo, iremos telefonar-lhe e enviar-lhe uma notificação por escrito.
- Em alternativa, você ou o seu representante autorizado irão receber uma chamada telefónica (ou carta, se solicitada) do nosso plano com uma resposta à reclamação.
- Se estiver preocupado com a qualidade dos cuidados que recebe, incluindo cuidados durante um internamento hospitalar, poderá apresentar uma reclamação ao plano e este será investigado pelo Departamento de Melhoria da Qualidade do plano. Também pode apresentar uma reclamação à KEPRO, a Quality Improvement Organization for Massachusetts [Organização de Melhoria da Qualidade do Massachusetts]. Para obter mais informações sobre a Organização de Melhoria da Qualidade no Massachusetts, consulte o Capítulo 2, Secção H deste folheto.

O termo jurídico para “reclamação rápida” é “protesto acelerado”.

Se possível, responderemos imediatamente. Se nos telefonar por causa de uma reclamação, poderemos responder-lhe durante a própria chamada. Se a sua condição de saúde requerer que respondamos rapidamente, fá-lo-emos.

- Respondemos à maioria das reclamações no prazo de 30 dias. Se precisarmos de mais informações e o atraso for do seu melhor interesse, ou se solicitar mais tempo, poderemos demorar até 14 dias adicionais (44 dias no total) para responder à sua reclamação. Informaremos por escrito porque precisamos de mais tempo.
- Se estiver a apresentar uma reclamação porque recusámos o seu pedido de “decisão de cobertura rápida” ou de “Recurso rápido”, atribuir-lhe-emos automaticamente o estatuto de “reclamação rápida” e responderemos à sua reclamação no prazo de 24 horas.
- Se estiver a apresentar uma reclamação porque demorámos mais a tomar uma decisão de cobertura ou recurso, atribuir-lhe-emos automaticamente o estatuto de “reclamação rápida” e responderemos à sua reclamação no prazo de 24 horas.



Se não concordar mos com a totalidade ou parte da sua reclamação, informá-lo-esperamos, apresentando-lhe os nossos motivos. Responderemos, quer concordemos ou não com a reclamação.

J3. Reclamações externas

O associado pode informar o Medicare sobre a sua reclamação

Pode enviar a sua reclamação para o Medicare. O Formulário de reclamação do Medicare está disponível em: www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.

O Medicare leva as suas reclamações a sério e usará esta informação para ajudar a melhorar a qualidade do programa Medicare.

Se tiver quaisquer outros comentários ou preocupações, ou se considerar que o plano não está a resolver o seu problema, telefone para 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Os utilizadores de TTY podem telefonar para 1-877-486-2048. A chamada é gratuita.

O associado pode informar o MassHealth sobre a sua reclamação

Pode apresentar uma reclamação ao MassHealth. Pode fazê-lo telefonando para o Centro de Atendimento ao Cliente do MassHealth através do número 1-800-841-2900, de segunda a sexta-feira, das 8 am às 5 pm. Os utilizadores de TTY (pessoas surdas, com dificuldades auditivas ou com incapacidade na fala) devem telefonar para o número 1-800-497-4648.

O associado pode apresentar uma reclamação ao Office for Civil Rights [Gabinete de Direitos Civis]

Pode apresentar uma queixa ao Gabinete de Direitos Civis do Department of Health and Human Services [Departamento da Saúde e Segurança Social] se considerar que não foi tratado de forma justa. Por exemplo, poderá apresentar uma reclamação relativamente ao acesso para deficientes ou assistência linguística. O número de telefone do Gabinete de Direitos Civis é 1-800-368-1019. Os utilizadores de TTY devem contactar o número 1-800-537-7697. Também pode aceder a www.hhs.gov/ocr para obter mais informações.

Também pode contactar o Gabinete de Direitos Civis local em:

Office for Civil Rights – New England Region
U.S. Department of Health and Human Services
Government Center
J.F. Kennedy Federal Building - Room 1875
Boston, MA 02203

Customer Response Center [Centro de Resposta ao Cliente]: 800-368-1019; TDD: 800-537-7697
Fax: 202-619-3818
E-mail: ocrmail@hhs.gov



O associado também pode ter direitos nos termos do Americans with Disability Act [Lei dos Americanos com Incapacidade]. Pode contactar o Provedor de Justiça para obter assistência, telefonando para o número 1-855-781-9898 (ou usando o MassRelay via 711 para telefonar para 1-855-781-9898, Videofone (VF) 339-224-6831) ou enviando um e-mail para info@myombudsman.org.

Pode apresentar uma reclamação junto da Quality Improvement Organization [Organização de Melhoria da Qualidade]

Quando a sua reclamação é sobre a qualidade dos cuidados, também tem duas opções.

- Se preferir, poderá fazer a sua reclamação relativamente à qualidade dos cuidados diretamente à Organização de Melhoria da Qualidade (**sem nos** apresentar a reclamação).
- Se fizer uma reclamação a esta organização, trabalharemos em coordenação com a mesma para resolvermos a sua reclamação.

A Organização de Melhoria da Qualidade é um grupo de médicos e outros especialistas em saúde pagos pelo governo federal para verificar e melhorar os cuidados prestados aos doentes do Medicare. Para saber mais sobre a Organização de Melhoria da Qualidade, consulte o Capítulo 2.

No Massachusetts, a Organização de Melhoria da Qualidade chama-se KEPRO. O número de telefone da KEPRO é 1-888-319-8452.

J4. Reclamações sobre paridade de saúde mental

As leis federais e estaduais requerem que todas as organizações de cuidados geridos, incluindo o CCA One Care, forneçam serviços de cuidados de saúde comportamental aos associados do MassHealth da mesma forma que fornecem serviços de cuidados de saúde física. Isto é conhecido como “paridade”. Em geral, significa que temos de:

1. Proporcionar o mesmo nível de benefícios para saúde mental e para problemas de uso de substâncias que possa ter, do mesmo modo que para outros problemas físicos que possa ter;
2. Não ter requisitos de PA mais rigorosos e limitações de tratamento para serviços de saúde mental e de uso de substâncias, em comparação com os serviços de saúde física;
3. Fornecer-lhe a si e ao seu prestador os critérios de necessidade médica que utilizamos para PA, mediante solicitação sua ou do seu prestador; e



4. Fornecer-lhe, num prazo razoável, o motivo para qualquer recusa de autorização para serviços de saúde mental ou distúrbio relacionado com uso de substâncias.

Se considerar que não estamos a garantir paridade conforme explicado acima, tem o direito de apresentar uma reclamação interna. Para obter mais informações sobre reclamações internas e como as apresentar, consulte a Secção J2 na página 226.

Também pode apresentar uma reclamação junto do MassHealth. Pode fazê-lo telefonando para o Centro de Atendimento ao Cliente do MassHealth através do número 1-800-841-2900, de segunda a sexta-feira, das 8 am às 5 pm. Os utilizadores de TTY (pessoas surdas, com dificuldade auditiva ou incapacidade na fala) devem telefonar para o número 1-800-497-4648.



Capítulo 10: Rescindir a sua adesão ao CCA One Care

Introdução

Este capítulo informa-o sobre quando e como pode terminar a sua associação ao CCA One Care. Fornece-lhe também informações sobre as opções de cobertura de saúde se sair do CCA One Care. Os termos-chave e as suas definições aparecem em ordem alfabética no último capítulo do *Manual do Associado*.

Desde que continue a ser elegível para o Medicare e o MassHealth, poderá sair do CCA One Care sem perder os seus benefícios Medicare e MassHealth. Se tiver mais de 65 anos e decidir sair do One Care, não poderá inscrever-se num plano One Care posteriormente.

Se pretende terminar a sua associação ao nosso plano, existem algumas formas de obter mais informações sobre o que irá acontecer e poderá continuar a receber serviços Medicare e MassHealth.

- Telefone para o Serviço de Apoio a Associados do MassHealth através do número 1-800-841-2900, de segunda a sexta-feira, das 8 am às 5 pm. Os utilizadores de TTY (pessoas surdas, com dificuldade auditiva ou incapacidade na fala) podem telefonar para o número 1-800-497-4648.
- Telefone para o Medicare através do número 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas por dia, 7 dias por semana. Os utilizadores de TTY (pessoas que têm dificuldade em ouvir ou falar) podem telefonar para 1-877-486-2048.
- Contacte um conselheiro SHINE através do número 1-800-243-4636. Os utilizadores de TTY (pessoas surdas, com incapacidade auditiva ou com incapacidade de fala) podem telefonar para 1-800-439-2370.



Se tiver dúvidas, telefone para o CCA One Care através do número 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.ccama.org.

Índice

A. Quando pode rescindir a sua associação ao CCA One Care.....	256
B. Como encerrar a sua participação no nosso plano	256
C. Como aderir a outro plano One Care.....	257
D. Como obter serviços Medicare e MassHealth separadamente	258
D1. Formas de obter os seus serviços do MassHealth	258
D2. Formas de obter os seus serviços Medicare	258
E. Outras opções	262
F. Outras situações em que a sua associação termina	263
G. Regras contra solicitar que saia do nosso plano por qualquer motivo relacionado com a sua saúde ou incapacidade	264
H. Como obter mais informações sobre como terminar a associação ao seu plano	264



A. Quando pode rescindir a sua associação ao CCA One Care

Pode rescindir (terminar) a sua associação ao plano CCA One Care em qualquer momento durante o ano, inscrevendo-se noutra Plano Medicare Advantage, inscrevendo-se noutra plano One Care ou mudando-se para o Original Medicare.

A sua associação terminará no último dia do mês em que recebermos o seu pedido para alterar o seu 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 começará no primeiro dia do mês seguinte (1 de fevereiro neste exemplo). Se sair do nosso plano, poderá obter informações sobre:

- Opções do Medicare na tabela da página 240.
- Serviços do MassHealth na página 240.

Pode obter mais informações sobre quando pode terminar a sua associação telefonando para:

- Serviço de Apoio a Associados do MassHealth através do número 1-800-841-2900, de segunda a sexta-feira, das 8 am às 5 pm. Os utilizadores de TTY (pessoas surdas, com dificuldade auditiva ou incapacidade na fala) podem telefonar para o número 1-800-497-4648.
- Um conselheiro SHINE através do número 1-800-243-4636. Os utilizadores de TTY (pessoas surdas, com incapacidade auditiva ou com incapacidade de fala) podem telefonar para 1-800-439-2370.
- Medicare através do número 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas por dia, 7 dias por semana. Os utilizadores de TTY (pessoas que têm dificuldade em ouvir ou falar) podem telefonar para 1-877-486-2048.

NOTA: se estiver num programa de gestão de medicamentos, talvez não consiga alterar os planos. Consulte o Capítulo 5, Secção G para obter informações sobre os programas de gestão de medicamentos.

B. Como encerrar a sua participação no nosso plano

Se decidir terminar a sua associação, telefone para o MassHealth ou Medicare e diga que pretende sair do CCA One Care.

- Telefone para o Serviço de Apoio a Associados do MassHealth através do número 1-800-841-2900, de segunda a sexta-feira, das 8 am às 5 pm. Os



Se tiver dúvidas, telefone para o CCA One Care através do número 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.ccama.org.256

utilizadores de TTY (pessoas surdas, com dificuldade auditiva ou incapacidade na fala) podem telefonar para o número 1-800-497-4648, **OU**

- Envie um Formulário de Decisão de Inscrição (Enrollment Decision Form) ao MassHealth. Pode obter o formulário no Website www.mass.gov/one-care, ou telefonando para o número 866-610-2273 (TTY 711) se precisar que enviemos um pelo correio; **OU**
- Quando o Serviço de Apoio ao Cliente do MassHealth estiver fechado, telefone para o Medicare através do número 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas por dia, 7 dias por semana. Os utilizadores de TTY (pessoas com dificuldade em ouvir ou falar) devem telefonar para 1-877-486-2048. Quando telefonar para 1-800-MEDICARE, também pode inscrever-se noutro plano de saúde ou de medicamentos do Medicare. Pode encontrar mais informações sobre como obter os seus serviços Medicare quando sair do nosso plano na tabela da página 232.

A sua cobertura do CCA One Care terminará no último dia do mês em que recebermos o seu pedido.

C. Como aderir a outro plano One Care

Se quiser continuar a receber os benefícios do Medicare e do MassHealth num único plano, poderá aderir a outro plano One Care.

Para se inscrever noutro plano One Care:

- Inscreva-se online em: www.mass.gov/one-care
- Telefone para o Serviço de Apoio a Associados do MassHealth através do número 1-800-841-2900, de segunda a sexta-feira, das 8 am às 5 pm. Os utilizadores de TTY (pessoas surdas, com dificuldade auditiva ou incapacidade na fala) podem telefonar para o número 1-800-497-4648.
- Comunique que pretende sair do CCA One Care e aderir a outro plano One Care. Se não tiver a certeza do plano a que pretende aderir, podem informá-lo sobre os planos One Care na sua área; **OU**
- Envie um Formulário de Decisão de Inscrição ao MassHealth. Pode obter o formulário no Website www.mass.gov/one-care, ou telefonando para o número 866-610-2273 (TTY 711) se precisar que enviemos um pelo correio.

A sua cobertura do CCA One Care terminará no último dia do mês em que recebermos o seu pedido.



Se tiver dúvidas, telefone para o CCA One Care através do número 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.ccama.org.257

D. Como obter serviços Medicare e MassHealth separadamente

Caso não pretenda inscrever-se num plano de cuidados único depois de sair do CCA One Care, normalmente irá regressar aos seus serviços Medicare e MassHealth separadamente.

D1. Formas de obter os seus serviços do MassHealth

Irá receber os seus serviços do MassHealth diretamente de médicos e outros prestadores utilizando o seu cartão MassHealth. A isso chama-se “taxa por serviço”. Os seus serviços do MassHealth incluem a maioria dos serviços e assistência a longo prazo e cuidados de saúde comportamental.

D2. Formas de obter os seus serviços Medicare

Poderá escolher como obter os benefícios do Medicare.



1. O associado pode mudar para:

Um plano de saúde Medicare por exemplo, um Plano Medicare Advantage ou um Program of All-inclusive Care for the Elderly (PACE, Programa de Cuidados Completos para Idosos)

Veja o que fazer:

Telefone para o Medicare através do número 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas por dia, 7 dias por semana. Os utilizadores de TTY devem telefonar para o número 1-877-486-2048 para se inscreverem num plano de saúde do Medicare ou PACE.

Se necessitar de ajuda ou mais informações:

- Telefone para o Programa SHINE (Serving Health Insurance Needs of Everyone [Servir as Necessidades de Seguros de Saúde de Todos]) através do número 1-800-243-4636. Os utilizadores de TTY podem telefonar para o número 1-800-439-2370.

A sua cobertura relativamente ao CCA One Care terminará no último dia do mês antes do início da cobertura do seu novo plano.



2. Você pode mudar para:

Original Medicare com um plano separado de medicamentos sujeitos a receita médica do Medicare

Veja o que fazer:

Telefone para o Medicare através do número 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas por dia, 7 dias por semana. Os utilizadores de TTY devem telefonar para o número 1-877-486-2048 para se inscrever no Original Medicare com um plano de prescrição de medicamentos Medicare em separado.

Se necessitar de ajuda ou mais informações:

- Telefone para o Programa SHINE (Serving Health Insurance Needs of Everyone [Servir as Necessidades de Seguros de Saúde de Todos]) através do número 1-800-243-4636. Os utilizadores de TTY devem contactar o número 1-800-439-2370.

A sua cobertura do CCA One Care terminará no último dia do mês anterior ao início da cobertura Original Medicare.



3. Você pode mudar para:

Original Medicare sem um plano separado de medicamentos sujeitos a receita médica do Medicare

NOTA: se mudar para o Medicare Original e não se inscrever num plano separado de medicamentos sujeitos a receita médica do Medicare, o Medicare poderá inscrevê-lo num plano de medicamentos, a menos que informe o Medicare de que não pretende associar-se.

Só precisa de desistir da cobertura de medicamentos sujeitos a receita médica se tiver cobertura de medicamentos de uma outra fonte, por exemplo, uma entidade patronal ou sindicato. Se tiver dúvidas sobre se precisa de cobertura para medicamentos, telefone para o Programa SHINE através do número 1-800-243-4636. Os utilizadores de TTY devem contactar o número 1-800-439-2370.

Veja o que fazer:

Telefone para o Medicare através do número 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas por dia, 7 dias por semana. Os utilizadores de TTY devem ligar para o número 1-877-486-2048 para se inscreverem no Medicare Original e deixar de participar no plano de medicamentos de prescrição Medicare em separado.

Se necessitar de ajuda ou mais informações:

- Telefone para o Programa SHINE (Serving Health Insurance Needs of Everyone [Servir as Necessidades de Seguros de Saúde de Todos]) através do número 1-800-243-4636. Os utilizadores de TTY devem contactar o número 1-800-439-2370.

A sua cobertura do CCA One Care terminará no último dia do mês anterior ao início da cobertura Original Medicare.



E. Outras opções

Algumas pessoas que decidem não aderir a um plano One Care podem aderir a um tipo diferente de plano para obter os seus benefícios Medicare e MassHealth em conjunto.

- Se tem 55 anos ou mais, poderá ser elegível para se inscrever no Program of All-Inclusive Care for the Elderly [PACE, Programa de Cuidados Completos para Idosos] (aplicam-se critérios adicionais). O PACE ajuda adultos mais velhos a permanecer na comunidade em vez de receberem cuidados numa instituição de enfermagem.
- Se tiver 65 anos ou mais quando deixou o CCA One Care, poderá aderir ao plano Senior Care Options [SCO, Opções de Cuidados para Seniores].

Para saber mais sobre os planos PACE ou SCO, e se pode aderir a um deles, telefone para o Serviço de Apoio a Associados do MassHealth através do número 1-800-841-2900, de segunda a sexta-feira, das 8 am às 5 pm. Os utilizadores de TTY (pessoas surdas, com dificuldade auditiva ou incapacidade na fala). Continuar a receber os seus serviços e medicamentos do Medicare e do MassHealth por meio do nosso plano até que a sua associação termine.

Se sair do CCA One Care, tem de continuar a receber os seus medicamentos sujeitos a receita médica e cuidados de saúde através do nosso plano até ao início do mês seguinte.

- Utilize prestadores da rede para receber cuidados médicos.
- **Utilize as farmácias da nossa rede, incluindo através dos nossos serviços de farmácia de encomenda por correio, para aviar as suas receitas.**
- **Se for hospitalizado no dia em que a sua associação no CCA One Care terminar, o seu internamento hospitalar será normalmente coberto pelo nosso plano até ter alta.** Isso acontecerá mesmo se a sua nova cobertura de saúde começar antes de você receber alta.



Se tiver dúvidas, telefone para o CCA One Care através do número 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.ccama.org.262

F. Outras situações em que a sua associação termina

São os seguintes os casos em que MassHealth ou Medicare têm de encerrar a sua associação no nosso plano:

- Se houver uma interrupção na cobertura do Medicare Part A e Part B.
- Se já não for elegível para o MassHealth e o seu período de 2 meses tiver terminado. O nosso plano destina-se a pessoas qualificadas para o Medicare e o MassHealth.
- Se aderir a um programa de isenção de serviços domésticos e comunitários (Home and Community Based Services, HCBS) do MassHealth
- Se se mudar para fora da nossa área de cobertura.
- Se se mudar para uma instalação de cuidados intermédios operada pelo Massachusetts Department of Developmental Services [Departamento de Serviços de Desenvolvimento do Massachusetts].
- Se for para a cadeia ou prisão por um delito criminal.
- Se não for cidadão dos Estados Unidos ou não estiver legalmente presente nos Estados Unidos.
 - É necessário que seja cidadão dos Estados Unidos ou esteja legalmente presente nos Estados Unidos para ser um associado do nosso plano.
 - Os Centers for Medicare & Medicaid Services [Centros para Serviços Medicare e Medicaid] irão notificar-nos se não for elegível para continuar a ser associado nesta base.
 - Caso não cumpra este requisito, a sua inscrição tem de ser anulada.
- Caso tenha ou obtenha outro seguro abrangente para medicamentos sujeitos a receita médica ou cuidados médicos.
- Se deixar outra pessoa utilizar o seu Cartão de Identificação de Associado para receber cuidados.
 - Se, por este motivo, a sua associação terminar, o Medicare poderá solicitar ao Inspector General [Inspetor-Geral] que investigue o seu caso e o MassHealth poderá solicitar ao Bureau of Special Investigations [Gabinete de Investigações Especiais] que investigue o seu caso.



Se tiver dúvidas, telefone para o CCA One Care através do número 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.ccama.org.263

Também poderemos pedir-lhe que deixe o nosso plano se se comportar continuamente de uma forma tão perturbadora que não consigamos cuidar de si ou de outros associados do nosso plano. Só o poderemos fazer sair se recebermos autorização do Medicare e do MassHealth primeiro.

G. Regras contra solicitar que saia do nosso plano por qualquer motivo relacionado com a sua saúde ou incapacidade

Se considerarmos que estamos a pedir-lhe que saia do nosso plano por um motivo relacionado com a sua saúde ou incapacidade, deve contactar o Medicare através do número 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Os utilizadores de TTY devem contactar o número 1-877-486-2048. Pode telefonar 24 horas por dia, 7 dias por semana.

Também deve telefonar para o Serviço de Apoio ao Cliente do MassHealth através do número 1-800-841-2900, de segunda a sexta-feira, das 8 am às 5 pm. Os utilizadores de TTY podem telefonar para o número 1-800-497-4648.

Também pode telefonar para o Provedor de Justiça através do número 1-855-781-9898 (número gratuito), de segunda a sexta-feira, das 9 am às 4 pm.

- Use 7-1-1 para telefonar para 1-855-781-9898. Este número destina-se a pessoas surdas, com incapacidade auditiva ou com dificuldade de fala.
- Use o videofone (VP) 339-224-6831. Este número destina-se a pessoas surdas ou com incapacidade auditiva.
- Também pode enviar um email para o Provedor de Justiça em info@myombudsman.org.

H. Como obter mais informações sobre como terminar a associação ao seu plano

Se tiver dúvidas ou quiser obter mais informações sobre quando a sua associação pode terminar, poderá telefonar para o Serviço de Apoio a Associados através do número 866-610-2273 (TTY 711).



Se tiver dúvidas, telefone para o CCA One Care através do número 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.ccama.org.264

Capítulo 11: Avisos legais

Introdução

Este capítulo inclui avisos legais que se aplicam à sua associação ao CCA One Care. Os termos-chave e as suas definições aparecem por ordem alfabética no último capítulo do *Manual do Associado*.

Índice

A. Aviso sobre leis	266
B. Aviso sobre não discriminação	266
C. Aviso sobre o CCA One Care como segundo pagador	268
C1. Sub-rogação	268
C2. Direito de reembolso do plano de saúde	268
D. Aviso sobre práticas de privacidade	269
E. Nova tecnologia	269



A. Aviso sobre leis

Aplicam-se muitas leis a este *Manual do Associado*. Estas leis podem afetar os seus direitos e responsabilidades, mesmo que as leis não estejam incluídas ou explicadas neste manual. As principais leis que se aplicam a este manual são as leis federais sobre os programas Medicare e Medicaid e as leis estaduais sobre o programa Medicaid. Outras leis federais e estaduais também podem ser aplicadas.

B. Aviso sobre não discriminação

O nosso plano e todas as empresas ou agências que trabalham com o Medicare e MassHealth têm de obedecer às leis que o protegem contra a discriminação ou tratamento injusto. Não discriminamos nem o tratamento de forma diferente devido à sua idade, experiência, cor, etnia, prova de segurabilidade, género, informação genética, localização geográfica dentro da área de cobertura, estado de saúde, histórico clínico, incapacidade mental ou física, origem nacional, raça, religião, sexo ou orientação sexual.

Além disso, não discriminamos membros nem o tratamos de forma diferente devido a recursos, comportamento, identidade de género, capacidade mental, receção de cuidados de saúde, utilização de serviços, condição médica, estado de saúde, receção de serviços de saúde, estado civil, credo, assistência pública ou local de residência.

A Commonwealth Care Alliance, Inc.:

- Fornece ajuda e serviços gratuitos para que pessoas com deficiência comuniquem de forma eficaz connosco, como:
 - Intérpretes qualificados de linguagem gestual
 - Informações escritas em outros formatos (letras grandes, áudio, formatos eletrónicos acessíveis, outros formatos)
- Fornece serviços linguísticos gratuitos a pessoas cujo idioma principal não é o inglês, tais como:
 - Intérpretes qualificados
 - Informações escritas noutras línguas

Se precisar destes serviços, contacte os Serviços de Apoio a Associados.

Se acredita que a Commonwealth Care Alliance, Inc. não prestou estes serviços ou discriminou de outra forma com base na condição médica, estado de saúde, recebimento de cuidados de saúde, experiência relativa a reclamações, historial médico, incapacidade (incluindo incapacidade mental), estado civil, idade, sexo (incluindo estereótipos sexuais e identidade de género), orientação sexual, país de origem, raça, cor, religião, credo, assistência pública ou local de residência, pode apresentar uma reclamação junto de:



Se tiver dúvidas, telefone para o CCA One Care através do número 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.ccama.org.266

Commonwealth Care Alliance, Inc.
Civil Rights Coordinator
30 Winter Street
Boston, MA 02108
Telefone: 617-960-0474, extensão. 3932 (TTY 711)
Fax: 857-453-4517
E-mail: civilrightscordinator@commonwealthcare.org

Você pode registrar uma reclamação pessoalmente ou por correio, fax ou e-mail. Caso precise de ajuda para apresentar uma reclamação, o Civil Rights Coordinator estará disponível para o ajudar.

Também pode apresentar uma queixa de direitos civis no U.S. Department of Health and Human Services [Departamento de Saúde e Serviços Humanos], Office for Civil Rights [Gabinete de Direitos Civis], pelo portal eletrônico, Office for Civil Rights Complaint Portal [Portal de Reclamações do Gabinete de Direitos Civis], disponível em: ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf, ou por e-mail ou telefone em:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, DC 20201
Telefone: 800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Estão disponíveis formulários de reclamação em: www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

Para obter mais informações, poderá também consultar o Capítulo 8, Secção B, “A nossa responsabilidade em tratá-lo com respeito, justiça e dignidade em todos os momentos”.

Se quiser mais informações ou tiver preocupações sobre discriminação ou tratamento injusto:

- Telefone para o Departamento de Saúde e Serviços Humanos, Gabinete de Direitos Civis através do número 1-800-368-1019. Os utilizadores de TTY podem telefonar para 1-800-537-7697. Também pode aceder a www.hhs.gov/ocr para obter mais informações.
- Telefone para o seu Gabinete de Direitos Civis local através do número [617-963-2917](tel:617-963-2917). Os utilizadores de TTY devem telefonar para [617-727-4765](tel:617-727-4765). Também pode aceder a: <https://www.mass.gov/how-to/file-a-civil-rights-complaint> para obter mais informações.

Se tiver uma incapacidade e necessitar de ajuda para aceder aos serviços de cuidados de saúde ou de um prestador, telefone para o Serviço de Apoio a Associados. Se tiver uma



Se tiver dúvidas, telefone para o CCA One Care através do número 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.ccama.org.267

reclamação por exemplo, um problema de acesso para cadeiras de rodas, o Serviço de Apoio a Associados pode ajudar.

C. Aviso sobre o CCA One Care como segundo pagador

Por vezes, outra pessoa terá de pagar primeiramente pelos serviços que recebe de nós. Por exemplo, se estiver num acidente de viação ou se sofrer uma lesão no trabalho, o seguro ou a Workers Compensation [Compensação dos Trabalhadores] têm de pagar primeiro. Depois, se necessário, nós pagaremos.

O CCA One Care você tem o direito e a responsabilidade de cobrar o pagamento pelos serviços cobertos quando outra pessoa tiver de pagar primeiro.

C1. Sub-rogação

Sub-rogação é o processo pelo qual o CCA One Care recebe de outra seguradora parte ou a totalidade dos custos dos seus cuidados de saúde. Exemplos de outras seguradoras incluem:

- O seu seguro do seu veículo motorizado ou da sua habitação
- O seguro automóvel ou residencial de um indivíduo que causou a sua doença ou lesão
- Compensação de trabalhadores

Se uma seguradora que não o CCA One Care pagar serviços relacionados com uma doença ou lesão, o CCA One Care tem o direito de solicitar à seguradora que nos reembolse. A menos que seja requerido de outra forma por lei, a cobertura desta apólice pelo CCA One Care será secundária quando outro plano, incluindo, entre outras possibilidades, a cobertura de pagamento médico no âmbito de uma apólice de seguro automóvel ou residencial, lhe fornecer cobertura para serviços de cuidados de saúde.

C2. Direito de reembolso do plano de saúde

Se receber dinheiro de uma ação judicial ou acordo por uma doença ou lesão, o CCA One Care tem o direito de solicitar que reembolse o custo dos serviços cobertos, pelos quais nós pagámos. Não poderemos fazer com que nos reembolse mais do que o montante que recebeu em resultado do processo judicial ou acordo.

Como associado do CCA One Care, você concorda em:

- Informar-nos de quaisquer eventos que possam afetar os direitos de Sub-rogação ou Reembolso do CCA One Care.
- Cooperar com o CCA One Care quando solicitamos informações e assistência no que se refere a Coordenação de Benefícios, Sub-rogação ou Reembolso.



Se tiver dúvidas, telefone para o CCA One Care através do número 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.ccama.org.268

- Assinar documentos para ajudar o CCA One Care no que se refere aos seus direitos de Sub-rogação e Reembolso.
- Autorizar o CCA One Care a investigar, solicitar e divulgar as informações necessárias para realizar a Coordenação de Benefícios, Sub-rogação e Reembolso na medida permitida por lei.

Se não estiver disposto a ajudar-nos, poderá ter de reembolsar-nos por custos em que possamos incorrer, incluindo honorários razoáveis de porta-vozes, na aplicação dos nossos direitos nos termos deste plano.

D. Aviso sobre práticas de privacidade

Este Aviso descreve como as suas informações de saúde podem ser utilizadas e divulgadas e como pode obter estas informações. Leia este Aviso de Práticas de Privacidade com atenção. Se tiver alguma dúvida, telefone para Serviços de Apoio a Associados através de 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana.

O Aviso de Práticas de Privacidade descreve como a CCA One Care pode utilizar e divulgar as suas informações médicas; explica os seus direitos em relação às suas informações médicas; e descreve como e onde você pode registar uma reclamação relacionada com a privacidade. O Aviso explica as situações em que é necessária ou não uma autorização para partilharmos as suas informações com outras pessoas. O Aviso está sempre disponível no website da CCA One Care, no Capítulo 8, Secção D2 deste manual e mediante solicitação.

E. Nova tecnologia

Iremos rever regularmente novos procedimentos, dispositivos, tratamentos e medicamentos para determinar se são seguros e eficazes para os associados. Novas tecnologias consideradas seguras e eficazes são elegíveis para se tornarem Serviços Cobertos. Se a tecnologia se tornar num Serviço Coberto, estará sujeita a todos os outros termos e condições do plano, incluindo necessidade médica e qualquer copagamento, co-seguro, franquia ou outras contribuições de pagamento aplicáveis.

Qualquer dispositivo, tratamento médico, medicamento, produto ou procedimento cuja segurança e eficácia não tenham sido estabelecidas e comprovadas é considerado experimental, investigacional ou não comprovado. As terapias investigacionais ou não comprovadas não são medicamente necessários e estão excluídos da cobertura, a menos que sejam explicitamente cobertos pelo Medicare ou pelos documentos do plano do CCA.



Se tiver dúvidas, telefone para o CCA One Care através do número 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.ccama.org.269

Quando determinamos se cobriremos novas tecnologias no caso de um associado devido a circunstâncias clínicas únicas, ou porque todas as outras opções de tratamento foram esgotadas, e há razão para acreditar que a intervenção solicitada será bem-sucedida, um dos nossos Diretores Médicos faz uma determinação da necessidade médica com base na documentação médica do associado, revendo evidências em publicações científicas e, quando apropriado, consultando um profissional com especialidade relevante ou experiência profissional relevantes.



Capítulo 12: Definições de palavras importantes

Introdução

Este capítulo inclui os termos-chave utilizados em todo o *Manual do Associado* com as suas definições. Os termos são referidos por ordem alfabética. Se não conseguir encontrar o termo que procura ou se necessitar de mais informações do que uma definição, contacte o Serviço de Apoio a Associados.



Atividades da vida diária: coisas que as pessoas fazem num dia normal por exemplo, comer, utilizar a casa de banho, vestir-se, tomar banho ou escovar os dentes.

Ação adversa: uma ação, ou falta de ação, do CCA One Care da qual pode recorrer. Tal inclui:

- O CCA One Care negou ou aprovou um serviço limitado que o seu prestador solicitou;
- O CCA One Care reduziu, suspendeu ou encerrou uma cobertura que já tínhamos aprovado;
- O CCA One Care não pagou por um equipamento ou serviço que você considera ser um Serviço Coberto;
- O CCA One Care não resolveu a sua solicitação de autorização de serviço dentro dos prazos requeridos;
- O associado não conseguiu obter um Serviço Coberto de um prestador na rede do CCA One Care num prazo razoável; e
- O CCA One Care não respeitou os prazos para rever e dar-lhe uma decisão de cobertura.

Ajuda paga pendente: receber os seus benefícios enquanto espera por uma decisão de recurso. Essa cobertura contínua é denominada “auxílio pago pendente”.

Centro cirúrgico em ambulatório: uma unidade que presta serviços cirúrgicos em ambulatório a doentes que não necessitam de cuidados hospitalares e que não precisam de mais de 24 horas de cuidados nas instalações.

Recurso: um modo formal de contestar a nossa decisão se considerar que cometemos um erro. Pode pedir-nos para alterar ou reverter a nossa decisão, apresentando um recurso. Por exemplo, poderá apresentar um recurso se não pagarmos por um medicamento, equipamento ou serviço que considera que deveria obter. O Capítulo 9 explica os recursos, incluindo como apresentar um recurso.

Serviços de saúde comportamental: tratamentos para saúde mental e uso de substâncias.

Medicamentos de marca: um medicamento controlado que é fabricado e vendido pela empresa que o fabricou pela primeira vez. Os medicamentos de marca têm as mesmas substâncias ativas das versões genéricas dos medicamentos. Os medicamentos genéricos são produzidos e vendidos por outras empresas farmacêuticas.



Parceiro de Cuidados: uma pessoa principal que interage consigo, com a CCA One Care e com os seus prestadores de cuidados para garantir que você recebe os cuidados de que precisa.

Equipa de cuidados: uma equipa que pode incluir médicos, pessoal de enfermagem, conselheiros, profissionais de saúde e outros que escolher para ajudá-lo a obter os cuidados de que precisa. A sua Equipa de Cuidados também o ajudará a fazer um Plano de Cuidados Individualizados (ICP).

Centros para Serviços Medicare e Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS): a agência federal responsável pelo Medicare. O Capítulo 2 explica como entrar em contacto com os CMS.

Reclamação ou queixa: uma declaração escrita ou falada expressando uma preocupação sua relativamente aos serviços ou cuidados cobertos. Inclui quaisquer preocupações sobre a qualidade dos seus cuidados, dos nossos prestadores da rede ou de farmácias da nossa rede. A expressão “apresentar uma reclamação” é “apresentar queixa”.

Avaliação abrangente: uma revisão do historial clínico e condição atual de um doente. É utilizada para determinar a saúde do doente e como se poderá alterar no futuro.

Instalação de reabilitação em ambulatório abrangente (CORF, do inglês “comprehensive outpatient rehabilitation facility”): uma instalação que fornece principalmente serviços de reabilitação após uma doença, acidente ou operação importante. Presta vários serviços, incluindo fisioterapia, serviços sociais ou psicológicos, terapêutica respiratória, terapia ocupacional, terapia da fala e serviços de avaliação do ambiente ao domicílio.

Continuidade dos cuidados: a quantidade de tempo que pode continuar a utilizar os seus médicos e obter os seus serviços atuais depois de se tornar associado do CCA One Care. O período de Continuidade de Cuidados dura 90 dias ou até a sua avaliação abrangente e o seu Plano de Cuidados Individualizados (ICP) estarem concluídos.

Decisão de cobertura: uma decisão sobre que benefícios cobrimos. Tal inclui decisões sobre os medicamentos e serviços cobertos, ou o montante que iremos pagar pelos seus serviços de cuidados de saúde. O Capítulo 9 explica como nos pode solicitar uma decisão de cobertura.

Medicamentos cobertos: o termo que usamos para significar todos os medicamentos que o nosso plano cobre.



Serviços cobertos: o termo geral que usamos para designar todos os serviços de cuidados de saúde, serviços e cuidados continuados, fornecimento, medicamentos sujeitos a receita médica e não sujeitos a receita médica, equipamentos e outros serviços cobertos pelo nosso plano.

Formação em competências culturais: formação que fornece instrução adicional aos nossos prestadores de saúde, ajudando-os a entender melhor a sua formação, valores e crenças de modo a adaptar os serviços no sentido de satisfazer as suas necessidades sociais, culturais e linguísticas.

Cancelamento da inscrição: o processo para encerrar a sua inscrição no nosso plano. O cancelamento da inscrição pode ser voluntário (sua própria escolha) ou involuntário (não é sua escolha por exemplo, se deixar de ser elegível para o MassHealth).

Equipamento médico durável (DME, do inglês “durable medical equipment”)

Determinados itens que o seu prestador de cuidados de saúde encomenda para utilização em sua própria casa. Exemplos desses produtos são cadeiras de rodas, muletas, colchões elétricos, consumíveis para diabéticos, leitos hospitalares encomendados por um prestador para uso ao domicílio, bombas de perfusão IV, dispositivos geradores de fala, equipamentos e fornecimento de oxigénio, nebulizadores e andarilhos.

Emergência: uma condição médica que um leigo prudente com um conhecimento médio de saúde e medicina poderia esperar ser tão séria que, se não recebesse atenção médica imediata, poderia resultar em morte, disfunção grave de um órgão ou parte do corpo, ou dano à função de uma parte do corpo, ou, em relação a uma mulher grávida, colocar a saúde física ou mental da sua criança em gestação em sério risco. Os sintomas médicos de uma emergência incluem dor intensa, dificuldade em respirar ou hemorragia não controlada.

Atendimento de emergência serviços cobertos necessários para tratar uma emergência médica, fornecidos por um prestador com formação para prestar serviços de emergência.

Inscrição: o processo necessário para se tornar um associado no nosso plano.

Exceção: autorização para obter cobertura para um medicamento que normalmente não é coberto pelo nosso plano ou para utilizar o medicamento sem determinadas regras e limitações.

Extra Help: Programa Medicare que ajuda pessoas com rendimentos e recursos limitados a reduzir os custos de medicamentos sujeitos a receita médica do Medicare Part D, por exemplo, prémios, franquias e copagamentos. O Extra Help também é denominado “Low-Income Subsidy” [LIS, Subsídio para Baixos Rendimentos].



Se tiver dúvidas, telefone para o CCA One Care através do número 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.ccama.org.274

Benefícios flexíveis: itens ou serviços que não sejam Serviços Abrangidos. O seu plano de saúde pode cobrir Benefícios Flexíveis conforme especificado no seu Plano de Cuidados Individualizados (ICP) e para ajudar a satisfazer as necessidades.

Medicamento genérico: um medicamento prescrito aprovado pelo governo federal para uso em vez de um medicamento de marca. Um medicamento genérico tem as mesmas substâncias ativas que um medicamento de marca. É normalmente mais barato e funciona tão bem como o medicamento de marca.

Queixa: consulte “Reclamação ou queixa”.

Plano de saúde: uma organização composta por médicos, hospitais, farmácias, prestadores de serviços continuados e outros prestadores. Também inclui parceiros de cuidados para ajudá-lo a gerir todos os seus prestadores e serviços. Todos trabalham conjuntamente para garantir que receba os cuidados de que precisa.

Auxiliar de saúde ao domicílio: uma pessoa que fornece serviços que não necessitam das competências de enfermeiro ou terapeuta licenciado por exemplo, assistência relativamente a cuidados pessoais (por exemplo, tomar banho, utilizar a casa de banho, vestir-se ou fazer os exercícios prescritos por um prestador). Os auxiliares de saúde ao domicílio não têm licença de enfermagem nem prestam terapia.

Cuidados paliativos: um programa de cuidado e apoio para ajudar pessoas com prognóstico terminal a viverem confortavelmente. Um prognóstico terminal significa que uma pessoa tem uma doença terminal e espera-se que tenha seis meses ou menos de vida.

- Uma pessoa inscrita com prognóstico terminal tem o direito de escolher a unidade de cuidados paliativos.
- Uma equipa de profissionais e prestadores de cuidados com formação especial que presta cuidados à pessoa na sua totalidade, incluindo necessidades físicas, emocionais, sociais e espirituais. Os serviços incluem enfermagem; serviços sociais médicos; médico; aconselhamento, incluindo luto, aconselhamento dietético, espiritual ou outros tipos de aconselhamento; terapêutica física, ocupacional e da fala; assistência com cuidados de saúde ao domicílio; materiais médicos, medicamentos, materiais biológicos; e cuidados de internamento de curto prazo.
- O CCA One Care tem de lhe fornecer uma lista de prestadores de cuidados paliativos na sua área geográfica.



Faturação indevida/inapropriada: uma situação em que um prestador (como um médico ou hospital) fatura-lhe mais do que o valor de partilha de custos do plano pelos serviços. Mostre o seu cartão de associado do CCA One Care quando receber qualquer serviço ou receita. Telefone para o Serviço de Apoio a Associados se receber alguma fatura que não entende. Como o CCA One Care paga o custo total dos seus serviços, você não terá de pagar qualquer divisão de custos. Os prestadores não lhe devem faturar por estes serviços.

Entidade de Revisão Independente (IRE, do inglês “Independent Review Entity”): a organização independente contratada pelo Medicare para analisar recursos Externos (Nível 2) se não decidirmos inteiramente a favor do seu recurso Interno.

Plano de Cuidados Individualizados (ICP, do inglês “Individualized Care Plan”): um plano que descreve que serviços de cuidados de saúde irá receber e como irá obtê-los. (Também conhecido como Plano de Cuidados Pessoais individualizado).

Internamento: um termo utilizado quando você foi oficialmente internado num hospital de serviços médicos especializados. Se não foi oficialmente internado, poderá, ainda assim, ser considerado um doente em ambulatório em vez de internado, mesmo que passe a noite no hospital.

Recurso de Nível 1: uma solicitação que um associado faz a um plano para que ocorra uma revisão de uma Ação Adversa (também chamado recurso Interno).

Recurso de Nível 2: um recurso apresentado a uma organização independente não ligada ao plano que solicita a revisão uma decisão do plano relativamente a um Recurso de Nível 1 (a primeira fase num Recurso Externo relativamente a um serviço do Medicare).

Lista de medicamentos cobertos (Lista de medicamentos): Uma lista de medicamentos sujeitos a receita médica cobertos pelo CCA One Care. Escolhemos os medicamentos a incluir nesta lista com a assistência de prestadores e farmacêuticos. A Lista de Medicamentos informa se há alguma regra que é necessário que siga para obter os seus medicamentos. A Lista de Medicamentos por vezes é denominada “formulário”.

Serviços e apoios continuados (LTSS, do inglês “long-term services and supports”): assistência para que possa permanecer em casa em vez de recorrer a um lar residencial ou a um hospital.

Coordenador de Assistência Continuada (LTS, do inglês “Long-term Supports”): uma pessoa que colabora consigo e com a sua Equipa de Cuidados para garantir que recebe os serviços e que apoia a sua necessidade de viver de forma independente.



MassHealth: O programa Medicaid da Commonwealth do Massachusetts.

Conselho de Audiências (BOH, do inglês “Board of Hearings”) do MassHealth: o Conselho de Audiências, conjuntamente com o Gabinete do Medicaid do Massachusetts Executive Office of Health and Human Services Office [Gabinete Executivo de Saúde e Segurança Social do Massachusetts, EOHHS].

Medicaid (ou Assistência Médica): um programa gerido pelos governos federais e estaduais que ajuda pessoas com rendimentos e recursos limitados a pagar serviços e assistência a longo prazo e custos médicos.

- Serviços e medicamentos adicionais não cobertos pelo Medicare.
- Os programas do Medicaid variam de estado para estado, mas a maioria dos custos de saúde são cobertos no caso das pessoas que se qualificam para o Medicare e o Medicaid.
- Consulte o Capítulo 2 para obter informações sobre como contactar o Medicaid no Massachusetts. O MassHealth é o programa Medicaid da Commonwealth do Massachusetts.

Clinicamente necessário: serviços que são razoáveis e necessários:

- Para o diagnóstico e tratamento da sua doença ou lesão; **ou**
- Para melhorar o funcionamento de uma parte malformada do corpo; **ou**
- Caso contrário, medicamento necessário de acordo com a legislação do Medicare.

De acordo com a lei e as regulamentações do Medicaid, e em conformidade com o MassHealth, os serviços são medicamente necessários se:

- Puderem ser razoavelmente calculados para prevenir, diagnosticar, prevenir o agravamento, aliviar, corrigir ou curar condições que colocam em perigo a sua vida, causam sofrimento ou dor, causam deformidade física ou mau funcionamento, ameaçam causar ou agravar uma incapacidade ou resultam em doença ou enfermidade; **e**
- Não houver nenhum outro serviço médico ou local de atendimento disponível que funcione bem e seja mais barato para si.



A qualidade dos serviços medicamente necessários tem de cumprir as normas profissionalmente reconhecidas de cuidados de saúde, e os serviços medicamente necessários também têm de ser comprovados por registos que incluam provas dessa necessidade médica e qualidade.

Medicare: o programa federal de seguro de saúde para determinadas pessoas: aquelas com 65 anos ou mais, aquelas com menos de 65 anos com determinadas incapacidades e aquelas com doença renal em estágio terminal (geralmente, isso significa doentes com insuficiência renal permanente que precisam de diálise ou transplante de rim). As pessoas com acesso ao Medicare podem obter a sua cobertura de saúde Medicare através do Original Medicare ou de um plano de assistência gerida (consulte “Plano de saúde”).

Plano Medicare Advantage: um programa Medicare, também conhecido como “Medicare Part C” ou “Planos MA”, que oferece planos por meio de empresas privadas. O Medicare paga a estas empresas para cobrirem os seus benefícios para o Medicare.

Serviços cobertos pelo Medicare: serviços cobertos pelo Medicare Part A e Part B. Todos os planos de saúde do Medicare, incluindo o nosso plano, têm de cobrir todos os serviços cobertos pelo Medicare Part A e Part B.

Inscrito no Medicare-Medicaid: uma pessoa que se qualifica para receber cobertura do Medicare e do Medicaid. Um inscrito no Medicare-Medicaid também se chama “indivíduo duplamente elegível”.

Medicare Part A: o programa Medicare que cobre a maioria dos cuidados medicamente necessários em hospitais, instituições de enfermagem especializadas, saúde ao domicílio e cuidados paliativos.

Medicare Part B: o programa Medicare que cobre serviços (como exames laboratoriais, cirurgias e consultas médicas) e equipamentos (como cadeiras de rodas e andarilhos) que são clinicamente necessários para tratar uma doença ou condição. O Medicare Part B também cobre muitos serviços preventivos e de rastreio.

Medicare Parte C: o programa Medicare que permite que as seguradoras privadas de saúde forneçam benefícios ao Medicare por meio de um plano de saúde denominado Medicare Advantage Plan.

Medicare Part D: o programa de medicamentos sujeitos a receita médica cobertos pelo Medicare. (Chamamos este programa de “Part D”, para abreviar.) A Part D cobre medicamentos sujeitos a receita médica para doentes em ambulatório, vacinas e alguns fornecimentos não cobertos pelo Medicare Part A ou Part B ou MassHealth. O CCA One Care inclui Medicare Part D.



Se tiver dúvidas, telefone para o CCA One Care através do número 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. A chamada é gratuita. **Para mais informações,** visite www.ccama.org.278

Medicamentos do Medicare Part D: medicamentos que podem ser cobertos pelo Medicare Part D. (Consulte a Lista de Medicamentos para verificar os medicamentos cobertos.) O Congresso excluiu especificamente determinados níveis de medicamentos da cobertura como medicamentos do Part D, mas o MassHealth pode cobrir alguns desses medicamentos.

Associado (associado do nosso plano, ou associado do plano): uma pessoa com Medicare e MassHealth que se qualifica para obter os serviços cobertos, inscreveu-se no nosso plano e cuja inscrição foi confirmada pelos Centers for Medicare & Medicaid Services [Centros de Serviços Medicare e Medicaid, CMS] e MassHealth.

Manual do Associado e Informações de Divulgação: o presente documento, juntamente com o seu formulário de inscrição e quaisquer outros anexos ou apensos, que explicam a sua cobertura, as nossas responsabilidades e os seus direitos e responsabilidades enquanto associado do nosso plano.

Serviço de Apoio a Associados: um departamento dentro do nosso plano cuja função é responder às suas perguntas sobre a sua associação, benefícios, reclamações e recursos. Consulte o Capítulo 2 para obter informações sobre como contactar o Serviço de Apoio a Associados.

Farmácia da rede: uma farmácia (loja de medicamentos) que concordou em aviar receitas para os associados do nosso plano. Designamo-las por “farmácias da rede” porque concordaram em colaborar com o nosso plano. Na maioria dos casos, as suas receitas são cobertas apenas se forem aviadas numa das farmácias da nossa rede.

Prestador da rede: “prestador” é o termo geral que usamos para designar médicos, dentistas, pessoal de enfermagem e outras pessoas que prestam serviços e cuidados de saúde. O termo também inclui hospitais, agências de saúde ao domicílio, clínicas e outras instalações que oferecem serviços de cuidados de saúde, equipamentos médicos e serviços e cuidados continuados.

- São licenciados ou certificados pelo Medicare e pelo estado para prestar serviços de cuidados de saúde.
- Chamamos-lhes “prestadores da rede” quando concordam em colaborar com o plano de saúde e aceitam o nosso pagamento e não cobram aos nossos associados um valor extra.
- Enquanto for um associado do nosso plano, tem de utilizar prestadores da rede para obter os serviços cobertos.
- Os prestadores da rede também são denominados “prestadores do plano”



Lar ou instalação de enfermagem: uma instalação que presta cuidados a pessoas que não podem receber os seus cuidados em casa, mas que não precisam de estar no hospital.

Provedor de Justiça (em inglês, “Ombudsman”): uma pessoa ou organização no seu estado que trabalha como defensora dos seus direitos em seu nome. Pode responder a perguntas se você tiver um problema ou reclamação e podem ajudá-lo a compreender o que fazer. Os serviços do Provedor de Justiça são gratuitos. Os serviços do Provedor de Justiça para associados One Care são fornecidos pelo Provedor de Justiça. Pode encontrar mais informações sobre o Provedor de Justiça nos Capítulos 2 e 9 deste manual.

Determinação da organização: uma decisão de um plano ou de um dos seus prestadores sobre se os serviços são cobertos ou sobre quanto precisa de pagar pelos serviços cobertos. As determinações da organização são chamadas “decisões de cobertura” neste manual. O Capítulo 9 explica como nos pode solicitar uma decisão de cobertura.

Original Medicare [Medicare Original] (Medicare tradicional ou Medicare com taxa por serviço): Medicare disponibilizado pelo governo. No âmbito do Original Medicare, o Medicare paga médicos, hospitais e outros prestadores de saúde. Esses valores de pagamento são definidos pelo Congresso.

- Pode utilizar qualquer médico, hospital ou outro prestador de cuidados de saúde que aceite o Medicare. O Original Medicare tem duas partes: Part A (seguro hospitalar) e Part B (seguro médico).
- O Original Medicare está disponível em todos os locais nos Estados Unidos.
- Se não quiser fazer parte do nosso plano, poderá escolher o Original Medicare.

Farmácia fora da rede: uma farmácia que não concordou em colaborar com o nosso plano para fornecer medicamentos cobertos aos associados do nosso plano. A maioria dos medicamentos que compra em farmácias fora da rede não é coberta pelo nosso plano, a menos que determinadas condições sejam satisfeitas.

Prestador fora da rede ou instalação fora da rede: um prestador ou instalação que não é empregada, não pertence e não é operada pelo nosso plano e que não concordou em trabalhar connosco para prestar serviços cobertos aos associados do nosso plano. O Capítulo 3 explica o que são prestadores ou instalações fora da rede.



Medicamentos não sujeitos a receita médica (OTC, do inglês “over-the-counter”): medicamentos não sujeitos a receita médica refere-se a qualquer substância ou medicamento que uma pessoa pode comprar sem a prescrição de um profissional de saúde.

Part A: Consulte “Medicare Part A”.

Part B: Consulte “Medicare Part B”.

Part C: Consulte “Medicare Part C”.

Part D: Consulte “Medicare Part D”.

Medicamentos do Part D Consulte “Medicamentos do Medicare Part D”.

Informações pessoais de saúde (também designadas informações de saúde protegidas) (PHI, do inglês “personal health information”): informações sobre si e a sua saúde, tais como, o seu nome, morada, número de segurança social, consultas médicas e historial clínico. Consulte o Aviso de Práticas de Privacidade do CCA One Care para obter mais informações sobre como o CCA One Care protege, utiliza e divulga a suas ISP, bem como os seus direitos em relação às mesmas.

Informações pessoais identificáveis (PII, do inglês “personally identifiable information”): informações que podem ser usadas para identificar ou rastrear a identidade de um indivíduo, seja isoladamente ou quando combinadas com outras informações que estejam vinculadas ou possam ser vinculadas a um indivíduo específico.

Prestador de cuidados primários (PCP, do inglês “primary care provider”): o seu prestador de cuidados primários é o médico ou outro prestador a que recorre primeiro no que se refere à maioria dos problemas de saúde.

- O PCP garante que você recebe os cuidados necessários para se manter saudável. Irá colaborar com a sua Equipa de Cuidados.
- Também pode conversar com outros médicos e profissionais de saúde sobre os seus cuidados e encaminhá-lo para os mesmos.
- Consulte o Capítulo 3 para obter informações sobre como receber cuidados de prestadores de cuidados primários.

Autorização prévia (PA, do inglês “prior authorization”): uma aprovação do CCA One Care que você tem de obter antes de obter um serviço ou medicamento específico ou de utilizar um prestador fora da rede. O CCA One Care pode não cobrir o serviço ou medicamento se você não obtiver a aprovação.



Alguns serviços médicos da rede são cobertos apenas se o seu médico ou outro prestador da rede obtiver a PA do nosso plano.

- Os serviços cobertos que precisam de PA do nosso plano estão assinalados na Tabela de Benefícios no Capítulo 4.

Alguns medicamentos são cobertos apenas se obtiver a PA da nossa parte.

- Os medicamentos cobertos que precisam de PA do nosso plano estão assinalados na *Lista de Medicamentos Cobertos*.

Próteses e ortóteses: estes são dispositivos médicos solicitados pelo seu médico ou outro profissional de saúde. Os produtos cobertos incluem, entre outros, ortóteses para braços, costas e pescoço; membros artificiais; olhos artificiais; e dispositivos necessários para substituir uma parte ou função corporal interna, incluindo fornecimentos para ostomia e terapêutica de nutrição entérica e parentérica.

Organização de melhoria da qualidade (QIO, do inglês “quality improvement organization”): um grupo de médicos e outros profissionais de saúde que contribuem para melhorar a qualidade dos cuidados prestados a pessoas que beneficiam do Medicare. São pagos pelo governo federal para fiscalizar e melhorar os cuidados aos doentes. Consulte o Capítulo 2 para obter informações sobre como contactar a QIO no Massachusetts.

Limites de quantidade: um limite na quantidade de um medicamento que pode tomar. Pode haver limites na quantidade do medicamento que cobrimos por cada receita.

Ferramenta de benefícios em tempo real: Um portal ou aplicação informática em que os inscritos podem procurar medicamentos cobertos completos, precisos, atempados, clinicamente apropriados, específicos para inscritos e informações sobre benefícios. Isto inclui montantes de partilha de custos, medicamentos alternativos que podem ser utilizados para o mesmo estado de saúde que um determinado medicamento e restrições de cobertura (autorização prévia, terapêutica faseada, limites de quantidade) que se aplicam a medicamentos alternativos.

Encaminhamento: um encaminhamento significa que o seu prestador de cuidados primários (PCP) tem de lhe dar autorização para que possa recorrer a alguém que não seja o seu PCP. Como associado do CCA One Care, não precisa de uma recomendação para utilizar especialistas que estejam na nossa rede. Pode encontrar mais informações sobre encaminhamento no Capítulo 3 e sobre serviços que requerem encaminhamento no Capítulo 4.



Serviços de reabilitação: tratamento que recebe para o ajudar a recuperar de uma doença, acidente ou operação importante, incluindo fisioterapia, terapia da fala e da linguagem e terapia ocupacional. Consulte o Capítulo 4 para saber mais sobre os serviços de reabilitação.

Área de cobertura: uma área específica coberta por um plano de saúde (alguns planos de saúde apenas aceitam associados que vivem numa determinada área). No caso dos planos que limitam os prestadores de cuidados de saúde e os hospitais que pode usar, geralmente é a área onde pode obter serviços de rotina (não emergenciais). Apenas as pessoas que vivem na nossa área de cobertura podem obter o CCA One Care.

Centro de enfermagem especializada (SNF, do inglês “skilled nursing facility”): uma instituição de enfermagem com equipa e equipamentos para fornecer cuidados de enfermagem qualificados e, na maioria dos casos, serviços de reabilitação qualificados e outros serviços de cuidados de saúde relacionados.

Cuidados em centros de enfermagem especializados (SNF) serviços de enfermagem qualificados e serviços de reabilitação fornecidos continuamente, diariamente, numa instituição de enfermagem especializada. Entre os exemplos de cuidados IEE incluem-se a fisioterapia ou injeções intravenosas (IV) que um enfermeiro registado ou um prestador pode realizar.

Especialista: um prestador de cuidados de saúde que presta cuidados de saúde para uma doença específica ou parte do corpo.

Terapêutica faseada: uma regra de cobertura que requer que experimente outro medicamento antes de cobrirmos o medicamento que está a solicitar.

Sub-rogação um processo de substituição de um credor por outro, que se aplica se você tiver o direito legal a receber pagamento de um indivíduo ou organização porque outra parte foi responsável pela sua doença ou lesão. Poderemos utilizar este direito de sub-rogação, com ou sem o seu consentimento, para recuperar da parte responsável ou da seguradora dessa parte o custo dos serviços prestados ou das despesas incorridas por nós relacionadas com a sua doença ou lesão.

Rendimento de Segurança Suplementar (SSI, do inglês “Supplemental Security Income”): um benefício mensal pago pela Segurança Social a pessoas com rendimentos e recursos limitados, deficientes, cegas ou com 65 anos ou mais. Os benefícios de SSI não são iguais aos benefícios da Segurança Social.

Cuidados urgentes necessários: os cuidados que recebe em caso de doença, lesão ou condição súbita que não é uma emergência, mas que tem de cuidados imediato. Pode receber cuidados urgentes de prestadores fora da rede quando os prestadores da rede não estiverem disponíveis, ou não conseguir receber cuidados dos mesmos.



Se tiver dúvidas, telefone para o CCA One Care através do número 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. A chamada é gratuita. **Para mais informações,** visite www.ccama.org.283

Especialista em saúde da mulher: um especialista, incluindo um obstetra ou ginecologista, da rede de prestadores de serviços cobertos do CCA One Care que oferece serviços de cuidados de saúde preventivos e de rotina para mulheres.



Serviço de Apoio a Associados do CCA One Care

<p>TELEFONE</p>	<p>866-610-2273</p> <p>As ligações para este número são gratuitas.</p> <p>Horário de funcionamento: 8 am às 8 pm, 7 dias por semana.</p> <p>O Serviço de Atendimento a Membros também oferece serviços gratuitos de intérprete.</p>
<p>TTY</p>	<p>711 (MassRelay)</p> <p>As ligações para este número são gratuitas.</p> <p>Horário de funcionamento: 8 am às 8 pm, 7 dias por semana.</p>
<p>FAX</p>	<p>617-426-1311</p>
<p>ESCREVER</p>	<p>Commonwealth Care Alliance, Inc. Member Services Department 30 Winter Street Boston, MA 02108</p>
<p>WEBSITE</p>	<p>www.ccama.org</p>

