



1 de janeiro – 31 de dezembro de 2024

Prova de Cobertura:

Os seus benefícios e serviços de saúde e cobertura de medicamentos sujeitos a receita médica Medicare como Associado do CCA Senior Care Options (HMO D-SNP)

Esta brochura informa-o dos detalhes da cobertura Medicare e MassHealth (Medicaid), de 1 de janeiro a 31 de dezembro de 2024, dos seus cuidados de saúde, cuidados continuados, serviços ao domicílio e comunitários e medicamentos sujeitos a receita médica. **Este é um documento legal importante. Por favor, mantenha-o num local seguro.**

Para questões sobre este documento, contacte o Serviço de Atendimento a Membros através do número 866-610-2273. (Os utilizadores de TTY devem contactar o número 711). As horas são: das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. Esta chamada é gratuita.

Este plano, o CCA Senior Care Options, é oferecido pela Commonwealth Care Alliance, Inc. (Quando esta *Prova de Cobertura* refere “nós” ou “nosso”, tal significa Commonwealth Care Alliance, Inc. Quando refere “plano” ou “nosso plano”, tal significa CCA Senior Care Options.)

Os benefícios podem mudar a 1 de janeiro de 2025.

O formulário, a rede de farmácias e/ou a rede de prestadores podem sofrer alterações em qualquer momento. Receberá um aviso, quando necessário. Notificaremos os inscritos afetados sobre alterações com pelo menos 30 dias de antecedência.

Este documento explica os seus benefícios e direitos. Utilize este documento para compreender:

- O seu plano, o CCA Senior Care Options, tem um prémio de \$0 e uma partilha de custos de \$0;
- Os seus benefícios médicos e de medicamentos sujeitos a receita médica;
- Como apresentar uma reclamação se não estiver satisfeito com um serviço ou tratamento;
- Como nos contactar se precisar de mais assistência; e
- Outras proteções exigidas pela lei do Medicare.

H2225_24_EOC_C

O CCA Senior Care Options (HMO D-SNP) é um plano de saúde com contratos com os programas Medicare e Medicaid da Commonwealth do Massachusetts para fornecer benefícios de ambos os programas aos inscritos. A inscrição no plano depende da renovação dos acordos.

Pode obter este documento gratuitamente noutros formatos – por exemplo, em impressão de grande formato, braille ou áudio. Telefone para 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. A chamada é gratuita.

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 ແຜນຍາຂອງພວກເຮົາ. ເພື່ອຂໍລ່າມແປພາສາ, ພຽງໃຫຫາພວກເຮົາທີ່ເບີ 1-866-610-2273 (TTY 711). ຈະມີຜູ້ທີ່ເວົ້າພາສາອັງກິດ/ລາວຊ່ວຍທ່ານໄດ້. ນີ້ແມ່ນການບໍລິການບໍ່ເສຍຄ່າ.

Cambodian: យើងមានសេវាកម្មប្រែប្រួលទៅតាមតម្រូវការក្នុងស្រុកដើម្បីឆ្លើយតបនូវតម្រូវការដែលអ្នកអាចមាន អំពីគម្រោងសុខភាព ឬផ្ទុំរបស់យើង។ ដើម្បីទទួលបានអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ សូមហៅទូរសព្ទមកយើងតាមរយៈលេខ 1-866-610-2273 (TTY 711) ។ នរណាម្នាក់ដែលនិយាយភាសាអង់គ្លេស/ភាសាខ្មែរអាចជួយអ្នកបាន។ នេះគឺជាសេវាកម្មដែលឥតគិតថ្លៃ។

Prova de Cobertura 2024

Índice

CAPÍTULO 1: Começar como membro	5
SECÇÃO 1 Introdução.....	6
SECÇÃO 2 O que o torna elegível para ser um associado do plano?	8
SECÇÃO 3 Materiais importantes de adesão que irá receber	11
SECÇÃO 4 Não tem custos do seu próprio bolso como membro do CCA Senior Care Options.....	13
SECÇÃO 5 Manter o seu registo de membro do plano atualizado	16
SECÇÃO 6 Como funcionam os outros seguros com o nosso plano	17
CAPÍTULO 2: Números de telefone e recursos importantes	19
SECÇÃO 1 Contactos do CCA Senior Care Options (como entrar em contacto connosco, incluindo como entrar em contacto com o Serviço de Atendimento a Membros).....	20
SECÇÃO 2 Medicare (como obter ajuda e informação diretamente do programa Medicare Federal).....	24
SECÇÃO 3 State Health Insurance Assistance Program (Programa Estatal de Assistência ao Seguro de Saúde) (ajuda gratuita, informação e respostas às suas perguntas sobre o Medicare)	26
SECÇÃO 4 Organização de Melhoria da Qualidade.....	27
SECÇÃO 5 Segurança Social.....	28
SECÇÃO 6 MassHealth (Medicaid)	29
SECÇÃO 7 Informações sobre programas para ajudar as pessoas a pagar os seus medicamentos sujeitos a receita médica	32
SECÇÃO 8 Como entrar em contacto com o Railroad Retirement Board	33
SECÇÃO 9 Pode obter assistência da Linha de Aconselhamento de Enfermagem.....	34
SECÇÃO 10 – Pode obter assistência de agências de apoio a seniores.....	35
CAPÍTULO 3: Usar o plano para obter os seus serviços médicos e outros serviços cobertos	48
SECÇÃO 1 o que precisa saber sobre como obter os seus cuidados médicos e outros serviços como membro do nosso plano.....	49
SECÇÃO 2 Use prestadores dentro da rede do plano para obter o seu atendimento médico e outros serviços	51
SECÇÃO 3 Como obter serviços em caso de emergência ou necessidade urgente de atendimento ou durante um desastre	57
SECÇÃO 4 E se for cobrado diretamente pelo custo total dos serviços?.....	61

SECÇÃO 5	De que forma os seus serviços médicos são cobertos se participar num estudo de investigação clínica?	62
SECÇÃO 6	Regras para obter cuidados numa instituição de saúde não médica religiosa	64
SECÇÃO 7	Regras de propriedade de equipamentos médicos duráveis	65
CAPÍTULO 4: Tabela de Benefícios Médicos (o que está coberto)		68
SECÇÃO 1	Compreender os serviços cobertos	69
SECÇÃO 2	Use a Tabela de Benefícios Médicos para saber o que está coberto	69
SECÇÃO 3	Que serviços não são cobertos pelo plano?	149
CAPÍTULO 5: Usar a cobertura do plano para os medicamentos sujeitos a receita médica da Parte D		153
SECÇÃO 1	Introdução	154
SECÇÃO 2	Avie a sua receita numa farmácia dentro da rede ou por meio do serviço de compra pelo correio do plano	155
SECÇÃO 3	Os seus medicamentos têm de estar na “Lista de Medicamentos” do plano	159
SECÇÃO 4	Existem restrições à cobertura de alguns medicamentos	162
SECÇÃO 5	E se um dos seus medicamentos não estiver coberto da maneira que pretende?.....	164
SECÇÃO 6	E se a sua cobertura mudar no que se refere a um dos seus medicamentos?.....	166
SECÇÃO 7	Que tipos de medicamentos não são cobertos pelo plano?	169
SECÇÃO 8	Aviar uma receita	171
SECÇÃO 9	Cobertura de medicamentos da Parte D em situações especiais.....	171
SECÇÃO 10	Programas sobre segurança de medicamentos e gestão de medicamentos.....	173
SECÇÃO 11	Enviamos relatórios que explicam os pagamentos pelos seus medicamentos e em que estado de pagamento você se encontra ...	175
CAPÍTULO 6: Solicitar que paguemos uma conta que tenha recebido por serviços médicos ou medicamentos cobertos		178
SECÇÃO 1	Situações em que deve pedir-nos para pagarmos pelos seus serviços ou medicamentos cobertos	179
SECÇÃO 2	Como pedir-nos para o reembolsar ou pagar uma fatura que recebeu	181
SECÇÃO 3	Consideraremos o seu pedido de pagamento e responderemos sim ou não.....	187

CAPÍTULO 7: Os seus direitos e responsabilidades 189

- SECÇÃO 1 O nosso plano tem de respeitar os seus direitos e sensibilidades culturais como membro do plano 190
- SECÇÃO 2 Você tem algumas responsabilidades como membro do plano 207

CAPÍTULO 8: O que fazer se tiver um problema ou uma reclamação (decisões de cobertura, recursos e reclamações)..... 209

- SECÇÃO 1 Introdução 210
- SECÇÃO 2 Onde obter mais informações e assistência personalizada 211
- SECÇÃO 3 Compreender as reclamações e recursos relativos ao Medicare e ao MassHealth (Medicaid) no nosso plano 212
- SECÇÃO 4 Decisões de cobertura e recursos 212
- SECÇÃO 5 Guia de noções básicas sobre decisões de cobertura e recursos 213
- SECÇÃO 6 Os seus cuidados médicos: Como solicitar uma decisão de cobertura ou apresentar um recurso de uma decisão de cobertura..... 217
- SECÇÃO 7 Os seus medicamentos sujeitos a receita médica da Parte D: Como solicitar uma decisão de cobertura ou apresentar um recurso 230
- SECÇÃO 8 Como solicitar cobertura relativamente a um internamento hospitalar mais longo se lhe parecer que o prestador de cuidados de saúde lhe dá demasiado cedo..... 241
- SECÇÃO 9 Como solicitar-nos para continuarmos a cobrir determinados serviços médicos se lhe parecer que a sua cobertura está a terminar demasiado cedo 249
- SECÇÃO 10 Encaminhar o seu recurso para o Nível 3 e além 257
- SECÇÃO 11 Como apresentar uma reclamação sobre a qualidade do atendimento, tempo de espera, atendimento ao cliente ou outras questões..... 260
- SECÇÃO 12 Lidar com problemas relativos aos seus benefícios do MassHealth (Medicaid) 266
- SECÇÃO 13 Denúncia de fraude, desperdício ou abuso 268

CAPÍTULO 9: Encerrar a sua associação ao plano 270

- SECÇÃO 1 Introdução para rescindir a sua associação ao nosso plano 271
- SECÇÃO 2 Quando pode encerrar a sua associação ao nosso plano? 271
- SECÇÃO 3 Como encerra a sua associação ao nosso plano? 275
- SECÇÃO 4 Até ao fim da sua associação, tem de continuar a receber os seus serviços médicos e medicamentos através do nosso plano 277
- SECÇÃO 5 O CCA Senior Care Options tem de rescindir a sua associação ao plano em determinadas situações 277

CAPÍTULO 10: Avisos legais	280
SECÇÃO 1 Aviso sobre a legislação aplicável	281
SECÇÃO 2 Aviso de não discriminação	281
SECÇÃO 3 Aviso sobre os direitos de sub-rogação do Pagador Secundário do Medicare	283
SECÇÃO 4 Quem recebe o pagamento nos termos deste contrato	283
SECÇÃO 5 Notificações	283
SECÇÃO 6 Informação a pedido	284
SECÇÃO 7 Avisos relativamente a determinados eventos.....	284
SECÇÃO 8 Nova tecnologia	284
CAPÍTULO 11: Definições de palavras importantes	286

CAPÍTULO 1:

Começar como membro

SECÇÃO 1 Introdução

Secção 1.1	Está inscrito no CCA Senior Care Options, que é um plano Medicare Advantage especializado (plano para necessidades especiais)
-------------------	--

O membro está coberto pelo Medicare e pelo MassHealth (Medicaid):

- O **Medicare** é o programa de seguro de saúde federal para pessoas com 65 anos ou mais, algumas pessoas com menos de 65 anos com determinadas incapacidades e pessoas com doença renal em estado terminal (insuficiência renal).
- O **MassHealth (Medicaid)** é um programa conjunto dos governos federal e estadual que ajuda a pagar custos médicos de determinadas pessoas com rendimentos e recursos limitados. A cobertura do MassHealth (Medicaid) varia dependendo do estado e do seu tipo de Medicaid. Algumas pessoas com MassHealth (Medicaid) obtêm ajuda para pagar os seus prémios Medicare e outros custos. Outras pessoas também obtêm cobertura para serviços e medicamentos adicionais que não são cobertos pelo Medicare.

Optou por obter o seu plano de saúde Medicare e MassHealth (Medicaid) e a sua cobertura de medicamentos sujeitos a receita médica através do nosso plano, o CCA Senior Care Options. Somos obrigados a cobrir todos os serviços da Parte A e da Parte B. No entanto, a partilha de custos e o acesso do prestador neste plano diferem do Original Medicare.

O CCA Senior Care Options é um plano Medicare Advantage especializado (um Plano de Necessidades Especiais (Special Needs Plan) do Medicare), o que significa que os seus benefícios se destinam a pessoas com necessidades especiais de saúde. O CCA Senior Care Options foi criado para pessoas que têm Medicare e que também têm direito a assistência do MassHealth (Medicaid).

Como obtém assistência do MassHealth (Medicaid) com os seus custos de partilha da Parte A e B da Medicare (franquias, participações e cosseguro), poderá não pagar nada pelos seus serviços de cuidados de saúde do Medicare. O MassHealth (Medicaid) também oferece outros benefícios ao cobrir serviços de saúde, incluindo cuidados continuados, serviços ao domicílio e comunitários e alguns medicamentos sujeitos a receita médica que geralmente não são cobertos pelo Medicare. Também receberá “Ajuda Extra” do Medicare para pagar os custos dos medicamentos sujeitos a receita médica do seu Medicare. O CCA Senior Care Options ajudará a administrar todos estes benefícios, para que obtenha os serviços de saúde e o auxílio ao pagamento a que tem direito.

O CCA Senior Care Options é administrado por uma organização sem fins lucrativos. Como todos os planos Medicare Advantage, este Plano de Necessidades Especiais do Medicare está

Capítulo 1 – Começar como membro

aprovado pelo Medicare. O plano também tem um acordo com o programa da Commonwealth of Massachusetts/Escritório Executivo de Saúde e Serviços Humanos (Executive Office of Health and Human Services) MassHealth (Medicaid) para coordenar os seus benefícios MassHealth (Medicaid). Temos o prazer de fornecer a sua cobertura de saúde Medicare e MassHealth (Medicaid), incluindo a sua cobertura de medicamentos sujeitos a receita médica, cuidados continuados e serviços ao domicílio e comunitários.

A cobertura desta Plano qualifica-se como cobertura de saúde qualificada (Qualifying Health Coverage, QHC) e satisfaz os requisitos de responsabilidade partilhada individual da Lei de Proteção do Doente e Cuidados Acessíveis (Patient Protection and Affordable Care Act's, ACA). Consulte o sítio Web do Internal Revenue Service (IRS) em: www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obter mais informações.

Secção 1.2	Do que trata o documento <i>Prova de Cobertura</i>?
-------------------	--

Este documento *Prova de Cobertura* informa como obter cuidados médicos Medicare e MassHealth (Medicaid), cuidados continuados e/ou serviços ao domicílio e comunitários e medicamentos sujeitos a receita médica. Explica os seus direitos e responsabilidades, o que está coberto, o que paga como membro do plano e como apresentar uma reclamação se não estiver satisfeito com uma decisão ou tratamento.

Os termos *cobertura* e *serviços cobertos* referem-se a cuidados médicos, cuidados continuados, serviços ao domicílio e comunitários, conforme o caso, medicamentos sujeitos a receita médica disponíveis para si como membro de CCA Senior Care Options.

É importante que saiba quais são as regras do plano e que serviços estão disponíveis para si. Encorajamo-lo a reservar algum tempo para examinar este documento de *Prova de Cobertura*.

Se estiver confuso, preocupado ou simplesmente tiver uma pergunta a fazer, contacte o Serviço de Atendimento a Membros.

Secção 1.3	Informações legais sobre a <i>Prova de Cobertura</i>
-------------------	---

Esta *Prova de Cobertura* faz parte do nosso contrato consigo relativo à forma como o CCA Senior Care Options cobre os seus cuidados. Outras partes deste contrato incluem o formulário de adesão, a *Lista de Medicamentos Cobertos (Formulário)* e quaisquer avisos que receber da nossa parte sobre alterações à sua cobertura ou condições que possam afetar a sua cobertura. Estes avisos são por vezes denominados *cláusulas adicionais* ou *aditamentos*.

O contrato está em vigor durante os meses em que estiver inscrito no CCA Senior Care Options entre 1 de janeiro de 2024 e 31 de dezembro de 2024.

A cada ano civil, o Medicare permite-nos fazer alterações aos planos que oferecemos. Isto significa que podemos alterar os benefícios do CCA Senior Care Options após 31 de dezembro de 2024. Também poderemos, a partir de 31 de dezembro de 2024, optar por deixar de oferecer o plano na sua área de serviço, ou disponibilizá-lo numa área de serviço diferente.

O Medicare (Centros de Serviços Medicare e Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services)) tem de aprovar o CCA Senior Care Options a cada ano. Poderá continuar a cada ano a obter cobertura do Medicare como membro do nosso plano desde que decidamos continuar a disponibilizar o plano e a Medicare e a Commonwealth of Massachusetts renovem as respetivas aprovações do mesmo.

SECÇÃO 2 O que o torna elegível para ser um associado do plano?

Secção 2.1 Os seus requisitos de elegibilidade

O membro é elegível para adesão ao nosso plano desde que:

Tenha Medicare Parte A e Medicare Parte B

- e -- Tenha residência na nossa área de serviço (a Secção 2.3 abaixo descreve a nossa área de serviço). Os indivíduos detidos não são considerados residentes na área geográfica de serviço, mesmo que estejam fisicamente localizados na mesma.
- e -- seja um cidadão dos Estados Unidos ou esteja legalmente presente nos Estados Unidos
- e -- Cumpra os requisitos especiais de elegibilidade descritos abaixo.

Requisitos especiais de elegibilidade para o nosso plano

O nosso plano foi criado para satisfazer as necessidades de pessoas que recebem determinados benefícios do MassHealth (Medicaid). (O MassHealth (Medicaid) é um programa conjunto dos governos federal e estadual que ajuda a pagar os custos médicos de determinadas pessoas com rendimentos e recursos limitados.) Para ser elegível para o nosso plano, tem de:

- Ter mais 65 anos ou mais
- Estar inscrito no MassHealth Standard (Medicaid)
- Não ter nenhuma outra cobertura de seguro saúde abrangente que assegure um padrão de benefício básico, exceto o Medicare.

Capítulo 1 – Começar como membro

- Viver em casa ou numa instituição de cuidados continuados (o membro não pode estar internado num hospital para doenças crónicas ou de reabilitação ou residir numa instituição de cuidados intermédios para pessoas com incapacidade intelectual)

Também se pode qualificar se for elegível para a Dispensa para Idosos em Situação Debilitada (Frail Elder Waiver, FEW). Para obter informações sobre o programa FEW, contacte o programa Serving the Health Insurance Needs of Everyone (Serving the Health Insurance Needs of Everyone, SHINE) através do número 1-800-243-4636 (TTY 1-800-439-2370).

Tenha em atenção: Se perder a sua elegibilidade, mas puder ser razoavelmente esperado que a recupere no período de um (1) mês, continuará a ser elegível para ser membro do nosso plano (o Capítulo 4, Secção 2.1 informa sobre a cobertura durante um período de elegibilidade considerado continuado).

Secção 2.2	O que é o MassHealth (Medicaid)?
-------------------	---

O MassHealth (Medicaid) é um programa conjunto dos governos federal e estadual que ajuda a pagar os custos médicos e de cuidados continuados de determinadas pessoas com rendimentos e recursos limitados. Cada estado decide o que conta como rendimentos e recursos, quem é elegível, que serviços são cobertos e o custo dos serviços. Os estados também podem decidir como executar o seu programa, desde que cumpram as diretrizes federais.

Além disso, existem programas oferecidos pelo MassHealth (Medicaid) que ajudam pessoas com Medicare a pagar os seus custos do Medicare, como os prémios do Medicare. Estes “Programas de Poupança Medicare” ajudam pessoas com rendimentos e recursos limitados a poupar dinheiro a cada ano:

- **Beneficiário Qualificado Medicare Plus (Qualified Medicare Beneficiary Plus, QMB+):** Ajuda a pagar os prémios, franquias, cosseguro e montantes de copagamento da Medicare Partes A e B. O associado recebe benefícios MassHealth (Medicaid) completos e não paga nada, exceto pelos copagamentos de medicamentos sujeitos a receita médica da Parte D.
- **Beneficiário com Baixo Rendimento Medicare Especificado (Specified Low-Income Medicare Beneficiary, SLMB+):** Ajuda a pagar os prémios, franquias, cosseguro e montantes de copagamento da Partes A e B. O associado recebe os benefícios MassHealth (Medicaid) completos, no entanto, pode haver casos em que tenha de pagar a partilha de custos quando um serviço ou benefício não está coberto pelo MassHealth (Medicaid).

- **Duplamente Elegível com Benefícios Completos (Full Benefits Dual Eligible, FBDE):** Ajuda a pagar os prémios, franquias, cosseguro e montantes de copagamento da Medicare Partes A e B. O associado recebe os benefícios MassHealth (Medicaid) completos, no entanto, pode haver casos em que tenha de pagar a partilha de custos quando um serviço ou benefício não está coberto pelo MassHealth (Medicaid).

Secção 2.3	Área de serviço do plano CCA Senior Care Options
-------------------	---

O CCA Senior Care Options está disponível apenas para pessoas que residam na área de serviço do plano. Para continuar a ser membro do nosso plano, tem de continuar a residir na nossa área de serviço do plano. A área de serviço encontra-se descrita abaixo.

A nossa área de serviços inclui os seguintes condados no Massachusetts: Bristol, Essex, Franklin, Hampden, Hampshire, Middlesex, Norfolk, Plymouth, Suffolk e Worcester.

Caso vá mudar-se para um novo estado, deve contactar também a MassHealth e perguntar de que forma a mudança irá afetar os seus benefícios MassHealth (Medicaid). Os números de telefone do MassHealth (Medicaid) estão incluídos no Capítulo 2, Secção 6 deste documento.

Caso vá mudar-se para fora da área de serviço, não poderá permanecer como membro deste plano. Contacte o Serviço de Atendimento a Membros para verificar se temos um plano na sua nova área. Quando se mudar, terá um Período de Inscrição Especial que permitirá que passe para o Original Medicare ou que adira a um plano de saúde ou de medicamentos do Medicare disponível na sua nova área de residência.

Também é importante que contacte a Segurança Social se se mudar ou se alterar o seu endereço de correspondência. Pode encontrar os números de telefone e as informações de contacto da Segurança Social no Capítulo 2, Secção 5.

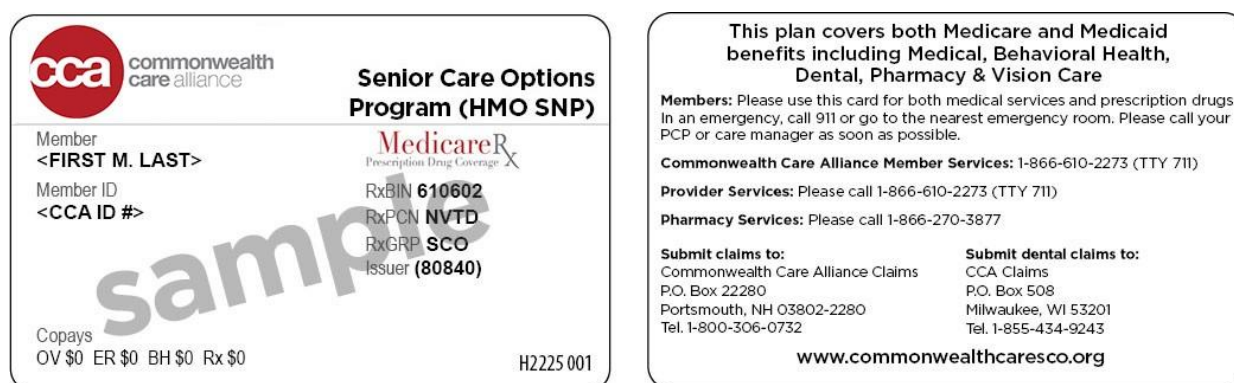
Secção 2.4	Cidadão dos EUA ou presença legal
-------------------	--

Um membro de um plano de saúde Medicare tem de ser cidadão dos Estados Unidos ou ter presença legal nos Estados Unidos. O Medicare (os Centros de Serviços Medicare e Medicaid) notificará o CCA Senior Care Options se você não for elegível para continuar a ser membro nesta base. O CCA Senior Care Options tem de cancelar a sua inscrição se não satisfazer este requisito.

SECÇÃO 3 Materiais importantes de adesão que irá receber

Secção 3.1 O seu cartão de membro do plano

Enquanto for membro do nosso plano, tem de utilizar o cartão de identificação de membro sempre que obtiver serviços cobertos por este plano e medicamentos sujeitos a receita médica que adquira nas farmácias da rede. Também deve apresentar ao fornecedor o cartão MassHealth (Medicaid). Aqui está um exemplo de cartão de identificação de membro para mostrar como será o seu:



NÃO use o seu cartão Medicare vermelho, branco e azul para serviços médicos cobertos enquanto for membro deste plano. Se usar o seu cartão Medicare em vez do cartão de identificação de membro do CCA Senior Care Options, poderá ter de pagar o custo total dos serviços médicos por conta própria. Mantenha o seu cartão Medicare num local seguro. Pode ser-lhe solicitado que o apresente se precisar de serviços hospitalares, serviços de cuidados paliativos ou se participar em estudos de investigação clínica aprovados pelo Medicare também conhecidos como ensaios clínicos.

Se o seu cartão de identificação de membro do plano for danificado, perdido ou roubado, telefone para o Serviço de Atendimento a Membros imediatamente e enviar-lhe-emos um novo cartão.

Secção 3.2 Lista de Prestadores e Farmácias

A *Lista de Prestadores e Farmácias* indica os prestadores, as farmácias e os fornecedores de equipamentos médicos duradouros da nossa rede. Os **prestadores dentro da rede** são médicos e outros profissionais de saúde, grupos médicos, farmácias, fornecedores de equipamento médico duradouro, hospitais e outras unidades de cuidados de saúde que têm um acordo connosco para aceitar o nosso pagamento e qualquer partilha de custos do plano como pagamento integral.

Capítulo 1 – Começar como membro

Tem de recorrer a prestadores dentro da rede para obter os seus cuidados e serviços médicos. Se recorrer a outro local sem a devida autorização, terá de pagar na totalidade. As únicas exceções são emergências, serviços de necessidade urgente quando a rede não está disponível (ou seja, em situações em que não seja razoável ou possível obter serviços dentro da rede), serviços de diálise fora da área e casos em que o CCA Senior Care Options autorize o uso de prestadores fora da rede.

A **Lista de Prestadores e Farmácias** indica as farmácias da nossa rede. As **farmácias dentro da rede** são todas as farmácias que concordaram em aviar receitas cobertas aos membros do nosso plano. Utilize a **Lista de Prestadores e Farmácias** para encontrar a farmácia dentro da rede que pretende utilizar. Consulte o Capítulo 5, Secção 2.5 para obter informações sobre quando pode recorrer a farmácias que não estão na rede do plano.

A lista de prestadores mais recente está disponível no nosso sítio Web em www.ccama.org.

Se não tiver a *Lista de Prestadores e Farmácias*, pode solicitar uma cópia ao Serviço de Atendimento a Membros (eletrónica ou em papel). Os pedidos de cópias impressas de Listas de Prestadores e Farmácias ser-lhe-ão enviados por correio no prazo de três dias úteis.

Secção 3.3	A Lista de Medicamentos Cobertos do Plano (Formulário)
-------------------	---

O plano tem uma *Lista de Medicamentos Cobertos (Formulário)*. Chamamos-lhe “Lista de Medicamentos”, para abreviar. Informa que medicamentos sujeitos a receita médica da Parte D são cobertos pelo benefício da Parte D incluído no CCA Senior Care Options. Os medicamentos desta lista são selecionados pelo plano com o auxílio de uma equipa de prestadores de cuidados de saúde e farmacêuticos. A lista tem de satisfazer os requisitos definidos pelo Medicare. O Medicare aprovou a Lista de Medicamentos do CCA Senior Care Options.

A Lista de Medicamentos também informa se há alguma regra que restrinja a cobertura dos seus medicamentos.

Iremos fornecer-lhe uma cópia da “Lista de Medicamentos”. Para obter as informações mais completas e atualizadas sobre os medicamentos cobertos, pode aceder ao sítio Web do plano em www.ccama.org ou telefonar para o Serviço de Atendimento a Membros.

SECÇÃO 4 Não tem custos do seu próprio bolso como membro do CCA Senior Care Options

Uma vez obtida a assistência do MassHealth (Medicaid), não tem custos de “do seu próprio bolso” relativamente a serviços, materiais e medicamentos sujeitos a receita médica cobertos. Não paga nada por serviços, materiais e medicamentos sujeitos a receita médica cobertos pelo CCA Senior Care Options.

Secção 4.1 Prémio do plano

Nota especial: Todas as referências a “prémios” e “alterações a prémios” nesta Secção 4 são relativas a prémios Medicare. Como membro do CCA Senior Care Options, os seus prémios Medicare são pagos pelo MassHealth (Medicaid) e não serão alterados.

O membro **não** paga um prémio de plano mensal separado para o CCA Senior Care Options.

Secção 4.2 Prémio mensal Medicare Parte B

Muitos membros têm de pagar outros prémios Medicare

Alguns membros são obrigados a pagar outros prémios do Medicare. Conforme explicado na Secção 2 acima, para ser elegível para o nosso plano tem de manter a sua elegibilidade para o MassHealth Standard (Medicaid), bem como ter direito ao Medicare Parte A e Medicare Parte B. No caso da maioria dos membros do CCA Senior Care Options, o MassHealth (Medicaid) paga pelo prémio da Parte A (se não se qualificar automaticamente) e pelo prémio da Parte B.

Se o MassHealth (Medicaid) não estiver a pagar os seus prémios do Medicare, tem de continuar a pagar os seus prémios Medicare para permanecer membro do plano. Tal inclui o seu prémio relativo à Parte B. Também pode incluir um prémio relativo à Parte A que afeta membros que não são elegíveis para a Parte A gratuita.

Secção 4.3 Penalização por inscrição tardia na Parte D

Uma vez que é duplamente elegível, a penalização por inscrição tardia (late enrollment penalty, LEP) da Parte D não se aplica desde que mantenha o seu estatuto de dupla elegibilidade, mas se perder o estatuto de dupla elegibilidade, poderá incorrer em LEP. A penalização por inscrição tardia na Parte D é um prémio adicional que tem de ser pago para a cobertura da Parte D se, em qualquer altura após o seu período de inscrição inicial ter terminado, houver um período de 63 dias ou mais seguidos em que não tenha tido cobertura de medicamentos da Parte D ou outra cobertura de medicamentos sujeitos a receita médica creditável. Cobertura

Capítulo 1 – Começar como membro

creditável de medicamentos sujeitos a receita médica é a cobertura que cumpre os padrões mínimos do Medicare, uma vez que se espera que pague, em média pelo menos tanto como a cobertura normal de medicamentos sujeitos a receita médica paga pelo Medicare. O custo da penalidade de inscrição tardia depende de quanto tempo passou sem cobertura da Parte D ou sem outra cobertura de medicamentos sujeitos a receita médica creditável. Terá de pagar esta penalidade enquanto tiver cobertura da Parte D.

O membro **não** terá de pagar se:

- Receber “Ajuda Extra” do Medicare para pagar pelos seus medicamentos sujeitos a receita médica.
- Passou menos de 63 dias consecutivos sem cobertura creditável.
- Teve cobertura creditável de medicamentos através de outra fonte, como um ex-empregador, sindicato, TRICARE ou Department of Veterans Affairs (Departamento de Assuntos de Veteranos). A sua seguradora ou o seu departamento de recursos humanos irá informar todos os anos se a sua cobertura de medicamentos é uma cobertura creditável. Esta informação poderá ser-lhe enviada por carta ou incluída num boletim de notícias do plano. Guarde esta informação, pois poderá necessitar desta se aderir a um plano de medicamentos Medicare mais tarde.
 - **Nota:** Qualquer aviso tem de indicar que tinha cobertura de medicamentos sujeitos a receita médica creditável que previa que pagasse tanto quanto paga com o plano de medicamentos sujeitos a receita médica normal do Medicare.
 - **Nota:** Os seguintes *não* são uma cobertura creditável de medicamentos sujeitos a receita médica: cartões de desconto de medicamentos sujeitos a receita médica, clínicas gratuitas, e sítios Web de desconto para medicamentos.

O Medicare determina o montante da penalização. Funciona da seguinte forma:

- Primeiro conte o número de meses completos durante os quais adiou a inscrição num plano de medicamentos Medicare após ser elegível para inscrição. Ou conte o número de meses completos durante os quais não teve cobertura creditável de medicamentos sujeitos a receita médica se a interrupção da cobertura tiver sido de 63 dias ou mais. A penalização é 1% por cada mês durante o qual não teve cobertura creditável. Por exemplo, se passar 14 meses sem cobertura, a penalização será de 14%.
- Em seguida, o Medicare determina o montante do prémio mensal médio para os planos de medicamentos Medicare no país, desde o ano anterior. Para 2024, este montante de prémio médio é de \$34.70. Este montante pode alterar-se no que se refere a 2025.

Capítulo 1 – Começar como membro

- Para calcular a penalização mensal, tem de multiplicar a percentagem da penalização pelo prémio mensal médio e depois arredondar para os 10 cêntimos mais próximos. Neste exemplo, são 14% vezes \$34.70, o que totaliza \$4.858. Arredondando, chega-se a \$4.90. Este montante é adicionado **ao prémio mensal no caso de uma pessoa com uma penalidade de inscrição tardia na Parte D.**

Existem três coisas importantes a notar sobre esta penalização por inscrição tardia na Parte D:

- Primeiro, **a penalização pode alterar-se todos os anos**, porque o prémio mensal médio pode alterar-se todos os anos.
- Segundo, **continuará a pagar uma penalização** todos os meses enquanto estiver inscrito num plano que tenha benefícios de medicamentos da Parte D do Medicare, mesmo que mude de plano.
- Após os 65 anos, a penalização por inscrição tardia na Parte D será baseada nos meses durante os quais não tem cobertura após o período de inscrição inicial para idosos no Medicare.

Se discordar da penalização por inscrição tardia na Parte D, você ou o seu representante pode pedir uma revisão. De uma forma geral, tem de fazer o pedido desta revisão **nos 60 dias** a contar da data da primeira carta que recebeu indicando que tem de pagar uma penalização por inscrição tardia. No entanto, se estava a pagar uma penalização antes de aderir ao nosso plano, poderá não ter outra oportunidade para pedir uma revisão dessa penalização por inscrição tardia.

Secção 4.4	Montante do ajuste mensal relacionado com o rendimento
-------------------	---

Alguns membros podem ter de pagar um encargo extra, conhecido como Montante de Ajuste Mensal Relacionado com o Rendimento da Parte D, também conhecido como IRMAA (Income Related Monthly Adjustment Amount). O encargo extra é calculado utilizando o seu rendimento bruto ajustado modificado, conforme comunicado na sua declaração de IRS de há 2 anos. Se este montante estiver acima de um determinado montante, irá pagar o montante de prémio padrão e o IRMAA adicional. Para obter mais informações sobre o montante extra que poderá ter de pagar com base no seu rendimento, aceda a <https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/monthly-premium-for-drug-plans>.

Se tiver que pagar uma quantia extra, a Segurança Social, e não o seu plano Medicare, enviará uma carta a informar qual será a quantia extra. A quantia extra será retida do cheque de subsídio da Segurança Social, do Railroad Retirement Board (Conselho de Pensões dos Ferroviários) ou do Office of Personnel Management (Gabinete de Gestão de Pessoal),

Capítulo 1 – Começar como membro

independentemente de como paga habitualmente o plano do seu prémio, a menos que o seu subsídio mensal não seja suficiente para cobrir o montante extra devido. Se o seu cheque de subsídio não for suficiente para cobrir o montante extra, irá receber uma fatura do Medicare.

Tem de pagar o montante extra ao governo. Não pode ser pago com o seu plano mensal do prémio. Se não pagar o montante extra, a sua inscrição no plano será cancelada e irá perder a cobertura para medicamentos sujeitos a receita médica. Como membro do CCA Senior Care Options, tem \$0 de prémios do plano, \$0 de franquias do plano e \$0 de responsabilidades de partilha de custos.

Se discordar do pagamento de um montante extra, pode pedir à Segurança Social que reveja a decisão. Para saber mais sobre isto, contacte a Segurança Social através do número 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

SECÇÃO 5 Manter o seu registo de membro do plano atualizado

O seu registo de membro contém informações do seu formulário de inscrição, incluindo o seu endereço e número de telefone. Mostra a cobertura específica do seu plano, incluindo o seu Prestador de Cuidados Primários.

Os médicos, hospitais, farmacêuticos e outros prestadores dentro da rede do plano precisam de informações corretas sobre si. **Estes prestadores dentro da rede usam o seu registo de membro para saber que serviços e medicamentos são cobertos e os valores de custos partilhados no seu caso.** Os membros CCA Senior Care Options têm \$0 de montante de partilha de custos. Por isso, é muito importante que nos ajude a manter as suas informações atualizadas.

Informe-nos sobre as seguintes alterações:

- Alterações ao seu nome, endereço ou número de telefone
- Alterações em qualquer outra cobertura de seguro de saúde que tenha (como do seu empregador, do empregador do seu cônjuge, indemnização de trabalhador ou MassHealth (Medicaid)). Para ser elegível para o CCA Senior Care Options, não pode ter qualquer seguro de saúde abrangente além do Medicare.
- Se tiver quaisquer sinistros com responsabilidade, como sinistro de um acidente de automóvel
- Se for internado num lar de idosos com acompanhamento médico
- Se receber atendimento num hospital ou hospital fora da área, ou fora da rede
- Se a parte responsável designada (como um cuidador) mudar

Capítulo 1 – Começar como membro

- Se estiver a participar num 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 alguma destas informações alterar, informe-nos telefonando para o Serviço de Atendimento a Membros.

Também é importante entrar em contacto com a Segurança Social caso mude de residência ou altere o seu endereço de correspondência. Pode encontrar os números de telefone e as informações de contacto da Segurança Social no Capítulo 2, Secção 5.

Todas as alterações que afetam a elegibilidade têm de ser comunicadas ao MassHealth (Medicaid) no prazo de dez (10) dias, ou antes, se possível.

Se tiver alterações a comunicar ao MassHealth (Medicaid), pode entrar em contacto através de uma das seguintes formas:

- Por telefone: através do número 1-800-841-2900 (TTY 1-800-497-4648)
- Por fax: através do número 1-857-323-8300
- Por correio: Health Insurance Processing Center
P.O. Box 4405
Taunton, MA 02780

SECÇÃO 6 Como funcionam os outros seguros com o nosso plano

Outro seguro

Nota especial: Esta secção pode não se aplicar a si porque a inscrição no CCA Senior Care Options está restrita a membros que não tenham qualquer outro seguro de saúde abrangente.

O Medicare exige que recolhamos as suas informações sobre qualquer outra cobertura médica ou de seguro de medicamentos que tenha. Tal ocorre porque temos de coordenar qualquer outra cobertura que tenha com os benefícios do nosso plano. A isto chama-se **Coordenação de Benefícios**.

Uma vez por ano, enviar-lhe-emos uma carta que lista quaisquer outros benefícios médicos, tais como cobertura de seguro dentário ou de oftalmologia separado ou cobertura de seguro relativo a medicamentos de que tenhamos conhecimento. Por favor, leia estas informações com atenção. Se estiver correto, não tem de fazer nada. Se as informações estiverem

Capítulo 1 – Começar como membro

incorretas ou se tiver outra cobertura que não esteja referida, telefone para o Serviço de Atendimento a Membros.

Quando tem outro seguro (como uma cobertura de saúde de grupo do empregador), existem regras estabelecidas pelo Medicare que decidem se o nosso plano ou outro seguro paga primeiro. O seguro que paga primeiro é denominado pagador principal e paga até aos limites da sua cobertura. O seguro que paga em segundo lugar, denominado pagador secundário, só paga se houver custos não cobertos pela cobertura primária. O pagador secundário poderá não pagar todos os custos não cobertos. Se tiver outro seguro, informe o seu médico, o seu hospital e a sua farmácia.

Estes tipos de cobertura pagam geralmente primeiro pelos serviços relacionados com cada tipo:

- Seguro sem culpa (incluindo seguro automóvel)
- Responsabilidade (incluindo seguro automóvel)
- Benefícios para antracose
- Indemnização de trabalhadores

O MassHealth (Medicaid) e o TRICARE nunca pagam primeiro pelos serviços cobertos pelo Medicare. Só pagam após o pagamento dos planos de saúde do Medicare e/ou do grupo do empregador.

CAPÍTULO 2:

Números de telefone e recursos importantes

SECÇÃO 1 Contactos do CCA Senior Care Options

(como entrar em contacto connosco, incluindo como entrar em contacto com o Serviço de Atendimento a Membros)

Como entrar em contacto com o Serviço de Atendimento a Membros do nosso plano

Para obter ajuda em caso de sinistros, cobranças ou dúvidas sobre o cartão de identificação de membro, telefone ou escreva para o Serviço de Atendimento a Membros do CCA Senior Care Options. Teremos satisfação em ajudá-lo.

Método	Serviço de Atendimento a Membros – Informações de contacto
TELEFONE PARA	866-610-2273 As ligações para este número são gratuitas. 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 As ligações para este número são gratuitas. Horário de funcionamento: 8 am às 8 pm, 7 dias por semana.
FAX	617-426-1311
POR ESCRITO	Commonwealth Care Alliance, Inc. Member Services Department 30 Winter Street Boston, MA 02108
SÍTIO WEB	www.ccama.org

Capítulo 2 – Números de telefone e recursos importantes**Como entrar em contacto connosco para solicitar decisões de cobertura ou recurso sobre o seu atendimento médico**

Uma decisão de cobertura é uma decisão que tomamos sobre os seus benefícios e cobertura ou sobre o valor que iremos pagar pelos seus serviços médicos ou medicamentos sujeitos a receita médica da Parte D. Um recurso é um modo formal de nos solicitar que revejamos e alteremos uma decisão de cobertura que tomamos. Para obter mais informações sobre como solicitar decisões de cobertura ou recurso sobre os seus cuidados médicos ou medicamentos sujeitos a receita médica da Parte D, consulte o Capítulo 8 (*o que fazer se tiver um problema ou uma reclamação a apresentar (decisões de cobertura, recursos e reclamações)*).

Método	Decisões de cobertura e recurso sobre cuidados médicos e medicamentos sujeitos a receita médica da Parte D – Informações de contacto
TELEFONE PARA	866-610-2273 As ligações para este número são gratuitas. 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 As ligações para este número são gratuitas. Horário de funcionamento: 8 am às 8 pm, 7 dias por semana.
FAX	857-453-4517
POR ESCRITO	Commonwealth Care Alliance, Inc. Appeals and Grievances Department 30 Winter Street Boston, MA 02108
SÍTIO WEB	www.ccama.org

Como entrar em contacto connosco para apresentar uma reclamação sobre os seus cuidados médicos

Pode apresentar uma reclamação sobre nós ou sobre um dos nossos prestadores ou farmácias dentro da rede, incluindo uma reclamação sobre a qualidade do seu atendimento. Este tipo de reclamação não envolve litígios sobre cobertura ou pagamento. Para obter mais informações sobre como apresentar uma queixa sobre os seus cuidados médicos, consulte o Capítulo 8 (*o que fazer se tiver um problema ou uma reclamação a apresentar (decisões de cobertura, recursos e reclamações)*).

Método	Reclamações sobre cuidados médicos – Informações de contacto
TELEFONE PARA	866-610-2273 As ligações para este número são gratuitas. 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 As ligações para este número são gratuitas. Horário de funcionamento: 8 am às 8 pm, 7 dias por semana.
FAX	857-453-4517
POR ESCRITO	Commonwealth Care Alliance, Inc. Appeals and Grievances Department 30 Winter Street Boston, MA 02108
SÍTIO WEB DO MEDICARE	Pode enviar uma reclamação sobre o CCA Senior Care Options diretamente ao Medicare. Para enviar uma reclamação online ao Medicare, aceda a www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx .

Capítulo 2 – Números de telefone e recursos importantes**Para onde enviar uma solicitação de pagamento dos custos de cuidados médicos ou de um medicamento que tenha recebido**

Se recebeu uma fatura ou pagou por serviços (como uma fatura de prestador) que acha que devemos pagar, pode ter de nos pedir reembolso ou pagar a fatura do prestador. Consulte o Capítulo 6 (*Solicitar que paguemos uma fatura que recebeu por serviços médicos ou medicamentos cobertos*).

Tenha em atenção: Se nos enviar uma solicitação de pagamento e negarmos qualquer parte da sua solicitação, pode recorrer da nossa decisão. Consulte o Capítulo 8 (*o que fazer se tiver um problema ou uma reclamação a apresentar (decisões de cobertura, recursos e reclamações)*) para obter mais informações.

Método	Solicitações de pagamento – Informações de contacto
TELEFONE PARA	866-610-2273 As ligações para este número são gratuitas. 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 As ligações para este número são gratuitas. Horário de funcionamento: 8 am às 8 pm, 7 dias por semana.
FAX	617-426-1311
POR ESCRITO	Commonwealth Care Alliance, Inc. Member Services Department 30 Winter Street Boston, MA 02108
SÍTIO WEB	www.ccama.org

SECÇÃO 2 Medicare (como obter ajuda e informação diretamente do programa Medicare Federal)

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

A agência federal responsável pelo Medicare chama-se Centers for Medicare & Medicaid Services (Centros de Serviços Medicare e Medicaid, por vezes denominados CMS). Esta agência tem acordos com as organizações Medicare Advantage, incluindo nós.

Método	Medicare – Informações de contacto
TELEFONE PARA	1-800-MEDICARE ou 1-800-633-4227 As ligações para este número são gratuitas. 24 horas por dia, 7 dias por semana.
TTY	1-877-486-2048 As ligações para este número são gratuitas. Este número requer equipamento telefónico especial e destina-se apenas a pessoas com dificuldades em ouvir ou falar.
SÍTIO WEB	www.Medicare.gov

Método	Medicare – Informações de contacto
	Este é o sítio Web oficial do governo para o Medicare. Fornece informações atualizadas sobre o Medicare e sobre questões atuais do Medicare. Também contém informações sobre hospitais, lares de idosos com acompanhamento médico, médicos, agências de saúde domiciliar e instalações de diálise. Inclui documentos que pode imprimir diretamente a partir do seu computador. Também pode encontrar contactos do Medicare no Massachusetts. O sítio Web do Medicare também contém informações detalhadas sobre a elegibilidade do Medicare e opções de inscrição com as seguintes ferramentas: • Ferramenta de elegibilidade do Medicare: Fornece informações sobre o estado de elegibilidade ao Medicare. • Localizador de plano Medicare: Fornece informações personalizadas sobre planos de medicamentos sujeitos a receita médica do Medicare, planos de saúde Medicare e apólices Medigap (Medicare Supplement Insurance) na sua área. Estas ferramentas disponibilizam uma estimativa de quais poderão ser os seus custos do seu próprio bolso em diferentes planos Medicare. Também pode usar o sítio Web para informar o Medicare sobre quaisquer reclamações que tenha sobre o CCA Senior Care Options: • Informe o Medicare sobre a sua reclamação: Pode enviar uma reclamação sobre o CCA Senior Care Options diretamente ao Medicare. Para enviar uma reclamação ao Medicare, aceda a www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. O Medicare leva as suas reclamações a sério e usará essas informações para ajudar a melhorar a qualidade do programa Medicare. Se não tiver um computador, a sua biblioteca local ou centro sénior pode ajudá-lo a aceder a este sítio Web usando o computador. Também pode telefonar para o Medicare através do número acima e dizer o que procura. Encontrarão as informações no sítio Web e analisarão as informações consigo. (Pode ligar para o Medicare através do 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas por dia, 7 dias por semana. os utilizadores de TTY devem telefonar para 1-877-486-2048.)

SECÇÃO 3 **State Health Insurance Assistance Program (Programa Estatal de Assistência ao Seguro de Saúde)** (ajuda gratuita, informação e respostas às suas perguntas sobre o Medicare)

O Programa de Assistência de Seguro de Saúde Estadual (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) é um programa governamental com conselheiros formados em todos os estados. No Massachusetts, o SHIP chama-se SHINE (**S**erving the **H**ealth **I**nsurance **N**eeds of **E**veryone (Servir as Necessidades de Seguros de Saúde de Todos)).

O SHINE é um programa estadual independente (não está associado a qualquer seguradora ou plano de saúde) que recebe dinheiro do governo federal para disponibilizar aconselhamento gratuito sobre seguros de saúde locais para pessoas com Medicare.

Os conselheiros do SHINE podem ajudá-lo a entender os seus direitos do Medicare, ajudá-lo a apresentar reclamações relativamente aos seus cuidados médicos ou tratamentos e ajudá-lo a resolver problemas relativamente às suas contas do Medicare. Os conselheiros do SHINE também podem ajudar com questões ou problemas médicos e ajudar a compreender as suas opções do plano Medicare e responder a perguntas sobre alterar de planos.

MÉTODO PARA ACEDER AO SHIP e a OUTROS RECURSOS:

- Aceda a <https://www.shiphelp.org> (Clique no SHIP LOCATOR [LOCALIZADOR DO SHIP] a meio da página)
- Selecione o seu **ESTADO** na lista. Fazê-lo irá abrir uma página com números de telefone e recursos específicos para o seu estado.

Método	Programa SHINE (SHIP no Massachusetts) – Informações de contacto
TELEFONE PARA	1-800-AGE-INFO (1-800-243-4636)
TTY	1-800-439-2370 Este número requer equipamento telefónico especial e destina-se apenas a pessoas com dificuldades em ouvir ou falar.
POR ESCRITO	Telefone para o número acima para encontrar o endereço do programa SHINE na sua região.
SÍTIO WEB	www.mass.gov/health-insurance-counseling

SECÇÃO 4 Organização de Melhoria da Qualidade

Existe uma Organização de Melhoria da Qualidade designada para satisfazer os beneficiários do Medicare em cada estado. No Massachusetts, a Organização de Melhoria da Qualidade chama-se KEPRO.

A KEPRO é um grupo de médicos e outros profissionais de saúde que são pagos pelo Medicare para verificar e contribuir para melhorar a qualidade dos cuidados prestados a pessoas que beneficiam do Medicare. A KEPRO é uma organização independente. Não está relacionada com o nosso plano.

Deverá contactar a KEPRO em qualquer uma das seguintes situações:

- Tem uma reclamação a apresentar sobre a qualidade do atendimento que recebeu.
- Parece-lhe que a cobertura para o seu internamento está a acabar demasiado cedo.
- Parece-lhe que a cobertura relativamente aos seus serviços de assistência médica domiciliar, cuidados de enfermagem qualificados ou serviços de Centros de Reabilitação Ambulatorial Abrangente (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) está a acabar demasiado cedo.

Método	KEPRO (Organização de Melhoria da Qualidade do Massachusetts) – Informações de contacto
TELEFONE PARA	888-319-8452 9 am às 5 pm, de segunda a sexta-feira Das 11 am às 3 pm, de sábado a domingo. O serviço de correio de voz está disponível 24 horas por dia. Estão disponíveis serviços de tradução para beneficiários e cuidadores.
TTY	711 (MassRelay)
POR ESCRITO	5201 West Kennedy Blvd. Suite 900 Tampa, FL 33609
SÍTIO WEB	www.keproqio.com

SECÇÃO 5 Segurança Social

A Segurança Social é responsável por determinar a elegibilidade e lidar com a inscrição no Medicare. Os cidadãos dos EUA e residentes permanentes legais com 65 anos ou mais, ou que tenham uma deficiência ou doença renal em estado terminal e satisfaçam certas condições, são elegíveis para o Medicare. Se já estiver a receber cheques da Segurança Social, a inscrição no Medicare é automática. Se não estiver a receber cheques da Segurança Social, tem de inscrever-se no Medicare. Para se inscrever no Medicare, pode telefonar para a Segurança Social ou aceder ao centro local da Segurança Social.

A Segurança Social também é responsável por determinar quem tem de pagar um montante extra pela respetiva cobertura de medicamentos da Parte D porque tem um rendimento mais alto. Se recebeu uma carta da Segurança Social a informar que tem de pagar o valor extra e tiver dúvidas sobre o valor ou se o seu rendimento tiver diminuído devido a um evento com grande impacto na sua vida, pode telefonar para a Segurança Social para pedir uma reavaliação.

Caso mude de residência ou altere o seu endereço de correspondência, é importante entrar em contacto com a Segurança Social para informar disso.

Método	Segurança Social – Informações de contacto
TELEFONE PARA	1-800-772-1213 As ligações para este número são gratuitas. Disponível das 8:00 am às 7:00 pm, de segunda a sexta-feira. Pode usar os serviços telefónicos automatizados da Segurança Social para obter informações gravadas e realizar algumas interações 24 horas por dia.
TTY	1-800-325-0778 Este número requer equipamento telefónico especial e destina-se apenas a pessoas com dificuldades em ouvir ou falar. As ligações para este número são gratuitas. Disponível das 8:00 am às 7:00 pm, de segunda a sexta-feira.
SÍTIO WEB	www.ssa.gov

SECÇÃO 6 MassHealth (Medicaid)

MassHealth é o nome do programa Medicaid do Massachusetts. O MassHealth (Medicaid) é um programa conjunto dos governos federal e estadual que ajuda a pagar os custos médicos de determinadas pessoas com rendimentos e recursos limitados.

Além disso, existem programas oferecidos pelo MassHealth (Medicaid) que ajudam pessoas com Medicare a pagar os seus custos do Medicare, como os prémios do Medicare. Estes “Programas de Poupança Medicare” ajudam pessoas com rendimentos e recursos limitados a poupar dinheiro a cada ano:

- **Qualified Medicare Beneficiary (Beneficiário Qualificado Medicare) (QMB):** Ajuda a pagar os prémios do Medicare Parte a e Parte B e outros custos partilhados (como franquias, participações e copagamentos). (Algumas pessoas com QMB também são elegíveis para receber benefícios do MassHealth (Medicaid) (QMB+).)
- **Specified Low-Income Medicare Beneficiary (Beneficiário de Baixo Rendimento especificado Medicare) (SLMB):** Ajuda a pagar os prémios da Parte B. (Algumas pessoas com SLMB também são elegíveis para benefícios completos do MassHealth (Medicaid) (SLMB+).)

O nosso plano foi criado para satisfazer as necessidades de pessoas que recebem determinados benefícios do MassHealth (Medicaid). Para ser elegível para o nosso plano, tem de ter o MassHealth Standard (Medicaid), além de satisfazer outros requisitos de elegibilidade. Para obter mais informações sobre os requisitos de elegibilidade, consulte a **Secção 2.1 os seus requisitos de elegibilidade no Capítulo 1**.

Como recebe assistência do MassHealth (Medicaid), não terá despesas diretas perante os serviços de saúde do Medicare e do MassHealth (Medicaid). O MassHealth (Medicaid) também oferece outros benefícios ao cobrir serviços de saúde, incluindo cuidados continuados, serviços ao domicílio e comunitários e alguns medicamentos sujeitos a receita médica que geralmente não são cobertos pelo Medicare. O CCA Senior Care Options ajudá-lo-á a gerir todos estes benefícios, para que possa obter os serviços de saúde e auxílio ao pagamento a que tem direito.

Se tiver dúvidas sobre a assistência que obtém do MassHealth (Medicaid), entre em contacto com:

Capítulo 2 – Números de telefone e recursos importantes

Método	MassHealth (programa Medicaid do Massachusetts) – Informação de contacto
TELEFONE PARA	1-800-841-2900 Serviço automático disponível 24 horas/dia em inglês e outras línguas. Outros serviços disponíveis das 8 am às 5 pm, de segunda a sexta-feira.
TTY	1-800-497-4648 Este número requer equipamento telefónico especial e destina-se apenas a pessoas com dificuldades em ouvir ou falar.
POR ESCRITO	MassHealth Customer Service One Ashburton Place Boston, MA 02108
SÍTIO WEB	www.mass.gov/orgs/masshealth

O programa My Ombudsman (Provedor de Justiça) ajuda as pessoas inscritas no MassHealth (Medicaid) que têm problemas com o serviço ou a faturação. O programa pode ajudá-lo a registar uma reclamação ou a apresentar um recurso sobre o nosso plano. Também pode ajudar as pessoas a obter informações sobre lares de idosos com acompanhamento médico e a resolver problemas entre os lares e os residentes ou as suas famílias.

Método	<u>Programa My Ombudsman</u> – Informações de contacto
TELEFONE PARA	1-855-781-9898 Das 9 am às 4:30 pm, de segunda a sexta-feira
TTY	711 339-224-6831 (Videofone para pessoas surdas e com dificuldades auditivas)
POR ESCRITO	25 Kingston St, 4 th FL Boston, MA 02111 info@myombudsman.org
SÍTIO WEB	www.myombudsman.org

Capítulo 2 – Números de telefone e recursos importantes

O programa Ombudsman de longo prazo ajuda as pessoas a obter informações sobre lares de idosos com acompanhamento médico ajuda a resolver problemas entre os lares e os residentes ou as suas famílias.

Método	<u>Uma ponte para os cuidados de qualidade, o Massachusetts Long Term Care Ombudsman (Provedor de Cuidados Continuados no Massachusetts) – Informações de contacto</u>
TELEFONE PARA	1-800-243-4636
TTY	711
POR ESCRITO	Executive Office of Elder Affairs One Ashburton Place, 5 th Floor Boston, MA 02109
SÍTIO WEB	https://www.mass.gov/service-details/ombudsman-programs

O MassOptions é um recurso gratuito que estabelece ligação entre idosos, pessoas com incapacidade, cuidadores e membros da família e serviços que o ajudam a si ou a um familiar a viver de forma independente num ambiente à sua escolha. O MassOptions ajuda os indivíduos a evitar a frustração de telefonar para várias agências e lidar com várias redes.

Método	MassOptions – Informações de contacto
TELEFONE PARA	1-800-243-4636 Das 9 am às 5 pm, de segunda a sexta-feira
TTY	711 O MassOptions trabalha com intérprete telefónico para pessoas surdas, com deficiência auditiva e da fala que pretendam comunicar connosco.
SÍTIO WEB	www.massoptions.org Chat online disponível na ligação acima.

SECÇÃO 7 Informações sobre programas para ajudar as pessoas a pagar os seus medicamentos sujeitos a receita médica

O sítio Web Medicare.gov (<https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/costs-in-the-coverage-gap/5-ways-to-get-help-with-prescription-costs>) fornece informações sobre como reduzir os seus custos de medicamentos sujeitos a receita médica. Para pessoas com rendimentos limitados, existem também outros programas de ajuda, descritos abaixo.

Programa de “Ajuda Extra” do Medicare

Por ser elegível para o MassHealth Standard (Medicaid), você qualifica-se e está a receber a “Ajuda Extra” do Medicare para pagar os custos do seu plano de medicamentos sujeitos a receita médica. Não precisa de fazer mais nada para obter esta “Ajuda Extra.”

Se tiver dúvidas sobre a “Ajuda Extra”, telefone para:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Os utilizadores de TTY devem telefonar para o número 1-877-486-2048 (candidaturas), 24 horas por dia, 7 dias por semana;
- A secretaria da Segurança Social através do número 1-800-772-1213, entre as 8 am às 7 pm, de segunda a sexta-feira. Os utilizadores de TTY devem contactar o número 1-800-325-0778; ou
- O gabinete do MassHealth Massachusetts (Medicaid) (inscrições) (consulte a Secção 6 deste capítulo para obter informações de contacto).

Se lhe parece que está a pagar um valor incorreto de custos partilhados ao aviar a sua receita numa farmácia, o nosso plano tem um processo para solicitar assistência para obter prova do seu nível de participação adequado ou, se já tiver a prova, para nos fornecer essa prova. Os membros CCA Senior Care Options têm \$0 de montante de partilha de custos para medicamentos sujeitos a receita médica.

- Telefone para os Serviços de Apoio a Membros para obter mais informações ou ajuda.
- Quando recebermos a prova do seu nível de copagamento, atualizaremos o nosso sistema, para que possa pagar o copagamento correto de \$0 quando receber a sua próxima receita na farmácia. Se pagar a mais pelo seu copagamento, iremos reembolsá-lo. Encaminharemos um cheque para si pelo valor excedente. Se a farmácia não tiver recebido um copagamento e estiver a interpretar o seu copagamento como uma dívida, podemos fazer o pagamento diretamente à farmácia. Se um estado tiver pago em seu nome, podemos fazer o pagamento diretamente ao estado. Telefone para o Serviço de Atendimento a Membros se tiver perguntas.

SECÇÃO 8 Como entrar em contacto com o Railroad Retirement Board

O Railroad Retirement Board (Conselho de Pensões dos Ferroviários) é uma agência federal independente que administra programas abrangentes de benefícios para os trabalhadores ferroviários do país e para as suas famílias. Se receber o seu Medicare por meio do Railroad Retirement Board, é importante que os informe se se mudar ou alterar o seu endereço de correspondência. Se tiver dúvidas sobre os benefícios do Railroad Retirement Board, entre em contacto com a agência.

Método	Railroad Retirement Board – Informações de contacto
TELEFONE PARA	1-877-772-5772 As ligações para este número são gratuitas. Das 9:00 am às 3:00 pm, de segunda a sexta-feira. Se pressionar “1”, pode aceder à Linha de Ajuda do RRB automatizada e a informações gravadas 24 horas por dia, incluindo fins de semana e feriados.
TTY	1-312-751-4701 Este número requer equipamento telefónico especial e destina-se apenas a pessoas com dificuldades em ouvir ou falar. As ligações para este número <i>não</i> são gratuitas.
SÍTIO WEB	rrb.gov/

SECÇÃO 9 Pode obter assistência da Linha de Aconselhamento de Enfermagem

CCA Senior Care Options dá-lhe acesso, 24 horas por dia, a um profissional de saúde qualificado se precisar de informações e conselhos médicos ou comportamentais. Quando telefonar, um enfermeiro registado ou médico de saúde comportamental responderá às suas perguntas gerais sobre saúde e bem-estar. Essa pessoa tem acesso ao seu Plano de Cuidados Individualizados e pode fornecer-lhe conselhos clínicos 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 comportamental e uso de drogas.

Método	Linha de Aconselhamento de Enfermagem – Informações de contacto
TELEFONE PARA	866-610-2273 As ligações para este número são gratuitas. Disponível 24 horas por dia, 7 dias por semana. Estão disponíveis serviços de intérprete gratuitos.
TTY	711 As ligações para este número são gratuitas. Disponível 24 horas por dia, 7 dias por semana.

SECÇÃO 10 – Pode obter assistência de agências de apoio a seniores

No Massachusetts, as seguintes agências oferecem ajuda a idosos com 60 anos ou mais e às suas famílias, aos seus amigos e aos seus cuidadores:

- **Pontos de acesso aos serviços relacionados com o envelhecimento** Pontos de acesso aos serviços relacionados com o envelhecimento (Aging Services Access Points, ASAP) são pontos de entrada únicos para todos os serviços e benefícios disponíveis para idosos em Massachusetts. Estas agências fornecem informações, candidaturas, serviços diretos e referências.
- **Os Conselhos sobre Envelhecimento/Centros Seniores sobre Envelhecimento** (Councils on Aging, COA) são organizações de voluntariado locais que oferecem informações e serviços diretos aos idosos, aos seus cuidadores e a outras pessoas com problemas de envelhecimento. Os COA fazem parte do governo local e trabalham com outras agências seniores e departamentos ao nível das cidades para fornecer programas sociais, recreativos, de saúde, segurança e educacionais para idosos nas suas comunidades.
- **MassOptions.org** é um sítio Web onde os idosos e as respetivas famílias podem obter informações sobre programas e serviços para idosos em Massachusetts. É um serviço do Gabinete Executivo de Saúde e Serviços Humanos do Massachusetts (Massachusetts Executive Office of Health and Human Services).

Para obter informações sobre qualquer uma destas agências, telefone para o MassOptions através do número 1-800-243-4636 (TTY: 711) ou aceda ao respetivo sítio Web em www.massoptions.org.

Os **Aging Services of North Central Massachusetts (Serviços de Envelhecimento do Centro-Norte do Massachusetts)** fornecem informações abrangentes e serviços de qualidade para que pessoas idosas, pessoas com deficiência e as suas famílias tenham a possibilidade de fazer escolhas personalizadas para garantir uma vida com dignidade, segurança e respeito. **Área de serviço:** Ashburnham, Ashby, Ayer, Berlin, Bolton, Clinton, Fitchburg, Gardner, Groton, Hubbardston, Lancaster, Leominster, Lunenburg, Princeton, Pepperell, Shirley, Sterling, Templeton, Townsend, Westminster e Winchendon.

Capítulo 2 – Números de telefone e recursos importantes

Método	Aging Services of North Central Massachusetts – Informações de contacto
TELEFONE PARA	800-734-7312
	Das 9 am às 5 pm, de segunda a sexta-feira
TTY	978-514-8841
	Este número requer equipamento telefónico especial e destina-se apenas a pessoas com dificuldades em ouvir ou falar.
	As ligações para este número não são gratuitas.
Sítio Web	www.agingservicesma.org

A **BayPath Elder Services, Inc.** oferece atendimento ao domicílio e serviços relacionados, permitindo que as pessoas vivam de maneira independente e confortável nas suas casas, e promove simultaneamente o seu bem-estar e a sua dignidade. **Área de serviço:** Ashland, Dover, Framingham, Holliston, Hopkinton, Hudson, Marlborough, Natick, Northborough, Sherborn, Southborough, Sudbury, Wayland e Westborough.

Método	Bay Path Elder Services, Inc. – Informações de contacto
TELEFONE PARA	508-573-7200
	Das 9 am às 5 pm, de segunda a sexta-feira
	As ligações para este número não são gratuitas.
TTY	711 (MassRelay)
Sítio Web	www.Baypath.org

Capítulo 2 – Números de telefone e recursos importantes

A **Boston Senior Home Care** estabelece ligação entre adultos idosos e pessoas com incapacidade e programas e serviços que os ajudam a viver de forma independente nas suas próprias casas e comunidades. Também presta apoio, informações e recursos a cuidadores de familiares, amigos ou ente queridos. **Área de serviço:** Beacon Hill, Boston, Charlestown, Dorchester, Downtown, East Boston, North End, South Boston, South Cove e West End.

Método	Boston Senior Home Care – Informações de contacto
TELEFONE PARA	617-451-6400 Das 9 am às 5 pm, de segunda a sexta-feira As ligações para este número não são gratuitas.
TTY	617-451-6404 Este número requer equipamento telefónico especial e destina-se apenas a pessoas com dificuldades em ouvir ou falar. As ligações para este número não são gratuitas.
Sítio Web	www.Bshcinfo.org

A **Bristol Elder Services, Inc.** fornece e promove serviços baseados na comunidade que contribuam para a independência e a dignidade de todos os idosos e todas as pessoas com incapacidade. **Área de serviço:** Attleboro, Berkley, Dighton, Fall River, Freetown, Mansfield, North Attleboro, Norton, Raynham, Rehoboth, Seekonk, Somerset, Swansea, Taunton e Westport.

Capítulo 2 – Números de telefone e recursos importantes

Método	Bristol Elder Services, Inc. – Informações de contacto
TELEFONE PARA	508-675-2101 Das 9 am às 5 pm, de segunda a sexta-feira As ligações para este número não são gratuitas.
TTY	711 (MassRelay) 508-646-9704 Este número requer equipamento telefónico especial e destina-se apenas a pessoas com dificuldades em ouvir ou falar. As ligações para este número não são gratuitas.
Sítio Web	www.bristolelder.org

A **Central Boston Elder Services, Inc.** fornece serviços de cuidados de curto e longo prazo destinados a ajudar idosos e pessoas com incapacidade a permanecerem autossuficientes e nas suas casas. **Área de serviço:** Allston, Back Bay, Boston, Brighton, Fenway, Jamaica Plain, Kenmore/Fenway, Mission Hill, Roxbury e South End.

Método	Central Boston Elder Services, Inc. – Informações de contacto
TELEFONE PARA	617-277-7416 Das 9 am às 5 pm, de segunda a sexta-feira As ligações para este número não são gratuitas.
TTY	844-495-7400 Este número requer equipamento telefónico especial e destina-se apenas a pessoas com dificuldades em ouvir ou falar.
Sítio Web	www.centralboston.org

Capítulo 2 – Números de telefone e recursos importantes

A **Coastline Elderly Services, Inc.** é uma empresa privada sem fins lucrativos que desenvolve, fornece e coordena uma variedade de serviços de atendimento ao domicílio criada para apoiar e garantir a vida independente dos idosos. **Área de serviço:** New Bedford, Acushnet, Dartmouth, Fairhaven, Gosnold, Marion, Mattapoisett e Rochester.

Método	Coastline Elderly Services, Inc. – Informações de contacto
TELEFONE PARA	508-999-6400 Das 8 am às 5 pm, de segunda a sexta-feira As ligações para este número não são gratuitas.
TTY	508-994-4265 Este número requer equipamento telefónico especial e destina-se apenas a pessoas com dificuldades em ouvir ou falar. As ligações para este número não são gratuitas.
Sítio Web	www.coastlinenb.org

A **AgeSpan** fornece e defende serviços baseados na comunidade que promovam a independência e a dignidade de todos os idosos e todas as pessoas com incapacidade.

Área de serviço: Amesbury, Andover, Billerica, Boxford, Chelmsford, Danvers, Dracut, Dunstable, Georgetown, Groveland, Haverhill, Lawrence, Lowell, Marblehead, Merrimac, Methuen, Middleton, Newbury, Newburyport, North Andover, Peabody, Rowley, Salisbury, Salem, Tewksbury, Tyngsboro, Westford e West Newbury.

Método	AgeSpan – Informações de contacto
TELEFONE PARA	800-892-0890 Das 8 am às 5 pm, de segunda a sexta-feira
TTY	800-924-4222 Este número requer equipamento telefónico especial e destina-se apenas a pessoas com dificuldades em ouvir ou falar.
Sítio Web	www.agespan.org

A **Elder Services of Worcester Area, Inc.** ajuda idosos e pessoas com deficiência e as suas famílias a obterem serviços essenciais para que os idosos possam permanecer em casa com dignidade e independência pelo maior tempo possível. **Área de serviço:** Auburn, Barre, Boylston, Grafton, Hardwick, Holden, Leicester, Millbury, New Braintree, Oakham, Paxton, Rutland, Shrewsbury, West Boylston e Worcester.

Método	Elder Services of Worcester Area, Inc. – Informações de contacto
TELEFONE PARA	800-243-5111
	Das 8 am às 5 pm, de segunda a sexta-feira
TTY	774-312-7291
	Este número requer equipamento telefónico especial e destina-se apenas a pessoas com dificuldades em ouvir ou falar.
	As ligações para este número não são gratuitas.
Sítio Web	www.eswa.org

A **Ethos** é uma organização privada sem fins lucrativos que promove a independência, a dignidade e o bem-estar dos idosos e deficientes por meio da coordenação e prestação de cuidados ao domicílio e comunitários de alta qualidade. **Área de serviço:** Jamaica Plain, Roslindale, West Roxbury, Hyde Park e Mattapan.

Método	Ethos – Informações de contacto
TELEFONE PARA	617-522-6700
	Das 9 am às 5 pm, de segunda a sexta-feira
	As ligações para este número não são gratuitas.
TTY	711 (MassRelay)
Sítio Web	www.ethocare.org

Capítulo 2 – Números de telefone e recursos importantes

A **Greater Lynn Senior Services** oferece uma ampla gama de serviços sociais para ajudar as pessoas com 60 anos ou mais a viver uma vida mais plena e independente, com segurança e dignidade. **Área de serviço:** Lynn, Lynnfield, Nahant, Saugus e Swampscott.

Método	Greater Lynn Senior Services – Informações de contacto
TELEFONE PARA	800-594-5164 Das 8 am às 5 pm, de segunda a sexta-feira
TTY	844-580-1926 Este número requer equipamento telefónico especial e destina-se apenas a pessoas com dificuldades em ouvir ou falar.
Sítio Web	www.glss.net

A **Greater Springfield Senior Services, Inc.** é uma organização privada sem fins lucrativos dedicada a garantir a qualidade de vida de idosos, cuidadores e pessoas com incapacidade.

Área de serviço: Agawam, Brimfield, East Longmeadow, Hampden, Holland, Longmeadow, Monson, Palmer, Springfield, Wales, West Springfield e Wilbraham.

Método	Greater Springfield Senior Services, Inc. – Informações de contacto
TELEFONE PARA	800-649-3641 Das 8 am às 5 pm, de segunda a sexta-feira
TTY	413-733-1335 Este número requer equipamento telefónico especial e destina-se apenas a pessoas com dificuldades em ouvir ou falar. As ligações para este número não são gratuitas.
Sítio Web	www.gsssi.org

Capítulo 2 – Números de telefone e recursos importantes

A **HESSCO** é uma organização privada sem fins lucrativos dedicada a manter a qualidade de vida de idosos, cuidadores e pessoas com incapacidade. **Área de serviço:** Canton, Dedham, Foxborough, Medfield, Millis, Norfolk, Norwood, Plainville, Sharon, Walpole, Westwood e Wrentham.

Método	HESSCO – Informações de contacto
TELEFONE PARA	800-462-5221
TTY	800-462-5221 Este número requer equipamento telefónico especial e destina-se apenas a pessoas com dificuldades em ouvir ou falar.
Sítio Web	www.hessco.org

A **Highland Valley Elder Services** serve adultos mais velhos e as suas famílias através de colaboração, educação, defesa de direitos e de uma série de programas criados para ajudá-los a viver nas suas casas. **Área de serviço:** Amherst, Blandford, Chester, Chesterfield, Cummington, Easthampton, Goshen, Granville, Hadley, Hampden County, Hampshire County, Hatfield, Huntington, Middlefield, Montgomery, Northampton, Pelham, Plainfield, Russell, Southampton, Southwick, Tolland, Westfield, Westhampton, Williamsburg e Worthington.

Método	Highland Valley Elder Services – Informações de contacto
TELEFONE PARA	413-586-2000 Das 9 am às 5 pm, de segunda a sexta-feira As ligações para este número não são gratuitas.
TTY	711 (MassRelay)
Sítio Web	www.highlandvalley.org

Capítulo 2 – Números de telefone e recursos importantes

A **Minuteman Senior Services** ajuda idosos e pessoas com deficiência a viver no ambiente da sua escolha, envolvendo recursos da comunidade e apoiando os cuidadores. **Área de serviço:** Acton, Arlington, Bedford, Boxborough, Burlington, Carlisle, Concord, Harvard, Lexington, Lincoln, Littleton, Maynard, Stow, Wilmington, Winchester e Woburn.

Método	Minuteman Senior Services – Informações de contacto
TELEFONE PARA	888-222-6171 Das 9 am às 5 pm, de segunda a sexta-feira
TTY	711 (MassRelay) 1-800-439-2370 Este número requer equipamento telefónico especial e destina-se apenas a pessoas com dificuldades em ouvir ou falar.
Sítio Web	www.minutemansenior.org

A **Lifepath** é uma empresa privada sem fins lucrativos que desenvolve, fornece e coordena uma variedade de serviços visando apoiar a vida independente de idosos e pessoas com incapacidade para viver independentemente. **Área de serviço:** Ashfield, Athol, Bernardston, Buckland, Charlemont, Colrain, Conway, Deerfield, Erving, Gill, Greenfield, Hawley, Heath, Leverett, Leyden, Monroe, Montague, New Salem, Northfield, Orange, Petersham, Phillipston, Rowe, Royalston, Shelburne, Shutesbury, Sunderland, Warwick, Wendell e Whately.

Método	Lifepath – Informações de contacto
TELEFONE PARA	800-732-4636 Das 9 am às 5 pm, de segunda a sexta-feira
TTY	711 (MassRelay) 800-439-2370 Este número requer equipamento telefónico especial e destina-se apenas a pessoas com dificuldades em ouvir ou falar.
Sítio Web	www.lifepathma.org

A **Mystic Valley Elder Services** promove a saúde e a independência de idosos, adultos com deficiência e respetivos cuidadores. **Área de serviço:** Chelsea, Everett, Malden, Medford, Melrose, North Reading, Reading, Revere, Stoneham, Wakefield e Winthrop.

Método	Mystic Valley Elder Services – Informações de contacto
TELEFONE PARA	781-324-7705 Das 7:45 am às 5 pm, de segunda a sexta-feira As ligações para este número não são gratuitas.
TTY	711 (MassRelay)
Sítio Web	www.mves.org

A **Old Colony Elder Services** apoia a independência e a dignidade de idosos e de pessoas com incapacidade, fornecendo informações e serviços essenciais que promovem uma vida saudável e segura. **Área de serviço:** Abington, Avon, Bridgewater, Brockton, Carver, Duxbury, East Bridgewater, Easton, Halifax, Hanover, Hanson, Kingston, Lakeville, Marshfield, Middleboro, Pembroke, Plymouth, Plympton, Rockland, Stoughton, Wareham, West Bridgewater e Whitman.

Método	Old Colony Elder Services – Informações de contacto
TELEFONE PARA	508-584-1561 As ligações para este número não são gratuitas.
TTY	508-587-0280 Este número requer equipamento telefónico especial e destina-se apenas a pessoas com dificuldades em ouvir ou falar. As ligações para este número não são gratuitas.
Sítio Web	www.ocesma.org

A **SeniorCare, Inc.** fornece e coordena serviços para idosos e adultos com incapacidade. **Área de serviço:** Beverly, Essex, Gloucester, Hamilton, Ipswich, Manchester-by-the-Sea, Rockport, Topsfield e Wenham.

Método	SeniorCare, Inc. – Informações de contacto
TELEFONE PARA	866-927-1050
TTY	978-282-1836 Este número requer equipamento telefónico especial e destina-se apenas a pessoas com dificuldades em ouvir ou falar. As ligações para este número não são gratuitas.
Sítio Web	www.seniorcareinc.org

A **Somerville Cambridge Elder Services** ajuda idosos e pessoas com incapacidade a permanecerem seguras e independentes nas suas próprias casas, oferecendo uma ampla gama de serviços de apoio, bem como informações e conselhos. **Área de serviço:** Cambridge e Somerville.

Método	Somerville Cambridge Elder Services – Informações de contacto
TELEFONE PARA	617-628-2601 Das 8 am às 5 pm, de segunda a sexta-feira As ligações para este número não são gratuitas.
TTY	617-628-1705 Este número requer equipamento telefónico especial e destina-se apenas a pessoas com dificuldades em ouvir ou falar. As ligações para este número não são gratuitas.
Sítio Web	www.eldercare.org

Capítulo 2 – Números de telefone e recursos importantes

A **South Shore Elder Services** recomenda e coordena recursos para idosos na área de South Shore com o objetivo de ajudá-los a permanecerem o mais independentes possível. **Área de serviço:** Braintree, Cohasset, Hingham, Holbrook, Hull, Milton, Norwell, Quincy, Randolph, Scituate e Weymouth.

Método	South Shore Elder Services – Informações de contacto
TELEFONE PARA	781-848-3910
	Das 9 am às 5 pm, de segunda a sexta-feira
	As ligações para este número não são gratuitas.
TTY	781-356-1992
	Este número requer equipamento telefónico especial e destina-se apenas a pessoas com dificuldades em ouvir ou falar.
	As ligações para este número não são gratuitas.
Sítio Web	www.sselder.org

A **Springwell, Inc.** é uma organização privada sem fins lucrativos que cria, gere e coordena uma ampla gama de serviços há mais de 35 anos. **Área de serviço:** Belmont, Brookline, Needham, Newton, Waltham, Watertown, Wellesley e Weston.

Método	Springwell, Inc. – Informações de contacto
TELEFONE PARA	617-926-4100
	Das 9 am às 5 pm, de segunda a sexta-feira
	As ligações para este número não são gratuitas.
TTY	617-923-1562
	Este número requer equipamento telefónico especial e destina-se apenas a pessoas com dificuldades em ouvir ou falar.
	As ligações para este número não são gratuitas.
Sítio Web	www.springwell.com

Capítulo 2 – Números de telefone e recursos importantes

A **Tri-Valley** ajuda idosos e pessoas com deficiência a viver de forma independente com dignidade nas suas próprias casas ou ambientes da sua escolha. **Área de serviço:** Bellingham, Blackstone, Brookfield, Charlton, Douglas, Dudley, E. Brookfield, Franklin, Hopedale, Medway, Mendon, Milford, Millville, Northbridge, N. Brookfield, Oxford, Southbridge, Spencer, Sturbridge, Sutton, Upton, Uxbridge, Warren, Webster e W. Brookfield.

Método	Tri-Valley – Informações de contacto
TELEFONE PARA	800-286-6640
	Das 8:30 am às 5 pm, de segunda a sexta-feira
TTY	508-949-6654
	Este número requer equipamento telefónico especial e destina-se apenas a pessoas com dificuldades em ouvir ou falar.
	As ligações para este número não são gratuitas.
Sítio Web	www.trivalleyinc.org

A **West Mass Elder Care** fornece informações, recursos e serviços de longo prazo a idosos e pessoas com deficiência, e disponibiliza apoio aos cuidadores. **Área de serviço:** Holyoke, Chicopee, Granby, South Hadley, Ludlow, Belchertown e Ware.

Método	West Mass Elder Care – Informações de contacto
TELEFONE PARA	800-462-2301
	Das 8 am às 5 pm, de segunda a sexta-feira
TTY	800-875-0287
	Este número requer equipamento telefónico especial e destina-se apenas a pessoas com dificuldades em ouvir ou falar.
Sítio Web	www.wmelder-care.org

CAPÍTULO 3:

Usar o plano para obter os seus serviços médicos e outros serviços cobertos

SECÇÃO 1 o que precisa saber sobre como obter os seus cuidados médicos e outros serviços como membro do nosso plano

Este capítulo explica o que precisa saber sobre como usar o plano para obter os seus cuidados médicos e outros serviços cobertos. Fornece definições de termos e explica as regras que precisará de seguir para obter os tratamentos médicos, serviços, equipamento, medicamentos sujeitos a receita médica e outros cuidados médicos cobertos pelo plano.

Para obter os detalhes sobre que cuidados médicos e outros serviços são cobertos pelo nosso plano, use a Tabela de Benefícios Médicos no próximo capítulo, o Capítulo 4 (*Tabela de Benefícios Médicos – o que está coberto*).

Secção 1.1 O que são prestadores dentro da rede e serviços cobertos?
--

- **Prestadores** são médicos e outros profissionais de saúde licenciados pelo estado para fornecerem serviços e cuidados médicos. O termo prestadores também inclui hospitais e outras instalações de saúde.
- **Prestadores dentro da rede** são os médicos e outros profissionais de saúde, grupos médicos, hospitais e outras instalações de saúde que têm um acordo connosco para aceitarem o nosso pagamento como pagamento integral. Trabalhamos para que estes prestadores forneçam serviços cobertos aos membros do nosso plano. Os prestadores da nossa rede cobram-nos diretamente pelos cuidados que lhe prestam. Quando recorrer a um fornecedor dentro da rede, não paga nada pelos serviços cobertos.
- Os **serviços cobertos** incluem todos os cuidados médicos, serviços de saúde, produtos, equipamentos e medicamentos sujeitos a receita médica cobertos pelo nosso plano. Os seus serviços cobertos para cuidados médicos estão listados na tabela de benefícios médicos no Capítulo 4. Os seus serviços cobertos para medicamentos sujeitos a receita médica são discutidos no Capítulo 5.

Secção 1.2 Regras básicas para obter cuidados médicos e outros serviços cobertos pelo plano

Como plano de saúde Medicare e MassHealth (Medicaid), o CCA Senior Care Options tem de cobrir todos os serviços cobertos pelo Original Medicare e pode oferecer outros serviços além dos cobertos pelo Original Medicare, conforme indicado no Capítulo 4.

O CCA Senior Care Options cobrirá geralmente os seus cuidados médicos, desde que:

- **O atendimento que receber esteja incluído na Tabela de Benefícios Médicos** do plano (esta tabela está no Capítulo 4 deste documento).
- **O atendimento que receber seja considerado medicamente necessário.** Medicamente necessário significa que os serviços, produtos, equipamento ou medicamentos são necessários para a prevenção, o diagnóstico ou o tratamento da sua condição médica e satisfazem os padrões aceites da prática médica.
- **Você tem um prestador de cuidados primários (um PCP) que fornece e supervisiona os seus cuidados.** Como membro do nosso plano, tem de escolher um PCP dentro da rede (para obter mais informações sobre isto, consulte a Secção 2.1 neste capítulo).
 - Na maioria das situações, o nosso plano tem de conceder-lhe aprovação prévia (autorização prévia ou aprovação) para que possa recorrer a outros prestadores na rede do plano, como especialistas, hospitais, enfermarias qualificadas ou agências de saúde ao domicílio. Para obter mais informações sobre isto, consulte a Secção 2.3 deste capítulo e a Tabela de Benefícios Médicos no Capítulo 4.
 - Não é necessária autorização prévia para atendimento de emergência ou serviços de necessidade urgente. Existem também outros tipos de cuidados que pode obter sem aprovação prévia do seu PCP (para obter mais informações, consulte a Secção 2.2 deste capítulo).
 - Nota: Nos seus primeiros 90 dias com o nosso plano ou até que o seu Plano de Cuidados Individualizados esteja completo, pode continuar a recorrer aos seus prestadores atuais, sem nenhum custo, se não fizerem parte da nossa rede. Tal é denominado Período de Continuidade do Atendimento (Continuity of Care, COC). Durante o período de COC, o seu Parceiro de Cuidados entrará em contacto consigo para ajudá-lo a encontrar prestadores na nossa rede. Após o período de COC, deixaremos de cobrir os seus cuidados se optar por aceder a prestadores fora da rede.
- **Tem de receber os seus cuidados de um prestador dentro da rede** (para obter mais informações sobre isto, consulte a Secção 2 neste capítulo). Na maioria dos casos, os cuidados que recebe de um prestador fora da rede (um prestador que não faz parte dentro da rede do nosso plano) não serão cobertos. Tal significa que terá de pagar ao prestador na totalidade pelos serviços prestados. *Apresentamos três exceções:*
 - O plano cobre atendimento de emergência ou serviços de necessidade urgente que obtenha de um prestador fora da rede. Para obter mais informações sobre

Capítulo 3 – Usar a cobertura do plano para obter os seus serviços médicos e outros serviços cobertos

esta matéria e para saber o que significam serviços de emergência ou de necessidade urgente, consulte a Secção 3 deste capítulo.

- Se precisar de cuidados médicos que o Medicare ou o MassHealth (Medicaid) exijam que o nosso plano cubra, mas não existirem especialistas na nossa rede que possam fornecer estes cuidados, pode obter os cuidados de um prestador fora da rede pelo mesmo custo que normalmente paga na rede. É necessário que o plano autorize o atendimento que recebe de um prestador fora da rede antes de procurar atendimento. Nesta situação, cobriremos estes serviços sem nenhum custo para si. Para obter informações sobre como obter aprovação para consultar um prestador de cuidados fora da rede, consulte a Secção 2.4 neste capítulo.
- O plano cobre os serviços de diálise renal que obtenha numa unidade de diálise certificada pelo Medicare quando estiver temporariamente fora da área de serviço do plano ou quando o seu prestador deste serviço estiver temporariamente indisponível ou inacessível.

SECÇÃO 2 Use prestadores dentro da rede do plano para obter o seu atendimento médico e outros serviços

Secção 2.1	Terá de escolher um prestador de cuidados primários (PCP) para fornecimento e supervisão dos seus cuidados
-------------------	---

O que é um PCP e o que é que o PCP faz por si?

o seu prestador de cuidados primários é o prestador que consulta primeiro para a maioria dos problemas de saúde. O seu PCP pode ser um médico de cuidados primários licenciado, um enfermeiro, um assistente médico ou um especialista em saúde feminina que satisfaça os requisitos do estado e tenha formação para lhe fornecer cuidados médicos gerais abrangentes.

Ao tornar-se um membro do nosso plano, tem de escolher um prestador do plano como seu PCP. O CCA Senior Care Options contrata prestadores de cuidados primários que conhecem a sua comunidade e que desenvolveram relações de trabalho com especialistas, hospitais, prestadores de cuidados domiciliários comunitários e enfermarias especializadas em sua área.

O seu PCP, juntamente com os outros membros da sua equipa de atendimento, é responsável por coordenar todos os seus cuidados médicos. A sua equipa de cuidados pode incluir o seu PCP, o seu Parceiro de Cuidados e/ou um coordenador de serviços de suporte geriátrico (geriatric support services coordinator, GSSC) e outros, conforme apropriado. “Coordenar” os

Capítulo 3 – Usar a cobertura do plano para obter os seus serviços médicos e outros serviços cobertos

seus serviços inclui verificar consigo ou consultá-lo e a outros prestadores do plano sobre os seus cuidados e como estão a correr.

É necessária autorização prévia (aprovação prévia) do plano para alguns dos seus serviços antes de os receber. O seu PCP/equipa de atendimento trabalha em conjunto com o plano para providenciar estes serviços quando necessário. Estes serviços são identificados na Tabela de Benefícios Médicos no próximo capítulo (**Tabela de Benefícios Médicos – o que está coberto**). Embora alguns serviços não exijam autorização prévia, encorajamo-lo sempre a falar com o seu PCP/equipa de atendimento para ter a certeza de que recebe todos os serviços apropriados.

Assim que estiver inscrito, a sua equipa de atendimento, juntamente consigo e qualquer outra pessoa que escolher incluir no processo, como um membro da família, colaborará consigo para desenvolver um Plano de Cuidados Individualizados criado especialmente para si. Para garantir que recebe o atendimento mais adequado, a sua equipa de atendimento analisará e autorizará alterações ao seu plano de atendimento. Com a sua participação ativa, a sua equipa de atendimento irá reavaliar as suas necessidades pelo menos a cada 6 meses, mas com maior frequência, se necessário.

Como escolhe o seu PCP?

Cada um dos nossos membros tem de ter um prestador de cuidados primários (PCP) que tenha acordo com o nosso plano. O PCP que escolher pode ser um médico de cuidados primários licenciado, uma enfermeira ou um assistente médico. Durante o processo de inscrição, o nosso representante de marketing e divulgação colaborará consigo para escolher um PCP. Se não escolher um PCP, iremos atribuir-lhe um. Também pode telefonar para o nosso Serviço de Atendimento a Membros se precisar de mais informações ou de ajuda.

Se houver especialistas específicos que deseje usar, pergunte ao seu PCP se tem acordos com esses especialistas. Cada PCP dispõe de determinados especialistas para os quais podem encaminhá-lo, embora você esteja coberto por qualquer especialista que faça parte da nossa rede.

Mudar de PCP

Pode alterar o seu PCP por qualquer motivo, a qualquer momento. Além disso, é possível que o seu PCP saia da rede de prestadores do nosso plano e tenha de encontrar um novo PCP.

Se a mudança de PCP for para um grupo diferente de prática médica, entrará em vigor no primeiro dia do mês seguinte após a solicitação ser feita; no entanto, se a mudança de PCP ocorrer dentro de uma clínica/um consultório de cuidados primários, a mudança pode entrar em vigor mais rapidamente.

Capítulo 3 – Usar a cobertura do plano para obter os seus serviços médicos e outros serviços cobertos

Se o seu PCP deixar a nossa rede do plano, avisá-lo-emos por e-mail e ajudá-lo-emos a escolher outro PCP para que possa continuar a obter os serviços cobertos. Para obter mais informações ou ajuda, telefone para os Serviços de Atendimento a Membros.

Secção 2.2	Que tipo de atendimento médico e outros serviços pode obter sem a aprovação prévia?
-------------------	--

Pode obter os serviços indicados abaixo sem obter aprovação prévia.

- Saúde de rotina para mulher, que inclui exames de mama, mamografias de rastreio (radiografias da mama), testes de Papanicolau e exames pélvicos, desde que os obtenha de um prestador dentro da rede.
- Vacinas contra a gripe, vacinas contra a COVID-19, vacinas contra a hepatite B e vacinas contra a pneumonia, desde que as obtenha de um prestador dentro da rede.
- Serviços de emergência de prestadores dentro da rede ou de prestadores fora da rede
- Serviços de necessidade urgente são serviços cobertos que não são serviços de emergência, prestados quando os prestadores dentro da rede estão temporariamente indisponíveis ou inacessíveis ou quando o inscrito está fora da área de serviço. Por exemplo, precisa de cuidados imediatos durante o fim de semana. Os serviços têm de ser imediata e medicamente necessários.
- Serviços de diálise renal que obtenha numa instalação de diálise certificada pelo Medicare quando estiver temporariamente fora da área de serviço do plano. (Se possível, contacte o Serviço de Atendimento a Membros antes de sair da área de serviço, para que possamos tomar providências para realizar diálise de manutenção enquanto estiver fora.)
- Para obter mais informações sobre os serviços que não requerem autorização prévia (aprovação prévia), consulte a Tabela de Benefícios Médicos no Capítulo 4, **Tabela de Benefícios Médicos (o que está coberto)**.

Secção 2.3	Como obter atendimento de especialistas e de outros prestadores dentro da rede
-------------------	---

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

- Os oncologistas cuidam de doentes com cancro
- Os cardiologistas cuidam de doentes com problemas cardíacos

Capítulo 3 – Usar a cobertura do plano para obter os seus serviços médicos e outros serviços cobertos

- Os ortopedistas cuidam de doentes com determinadas condições ósseas, articulares ou musculares

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

Os PCP do plano e os dentistas dispõem de determinados especialistas que usam para encaminhamentos, embora você esteja coberto por qualquer especialista que faça parte da nossa rede. Se houver especialistas específicos que pretenda consultar, pergunte ao seu PCP se trabalha com esses especialistas. Pode alterar de PCP se pretender consultar um especialista para o qual o seu PCP atual não possa encaminhá-lo. Para obter mais informações sobre como alterar de PCP, consulte a Secção 2.1 neste capítulo. Também pode telefonar para o Serviço de Atendimento a Membros se precisar de mais informações ou de ajuda.

O nosso plano tem acordo com determinadas instalações que fornecem cuidados agudos, crónicos e de reabilitação. Como membro do CCA Senior Care Options, será encaminhado para hospitais contratados nos quais o seu PCP tem privilégios de admissão. Estas instalações deverão ser-lhe familiares e estão geralmente localizadas em sua comunidade. Consulte o Lista de Prestadores e Farmácias para localizar instalações na rede do plano. A Lista de Prestadores e Farmácias mais atualizada está disponível no nosso sítio Web em www.ccama.org.

Se recebeu recentemente um diagnóstico de doença grave ou terminal, o seu Parceiro de Cuidados, prestador de cuidados primários ou especialista pode recomendar o programa de cuidados paliativos, incluindo em unidade cuidados paliativos. Os cuidados paliativos podem apoiá-lo durante uma doença grave, por exemplo a encontrar serviços que satisfaçam às suas necessidades, incluindo cuidados paliativos. Os cuidados paliativos são uma opção para membros com doença terminal. Deve discutir as suas opções com a sua equipa médica.

É necessária autorização prévia do plano para determinados serviços antes de os receber. O seu PCP/equipa de atendimento trabalha em conjunto com o nosso plano para providenciar estes serviços quando necessário. Para obter uma lista completa de serviços que requerem autorização prévia, consulte a Tabela de Benefícios Médicos no Capítulo 4. Incentivamo-lo a falar com o seu PCP/equipa de cuidados antes de obter os serviços que não requerem autorização prévia para garantir que recebe todos os serviços apropriados, a menos que seja uma emergência ou uma situação urgente.

O nosso plano cobre um segundo parecer de um especialista ou qualquer outro profissional de saúde qualificado para quaisquer serviços cobertos dentro da rede. Você também pode obter uma segunda opinião de um prestador fora da rede se não estiver disponível um prestador

dentro da rede. O seu PCP/equipa de atendimento ajudá-lo-á a providenciar o recebimento de serviços de segunda opinião de um prestador fora da rede. É necessário que obtenha autorização para quaisquer serviços recebidos de um prestador fora da rede antes de procurar atendimento. Nesta situação, cobriremos estes serviços sem nenhum custo para si.

E se um especialista ou outro prestador dentro da rede sair do nosso plano?

Podemos alterar os hospitais, médicos e especialistas (prestadores) que fazem parte do seu plano durante o ano. Se o seu prestador de cuidados de saúde ou especialista sair do nosso plano, o membro tem determinados direitos e proteções que estão resumidos abaixo:

- Mesmo que a nossa rede de prestadores mude durante o ano, o Medicare exige que lhe forneçamos acesso ininterrupto a prestadores de cuidados de saúde e especialistas qualificados.
- Faremos um esforço de boa fé para avisá-lo com pelo menos 30 dias de antecedência de que o seu prestador vai sair do nosso plano, para que tenha tempo de selecionar um novo prestador.
- Vamos ajudá-lo a selecionar um novo prestador qualificado para continuar a gerir as suas necessidades de saúde.
- Se estiver 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.
- Iremos providenciar qualquer benefício coberto clinicamente necessário fora da nossa rede de prestadores, mas com partilha de custos dentro da rede, quando um prestador ou benefício dentro da rede não estiver disponível ou for inadequado para satisfazer as suas necessidades médicas. É necessária autorização prévia.
- Se souber que o seu médico ou especialista vai sair do plano, entre em contacto connosco para que possamos ajudá-lo a encontrar um novo prestador para gerir os seus cuidados.
- Se considerar que não lhe disponibilizámos um prestador qualificado para substituir o seu prestador anterior ou que o seu atendimento não está a ser administrado de forma adequada, tem o direito de registar uma reclamação sobre cuidados ao QIO, uma queixa sobre a qualidade dos cuidados ao plano ou a fazer ambas as coisas. Consulte o Capítulo 8.

Secção 2.4	Como obter atendimento de prestadores fora da rede
-------------------	---

Tem de receber os seus cuidados de um prestador dentro da rede (para obter mais informações sobre isto, consulte a Secção 2 neste capítulo). Na maioria dos casos, os cuidados que recebe de um prestador fora da rede (um prestador que não faz parte dentro da rede do nosso plano) não serão cobertos. **Existem algumas exceções a notar:**

- O plano cobre atendimento de emergência ou atendimento urgente fora da área que obtém de um prestador fora da rede. Para obter mais informações sobre esta matéria e para ver o que significa cuidados de emergência ou urgentemente necessários, consulte a Secção 3 deste capítulo.
- Se precisar de cuidados médicos que o Medicare ou o MassHealth (Medicaid) exijam que o nosso plano os cubra e os prestadores da nossa rede não puderem fornecer tais cuidados, você pode obter esses cuidados, incluindo serviços de planeamento familiar, de um prestador fora da rede. O plano tem de autorizar o atendimento que receber de um prestador fora da rede antes de procurar atendimento. O seu PCP/equipa de atendimento trabalha em conjunto com o plano para providenciar estes serviços quando necessário. Nesta situação, cobriremos estes serviços autorizados sem nenhum custo para si. Se não obtiver autorização para consultar um prestador fora da rede com antecedência, terá de pagar pelo serviço.
- Serviços de diálise renal que obtenha numa instalação de diálise certificada pelo Medicare quando estiver temporariamente fora da área de serviço do plano.
- O plano cobre atendimento fora da rede em circunstâncias fora do comum. É necessário que obtenha autorização para o atendimento que receber de um prestador fora da rede antes de solicitar este atendimento. Em tal situação, cobriremos estes serviços sem nenhum custo para si. Se não obtiver autorização prévia para atendimento fora da rede, você será responsável pelo pagamento do serviço. Alguns exemplos de circunstâncias fora do comum que podem levar a atendimento fora da rede são os seguintes:
 - O membro tem uma condição médica única e os serviços necessários não estão disponíveis nos prestadores dentro da rede.
 - Os serviços estão disponíveis na rede, mas não em tempo útil considerando o requerido pela sua condição médica.
 - Necessita de obter uma segunda opinião de um prestador fora da rede. O seu PCP/equipa de atendimento ajudá-lo-á a providenciar o recebimento de serviços de segunda opinião de um prestador fora da rede.
 - O seu PCP/equipa de atendimento determina que um prestador fora da rede pode fornecer o serviço de melhor maneira.

SECÇÃO 3 Como obter serviços em caso de emergência ou necessidade urgente de atendimento ou durante um desastre

Secção 3.1 Receber atendimento em caso de emergência médica

O que é uma emergência médica e o que deve fazer se estiver nessa situação?

Uma **emergência médica** é uma situação em que o membro, ou qualquer outra pessoa leiga prudente com um conhecimento médio de saúde e medicina, considera que tem sintomas médicos que requerem atenção médica imediata para evitar a perda da sua vida, perda de um membro do corpo ou perda de função de um membro do corpo ou impedimento grave de uma função corporal. Os sintomas médicos podem ser uma doença, lesão, dor intensa ou uma condição médica que esteja a piorar rapidamente.

Se tiver uma emergência médica:

- **Obtenha ajuda o mais rapidamente possível.** Telefone para o 911 para obter ajuda ou acorra às urgências ou ao hospital mais próximo. Chame uma ambulância se precisar. **Não** necessita de obter previamente aprovação ou encaminhamento pelo seu PCP. Não necessita de utilizar um prestador de cuidados de saúde dentro da rede. Pode obter cuidados médicos de emergência cobertos sempre que precisar, em qualquer parte dos Estados Unidos ou dos seus territórios, e de qualquer prestador com uma licença estatal adequada, mesmo que não faça parte da nossa rede.
- **Assim que possível, certifique-se de que o nosso plano foi informado sobre a sua emergência.** Necessitamos de fazer o seguimento do seu atendimento de emergência. Você ou outra pessoa deve contactar-nos para nos informar sobre o seu atendimento de emergência, geralmente dentro de 48 horas. Para nos notificar, ligue para o Serviço de Atendimento a Membros através do número 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana.

O que está coberto se tiver uma emergência médica?

Pode obter atendimento médico de emergência coberto sempre que precisar, em qualquer lugar dos Estados Unidos ou nos seus territórios. O nosso plano também cobre serviços de emergência, incluindo transporte de emergência e atendimento urgente fora dos Estados Unidos e seus territórios até cem mil dólares (\$100,000) por ano civil. O nosso plano cobre serviços de ambulância em situações em que chegar ao atendimento de emergência de qualquer outra forma

Capítulo 3 – Usar a cobertura do plano para obter os seus serviços médicos e outros serviços cobertos

possa colocar em risco a sua saúde. Para obter mais informações, consulte a Tabela de Benefícios Médicos no Capítulo 4.

O nosso plano cobre serviços de ambulância em situações em que chegar ao atendimento de emergência de qualquer outra forma possa colocar em risco a sua saúde. Também cobrimos serviços médicos durante a emergência.

Os prestadores de cuidados de saúde que estejam a prestar atendimento de emergência decidirão quando é que a sua condição está estável e a emergência médica terminou.

Após o término da emergência, tem direito a serviços de acompanhamento para ter a certeza de que a sua condição permanece estável. Os seus prestadores de cuidados de saúde continuarão a tratá-lo até que nos contactem e façam planos para cuidados adicionais. Os seus cuidados de seguimento serão cobertos pelo nosso plano. Se o seu atendimento de emergência for fornecido por prestadores fora da rede, tentaremos que os prestadores dentro da rede assumam os seus cuidados assim que a sua condição médica e as circunstâncias o permitirem. O nosso objetivo é garantir que as suas necessidades de cuidados durante o período pós-estabilização não sejam interrompidas por requisitos de autorização.

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

Numa emergência de saúde comportamental, deve dirigir-se ao atendimento de emergência mais próximo. Será avaliado por uma equipa de crise que irá ajudá-lo a encontrar uma instituição adequada para receber cuidados. Não é necessária autorização prévia para este tipo de emergência dentro dos EUA e seus territórios. Para saber mais, consulte a Tabela de Benefícios no Capítulo 4, Secção 2.1.

Também pode contactar o Programa de Serviços de Emergência (Emergency Services Program, ESP) do Massachusetts através do número 1-877-382-1609. O ESP fornece serviços de avaliação, intervenção e estabilização de crises de saúde comportamental, 24 horas por dia, sete dias por semana e 365 dias por ano. O ESP inclui três serviços:

1. Serviços de Intervenção Móvel durante uma Crise (Mobile Crisis Intervention, MCI) para adultos – estes serviços estão disponíveis 24 horas por dia, sete dias por semana, da seguinte forma: das 7 a.m. às 8 p.m. em todos os locais comunitários ESP e das 8 p.m. às 7 a.m. em programas residenciais e serviços de urgência hospitalar.
2. Locais na comunidade do Programa de Serviços de Emergência (Emergency Services Program, ESP) – os horários variam com base na localização. Para obter mais informações, aceda a <http://www.masspartnership.com/pdf/MBHPESPDIRECTORY.pdf>.
3. Serviços de Estabilização Comunitária durante uma Crise (Community Crisis Stabilization, CCS) para pessoas com idade igual ou superior a 18 anos – estes serviços

estão disponíveis 24 horas por dia, sete dias por semana. Para obter mais informações, acesse a <http://www.masspartnership.com/pdf/MBHPESPDIRECTORY.pdf>.

E se acabar por não se tratar de uma emergência médica?

Por vezes, pode ser difícil saber se tem uma emergência médica. Por exemplo, pode ir para um atendimento de emergência pensando que a sua saúde está em risco e o prestador de cuidados de saúde pode dizer que, afinal, não havia emergência médica. Se for claro que não se tratou de uma emergência, mas se foi razoável a sua convicção de que a sua saúde corria sério risco, cobriremos o seu atendimento.

No entanto, depois de o prestador de cuidados afirmar que *não* se tratou de uma emergência, cobriremos cuidados adicionais *apenas* se receber cuidados adicionais de uma destas duas maneiras:

- Você recorre a um prestador dentro da rede para obter atendimento adicional.
- – *ou* – o atendimento adicional que receber for considerado serviço de necessidade urgente e você seguir as regras para obter este atendimento urgente (para obter mais informações sobre esta matéria, consulte a Secção 3.2 abaixo).

Secção 3.2	Receber atendimento em caso de necessidade urgente
-------------------	---

O que é um serviço de necessidade urgente?

Um serviço urgente é uma situação de não emergência que requer cuidados médicos imediatos, mas, dadas as suas circunstâncias, não é possível ou não é razoável obter esses serviços de um prestador dentro da rede. O plano tem de cobrir serviços urgentemente necessários fornecidos fora da rede. Alguns exemplos de serviços urgentemente necessários são i) uma dor de garganta grave que ocorre durante o fim-de-semana ou ii) uma crise imprevista de uma condição conhecida quando está temporariamente fora da área de serviço.

E se estiver na área de cobertura do plano quando houver uma necessidade de atendimento urgente?

Deve tentar sempre obter serviços de necessidade urgente de prestadores dentro da rede. No entanto, se os prestadores estiverem temporariamente indisponíveis ou inacessíveis e não for razoável esperar para obter atendimento do seu prestador dentro da rede até a rede estar disponível, cobriremos os serviços de necessidade urgente que obtenha de um prestador fora da rede.

Capítulo 3 – Usar a cobertura do plano para obter os seus serviços médicos e outros serviços cobertos

Incentivamo-lo a contactar o Serviço de Atendimento a Membros através do 866-610-2273 (TTY 711) se precisar de atendimento urgente, 24 horas por dia, 7 dias por semana. Iremos colocá-lo em contacto com a nossa Linha de Aconselhamento de Enfermagem, que está disponível 24 horas por dia. Temos enfermeiros registados e médicos especialistas em saúde comportamental que irão ajudá-lo a lidar com os seus sintomas médicos, de saúde mental ou de uso de drogas.

Todos os atendimentos de urgência e consultas sintomáticas ou ao domicílio estarão disponíveis para si em 48 horas, pelo será avaliado num consultório ou em sua casa. Todas as consultas não sintomáticas em consultório estarão disponíveis para si depois de decorridos 14 dias de calendário.

E se eu estiver fora da área de cobertura do plano quando tiver uma necessidade de atendimento?

Quando estiver fora da área de serviço e não puder obter atendimento de um prestador dentro da rede, o nosso plano cobrirá os serviços de necessidade urgente que obtenha de qualquer prestador.

O nosso plano também cobre serviços de emergência, incluindo transporte de emergência e atendimento urgente fora dos Estados Unidos e seus territórios até cem mil dólares (\$100,000) por ano civil. para obter mais informações, consulte a Tabela de Benefícios Médicos no Capítulo 4 desta brochura.

Secção 3.3	Atendimento durante um desastre
-------------------	--

Se o governador do Massachusetts, o Secretário de Saúde e Serviços Humanos dos Estados Unidos (Secretary of Health and Human Services) ou o Presidente dos Estados Unidos declarar estado de desastre ou emergência na sua área geográfica, continua a ter direito aos cuidados do seu plano.

Consulte o sítio Web www.medicare.gov/what-medicare-covers/getting-care-drugs-in-disasters-or-emergencies para saber como obter os cuidados necessários durante um desastre.

Se não conseguir utilizar um prestador dentro da rede durante um desastre, o seu plano irá permitir que obtenha cuidados de prestadores fora da rede através de partilha de custos dentro da rede. Se não puder utilizar uma farmácia dentro da rede durante um desastre, poderá conseguir aviar os seus medicamentos sujeitos a receita médica numa farmácia fora da rede. Consulte o Capítulo 5, Secção 2.5 para obter mais informações.

SECÇÃO 4 E se for cobrado diretamente pelo custo total dos serviços?

Secção 4.1	Pode pedir-nos para pagar por serviços cobertos
-------------------	--

Se pagou pelos seus serviços cobertos, ou se recebeu uma fatura por serviços médicos cobertos, consulte o *Capítulo 6 (Solicitar que paguemos uma fatura que recebeu por serviços médicos ou medicamentos cobertos)* para obter informações sobre o que fazer.

Secção 4.2	O que deve fazer se os serviços não forem cobertos pelo nosso plano?
-------------------	---

O CCA Senior Care Options cobre todos os serviços medicamente necessários, conforme indicado na Tabela de Benefícios Médicos no Capítulo 4 deste documento. Se receber serviços não cobertos pelo nosso plano ou serviços obtidos fora da rede e não tiverem sido autorizados, é responsável pelo pagamento do custo total dos serviços.

Relativamente a serviços cobertos que tenham uma limitação de benefícios, paga também o custo total de quaisquer serviços que obtenha depois de esgotar o seu benefício para esse tipo de serviço coberto.

SECÇÃO 5 De que forma os seus serviços médicos são cobertos se participar num estudo de investigação clínica?

Secção 5.1 O que é um estudo de investigação clínica?
--

Um estudo de investigação clínica (também denominado *ensaio clínico*) é uma maneira de os prestadores de cuidados de saúde e cientistas testarem novos tipos de cuidados médicos, como o desempenho de um novo medicamento contra o cancro. Alguns estudos de investigação clínica são aprovados pelo Medicare. Os estudos de investigação clínica aprovados pelo Medicare normalmente solicitam aos voluntários que participem no estudo.

Assim que o Medicare aprovar o estudo, e você expressar interesse, alguém que trabalhe no estudo entrará em contacto consigo para explicar mais sobre o estudo e verificar se você satisfaz os requisitos estabelecidos pelos cientistas que estão a conduzir o estudo. O membro pode participar no estudo desde que cumpra os requisitos do estudo e tenha total compreensão e aceitação relativamente às implicações de participar no estudo.

Se participar num estudo aprovado pelo Medicare, o Original Medicare pagará a maior parte dos custos dos serviços cobertos que receber como parte do estudo. Se participar num estudo de investigação clínica poderá permanecer inscrito no nosso plano e continuar a receber o restante dos seus cuidados (os cuidados que não estão relacionados com o estudo) por meio do nosso plano.

Se quiser participar em qualquer estudo de investigação clínica aprovado pelo Medicare, *não* é necessário que nos informe ou que obtenha a nossa aprovação ou aprovação do seu PCP. Os prestadores que prestam os seus cuidados como parte do estudo de investigação clínica fazem *não* têm de fazer parte dentro da rede de prestadores do nosso plano. 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 (national coverage determinations, NCD) e ensaios de dispositivos experimentais (investigational device trials, IDE) e podem estar sujeitos a autorização prévia e outras regras do plano.

Embora não tenha de obter a permissão do nosso plano para participar num estudo de investigação clínica, coberto para inscritos no Medicare Advantage pelo Original Medicare, encorajamo-lo a notificar-nos antecipadamente quando optar por participar em ensaios clínicos qualificados pelo Medicare.

Secção 5.2	Quando participa num estudo de investigação clínica, quem paga o quê?
-------------------	--

Depois de aderir a um estudo de investigação clínica aprovado pelo Medicare, o Original Medicare cobre equipamentos de rotina e serviços recebidos no âmbito do estudo, incluindo:

- Alojamento e alimentação em caso de um internamento hospitalar que o Medicare pagaria mesmo se não estivesse num estudo
- Uma operação ou outro procedimento médico se fizer parte do estudo de investigação
- Tratamento de efeitos colaterais e complicações do novo cuidado

Depois de o Medicare pagar a sua parcela dos custos destes serviços, o nosso plano pagará o restante. Como acontece com todos os serviços cobertos, você não pagará nada pelos serviços cobertos que obtenha no estudo de investigação clínica.

Se participar num estudo de investigação clínica, **nem o Medicare nem o nosso plano pagarão em que qualquer dos seguintes casos:**

- Geralmente, o Medicare **não** irá pagar pelo novo material ou serviço que o estudo estiver a testar, a menos que o Medicare cobrisse o material ou o serviço se você **não** estivesse a participar num estudo.
- Equipamentos ou serviços fornecidos apenas para recolher dados e que não são usados diretamente no seu atendimento médico. Por exemplo, o Medicare não paga por tomografias mensais feitas no âmbito do estudo se a sua condição médica exigir normalmente apenas uma tomografia computadorizada.

Quer saber mais?

Pode obter mais informações sobre como participar num estudo de investigação clínica acedendo ao sítio Web do Medicare para ler ou transferir a publicação “Medicare and Clinical Research Studies.” (a publicação está disponível em: 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 devem telefonar para o número 1-877-486-2048.

SECÇÃO 6 Regras para obter cuidados numa instituição de saúde não médica religiosa

Secção 6.1 O que é uma instituição de saúde não médica religiosa?

Uma instituição de saúde não médica religiosa é uma instituição que cuida de uma condição que normalmente seria tratada num hospital ou enfermaria especializada. Se receber atendimento num hospital ou enfermaria especializada for contra as crenças religiosas de um membro, forneceremos cobertura para atendimento numa instituição de saúde não médica religiosa. Este benefício é fornecido apenas para serviços de internamento da Parte a (serviços de saúde não médicos).

Secção 6.2 Receber cuidados de uma instituição religiosa de cuidados de saúde não clínicos
--

Para obter atendimento de uma instituição de saúde não médica religiosa, tem de assinar um documento legal que indique que se opõe conscientemente a receber tratamento médico que não está sujeito a exceção.

- O cuidado ou tratamento médico que **não está sujeito a exceção** é qualquer cuidado ou tratamento médico que seja voluntário e não requerido por qualquer lei federal, estadual ou local.
- O tratamento médico **sujeito a exceção** é o cuidado ou tratamento médico que obtém que *não* seja voluntário ou *seja requerido*, de acordo com a legislação federal, estadual ou local.

Para ser coberto pelo nosso plano, o atendimento que recebe de uma instituição de saúde não médica religiosa tem de satisfazer as seguintes condições:

- A instituição que fornece o atendimento tem de ser certificada pelo Medicare.
- A cobertura dos serviços que recebe do nosso plano é limitada a aspetos *não religiosos* dos cuidados.
- Se receber serviços desta instituição que sejam fornecidos numa instalação, aplicam-se as seguintes condições:
 - Tem de ter uma condição médica que lhe permita receber serviços cobertos para cuidados de internamento hospitalar ou cuidados de enfermagem qualificados.

Capítulo 3 – Usar a cobertura do plano para obter os seus serviços médicos e outros serviços cobertos

- – e – Tem de obter aprovação prévia do nosso plano antes de ser admitido nas instalações ou a sua estadia não será coberta.

Tal como acontece com a cobertura hospitalar de doentes do CCA Senior Care Options internados, não há limite de cobertura para este benefício. Você não paga pelos seus serviços autorizados. Para obter mais informações, consulte a Tabela de Benefícios Médicos no Capítulo 4 desta **Prova de Cobertura**.

SECÇÃO 7 Regras de propriedade de equipamentos médicos duráveis

Secção 7.1	Ficará com o equipamento médico durável depois de fazer um determinado número de pagamentos de acordo com o nosso plano?
-------------------	---

A sua equipa de atendimento desempenha um papel importante na determinação de que equipamento é melhor para si. O equipamento médico durável (Durable medical equipment, DME) inclui equipamento como dispositivos e produtos para administração de oxigénio, cadeiras de rodas, andarilhos, sistemas de colchões elétricos, muletas, produtos para diabéticos, dispositivos geradores de fala, bombas de perfusão IV, nebulizadores e camas hospitalares encomendados por um prestador para uso em casa. Determinados equipamentos, como próteses, são sempre de propriedade do membro, enquanto outros equipamentos podem ser alugados para satisfazer a uma necessidade específica associada a uma condição médica e, em seguida, devolvidos ao fornecedor. Alguns tipos de equipamentos de aluguer (Aluguer Limitado) que só podem ser alugados até 13 meses; após 13 meses de aluguer, o material é considerado propriedade do membro.

No Original Medicare, as pessoas que alugam determinados tipos de DME são proprietárias do equipamento após realizarem participações pelo material durante 13 meses.

Quando se inscreve no CCA Senior Care Options, a sua equipa de atendimento, juntamente consigo e qualquer outra pessoa que escolha incluir no processo, como um membro da família, desenvolverá um plano de cuidados individualizado criado especialmente para si. Com a sua participação ativa, a sua equipa de atendimento irá reavaliar as suas necessidades pelo menos a cada 6 meses, mas com maior frequência, se necessário. Se a sua necessidade de equipamento médico durável for temporária, podemos alugar determinados equipamentos médicos duráveis para uso a curto prazo. No entanto, você pode adquirir itens de DME alugado, desde que o item seja medicamente necessário, você tenha uma necessidade de longo prazo relativamente ao material e este esteja autorizado. O membro não paga pelos seus serviços cobertos, incluindo equipamento médico durável. Podem ser aplicadas regras de

autorização. Consulte a Tabela de Benefícios Médicos no Capítulo 4, Secção 2 para obter informações sobre os equipamentos médicos duráveis.

O que acontecerá aos pagamentos que fez por equipamento médico durável se alterar para o Original Medicare?

Se não adquiriu a propriedade do material DME enquanto estava no nosso plano, terá de fazer 13 novos pagamentos consecutivos após mudar para o Original Medicare para passar a possuir o material. Os pagamentos efetuados enquanto estiver inscrito no seu plano não contam.

Exemplo 1: Fez 12 ou menos pagamentos consecutivos para o item no Original Medicare e depois aderiu ao nosso plano. Os pagamentos que efetuou no Original Medicare não contam.

Exemplo 2: Fez 12 ou menos pagamentos consecutivos para o item no Original Medicare e depois aderiu ao nosso plano. Estava no nosso plano, mas não obteve a propriedade enquanto estava no nosso plano. Depois, volta ao Original Medicare. Terá de fazer 13 novos pagamentos consecutivos para ser proprietário do item após aderir ao Original Medicare novamente. Todos os pagamentos anteriores (quer ao nosso plano quer ao Original Medicare) não contam.

Secção 7.2	Regras para equipamentos de administração de oxigénio, respetivos produtos e manutenção
-------------------	--

A que benefícios de administração de oxigénio tem direito?

Se se qualificar para a cobertura de equipamento de administração de oxigénio do Medicare, o CCA Senior Care Options cobrirá:

- Aluguer de equipamento de administração de oxigénio
- Entrega de oxigénio e conteúdos de oxigénio
- Tubos e acessórios de oxigénio relacionados com o fornecimento de oxigénio e conteúdos de oxigénio
- Manutenção e reparação de equipamentos de administração de oxigénio

Se sair do CCA Senior Care Options ou deixar de precisar de equipamento de administração de oxigénio do ponto de vista médico, o equipamento de administração de oxigénio terá de ser devolvido ao proprietário.

Capítulo 3 – Usar a cobertura do plano para obter os seus serviços médicos e outros serviços cobertos

O que acontece se sair do seu plano e retornar ao Original Medicare?

O Original Medicare requer que um fornecedor de oxigênio lhe forneça serviços durante cinco anos. Durante os primeiros 36 meses, você aluga o equipamento. Nos restantes 24 meses, o fornecedor fornece o equipamento e a manutenção (você ainda é responsável pela comparticipação de oxigênio). Após cinco anos, pode optar por permanecer na mesma empresa ou escolher para outra empresa. Nesta altura, o ciclo de cinco anos recomeça, mesmo que permaneça na mesma empresa, exigindo que faça comparticipações durante os primeiros 36 meses. Se aderir ou sair do nosso plano, o ciclo de cinco anos recomeça.

CAPÍTULO 4:

*Tabela de Benefícios Médicos (o que
está coberto)*

SECÇÃO 1 Compreender os serviços cobertos

Este capítulo fornece uma Tabela de Benefícios Médicos que indica os seus serviços cobertos a que tem direito como membro do CCA Senior Care Options. Mais adiante neste capítulo, pode encontrar informações sobre serviços médicos que não são cobertos. Também explica os limites de determinados serviços.

Secção 1.1 O membro não paga pelos seus serviços cobertos

Como recebe assistência do MassHealth (Medicaid), não paga pelos seus serviços cobertos desde que siga as regras do plano para obter os seus cuidados. (Consulte o Capítulo 3 para obter mais informações sobre as regras dos planos para receber os seus cuidados.)

SECÇÃO 2 Use a Tabela de Benefícios Médicos para saber o que está coberto

Secção 2.1 Os seus benefícios de cuidados médicos de longo prazo, serviços ao domicílio e comunitários como membro do plano

A Tabela de Benefícios Médicos nas páginas a seguir indica os serviços que o CCA Senior Care Options cobre. A cobertura de medicamentos sujeitos a receita médica da Parte D encontra-se no Capítulo 5. Os serviços indicados na Tabela de Benefícios Médicos são cobertos apenas quando os seguintes requisitos de cobertura estiverem satisfeitos:

- Os seus serviços cobertos pelo Medicare e pelo MassHealth (Medicaid) têm de ser fornecidos de acordo com as diretrizes de cobertura estabelecidas pelo Medicare e pelo MassHealth (Medicaid).
- Os seus serviços (incluindo cuidados médicos, serviços, produtos, equipamento e medicamentos sujeitos a receita médica da Parte B) *têm* de ser medicamento necessários. Medicamento necessário significa que os serviços, produtos ou medicamentos são necessários para a prevenção, o diagnóstico ou o tratamento da sua condição médica e satisfazem os padrões aceites da prática médica.
- O membro recebe os seus cuidados de um prestador dentro da rede. Na maioria dos casos, os cuidados que recebe de um prestador fora da rede não serão cobertos, a menos que sejam cuidados emergentes ou urgentes ou que o seu plano lhe tenha dado autorização. Tal significa que terá de pagar ao prestador na totalidade pelos serviços prestados.
- O membro tem um prestador de cuidados primários (um PCP) que fornece e

supervisiona os seus cuidados.

- Alguns dos serviços indicados na Tabela de Benefícios Médicos **apenas** são cobertos se o seu PCP ou outro prestador dentro da rede obtiver a nossa aprovação previamente (por vezes chamada de “autorização prévia”). Os serviços cobertos que precisam de aprovação prévia estão marcados na Tabela de Benefícios Médicos em *itálico*.

Outras coisas importantes a saber sobre a nossa cobertura:

- O membro está coberto pelo Medicare e pelo MassHealth (Medicaid). O Medicare cobre cuidados de saúde e medicamentos sujeitos a receita médica. O MassHealth (Medicaid) cobre os custos partilhados dos serviços do Medicare, incluindo qualquer participação por serviços e medicamentos que possa ter de pagar de outra forma. O MassHealth (Medicaid) também cobre serviços que o Medicare não cobre, como cuidados prolongados, medicamentos não sujeitos a receita médica, serviços ao domicílio e comunitários, serviços odontológicos ou outros serviços apenas do MassHealth (Medicaid).
- Como todos os planos de saúde Medicare, cobrimos tudo o que o Original Medicare cobre. (Se quiser saber mais sobre a cobertura e custos do Original Medicare, procure no seu manual *Medicare & You 2024 (O Medicare e você 2024)*. Consulte-o online em www.medicare.gov ou peça uma cópia telefonando para 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas por dia, 7 dias por semana. Os utilizadores de TTY devem telefonar para 1-877-486-2048.)
- Também cobrimos sem nenhum custo para si todos os serviços preventivos cobertos sem custos pelo Original Medicare.
- Se o Medicare adicionar cobertura para novos serviços durante 2024, o Medicare ou o nosso plano cobrirá esses serviços.
- Como membro do CCA Senior Care Options, alguns benefícios são cobertos pelo Medicare e alguns são cobertos pelo MassHealth (Medicaid). Integramos todos os seus benefícios para si. A tabela de benefícios reflete todos os serviços cobertos.
- Se estiver dentro do período de um mês de elegibilidade considerado continuado no nosso plano, continuaremos a fornecer todos os benefícios do Medicare cobertos pelo plano.

O membro (você) não paga pelos serviços indicados na Tabela de Benefícios, desde que satisfaça os requisitos de cobertura descritos acima.

Informações importantes sobre benefícios para inscritos com certas doenças crônicas

- Se for diagnosticado por um prestador de plano com as doenças crônicas identificadas abaixo e cumprir determinados critérios médicos, poderá ser elegível para benefícios adicionais especiais para pessoas com doenças crônicas. O diagnóstico tem de estar em arquivo e registado na CCA antes de receber Benefícios Suplementares Especiais para Doentes Crónicos. Nem todos os membros se qualificam.
 - Dependência crónica de álcool e outras drogas
 - Doenças autoimunes
 - Cancro
 - Desordens neurológicas
 - Condições de saúde comportamental crónicas e incapacitantes
 - Demência
 - Distúrbios cardiovasculares
 - Diabetes mellitus
 - Falha crónica do coração
 - Doença hepática em estado terminal
 - Doença renal em estado terminal
 - Distúrbios hematológicos graves
 - VIH/SIDA
 - Doenças pulmonares crónicas
 - AVC
- A elegibilidade relacionada com Benefícios Suplementares Especiais para Doentes Crónicos (Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill, SSBCI) é determinada a critério do Plano. Os benefícios estão disponíveis para membros que são identificados através da receção de documentação do prestador (por exemplo, uma solicitação enviada pelo prestador) que inclui uma condição crónica elegível e os seus cuidados estão a ser coordenados por um Parceiro de Cuidados CCA ou prestador dentro da rede. Após a validação de que os critérios de elegibilidade foram cumpridos, o CCA irá notificá-lo da sua inscrição nestes benefícios. Estes benefícios não são retrospetivos.
- Consulte a linha *Benefícios Adicionais Especiais para Doentes Crónicos* na Tabela de Benefícios Médicos abaixo para mais detalhes.
- Contacte-nos para saber exatamente para que benefícios pode ser elegível.



Verá esta maçã ao lado dos serviços preventivos na tabela de benefícios.

Capítulo 4 – Tabela de Benefícios Médicos (o que está coberto)

Tabela de Benefícios Médicos

Serviços que são cobertos	O que tem de pagar quando obtém estes serviços
 Rastreio de aneurisma da aorta abdominal Um único rastreio por ultrassons para pessoas em risco. O plano só cobre este rastreio se você tiver determinados fatores de risco. Não é necessária autorização prévia para serviços fornecidos por um prestador dentro da rede.	Paga \$0. Não existe cosseguro, comparticipação ou franquia.

Acupuntura para dor lombar crônica Os serviços cobertos incluem: São cobertas até 12 consultas em 90 dias para beneficiários do Medicare nas seguintes circunstâncias: Para os fins deste benefício, a dor lombar crônica é definida como: • Com duração de 12 semanas ou mais; • não específica, pois não tem causa sistêmica identificável (ou seja, não está associada a doença metastática, inflamatória, infecciosa, etc.); e • não está associada a cirurgia. Serão cobertas oito sessões adicionais para os doentes que demonstrem uma melhoria. Não podem ser administrados anualmente mais do que 20 tratamentos de acupuntura. O tratamento tem de ser interrompido se o doente não estiver a melhorar ou estiver a regredir. Requisitos do prestador: Os médicos (conforme definido em 1861(r)(1) da Lei da Segurança Social (Social Security Act) (a Lei) podem fornecer serviços de acupuntura de acordo com os requisitos estaduais aplicáveis. Médicos assistentes (MA), enfermeiros-chefes (EC)/especialistas em enfermagem clínica (EEC) (conforme identificados no artigo 1861(aa)(5) da Lei) e pessoal auxiliar podem realizar acupuntura se cumprirem todos os requisitos estaduais aplicáveis e tenham:	Paga \$0.
--	------------------

Capítulo 4 – Tabela de Benefícios Médicos (o que está coberto)

Serviços que são cobertos	O que tem de pagar quando obtém estes serviços
Acupuntura para dor lombar crónica (continuação) • mestrado ou doutoramento em acupuntura ou Medicina Oriental obtido numa escola credenciada pela Accreditation Commission on Acupuncture and Oriental Medicine (Comissão de Credenciamento em Acupuntura e Medicina Oriental, ACAOM); e, • uma licença atual, total, ativa e irrestrita para praticar acupuntura num estado, território ou Commonwealth (ou seja, Puerto Rico) dos Estados Unidos ou no distrito de Columbia. O pessoal auxiliar que fornece acupuntura tem de ter supervisão adequada de um médico, AP ou ENF/EEC exigido pelos nossos regulamentos em 42 CFR §§ 410.26 e 410.27. Não é necessária autorização prévia para serviços fornecidos por um prestador dentro da rede. Acupuntura O nosso plano cobre benefícios de acupuntura suplementares através do Medicare e do MassHealth (Medicaid), além dos serviços cobertos pelo Medicare acima. O plano cobre até 36 consultas no total por ano civil, 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. Não é necessária autorização prévia para serviços fornecidos por um prestador dentro da rede.	

Capítulo 4 – Tabela de Benefícios Médicos (o que está coberto)

Serviços que são cobertos	O que tem de pagar quando obtém estes serviços
Saúde diária do adulto Um programa de dia para as pessoas que são elegíveis, em que é fornecido um programa organizado de serviços de enfermagem e supervisão, assistência a atividades da vida diária (como comer, ir à casa de banho, fazer exercícios e tomar medicamentos), serviços de terapia de manutenção e socialização. A saúde diária do adulto é coberta pelo nosso plano no âmbito do benefício MassHealth (Medicaid).	Paga \$0. <i>É necessária autorização prévia.</i>
Acolhimento de adultos Serviços prestados a um membro num ambiente doméstico por um prestador de cuidados qualificado pela agência prestadora de acolhimento de adultos; os serviços incluem assistência a atividades da vida diária (como tomar banho, vestir-se, comer, fazer compras, preparar as refeições) e, outros cuidados pessoais conforme a necessidade e supervisão. São fornecidos supervisão médica, ensino e formação para o prestador de cuidados e gestão de cuidados pelo enfermeiro ou profissional de enfermagem da equipa de atendimento. O acolhimento de adultos é coberto pelo nosso plano no âmbito do benefício MassHealth (Medicaid).	Paga \$0. <i>É necessária autorização prévia.</i>
Orientação para pessoas com Alzheimer Serviço que apoia os membros e os seus cuidadores a criar e manter uma experiência positiva para pessoas com a doença de Alzheimer e distúrbios relacionados.	Paga \$0. <i>É necessária autorização prévia.</i>

Serviços que são cobertos	O que tem de pagar quando obtém estes serviços
Serviços de ambulância Os serviços de ambulância cobertos incluem serviços de ambulância por avião, por helicóptero e terrestres para a instalação apropriada mais próxima que possa fornecer cuidados apenas se forem fornecidos a um membro cuja condição médica seja tal que outros meios de transporte possam colocar em perigo a saúde da pessoa ou se autorizado pelo plano. Se os serviços de ambulância cobertos não se destinarem a uma situação de emergência, tem de documentar-se que a condição do membro é tal que outros meios de transporte podem colocar em risco a saúde da pessoa e que o transporte por ambulância é medicamente necessário. A autorização prévia para deslocações de ambulância não emergenciais não garante a segurança das deslocações. Consulte as secções Transportes mais adiante nesta tabela para obter mais informações. O transporte não emergencial por ambulância é apropriado se for documentado que a condição do membro é tal que outros meios de transporte podem colocar em risco a saúde da pessoa e que o transporte por ambulância é medicamente necessário. O nosso plano também cobre serviços de emergência, incluindo transporte de emergência e atendimento urgente fora dos Estados Unidos e seus territórios até cem mil dólares (\$100,000) por ano civil. Consulte as secções Atendimento de emergência e Serviços urgentemente necessários mais adiante neste quadro para obter mais informações. Para obter mais informações sobre os serviços de transporte não emergenciais cobertos pelo plano do benefício MassHealth (Medicaid), consulte a secção Transporte abaixo neste quadro.	Paga \$0. <i>É necessária autorização prévia para transporte de ambulância não coberto pelo Medicare e para serviços não emergenciais a mais de 50 milhas da recolha</i>



Consulta anual de bem-estar

Se beneficiou da Parte B por mais de 12 meses, pode fazer uma consulta anual de bem-estar para desenvolver ou atualizar um plano de prevenção personalizado com base na sua saúde atual e em fatores de risco. Esta é coberta uma vez a cada 12 meses.

Nota: A sua primeira consulta anual de bem-estar não pode ocorrer no prazo de 12 meses a contar da sua consulta preventiva *Boas-vindas ao Medicare*. No entanto, não é necessário que realize uma consulta de *Boas-vindas ao Medicare* para ter cobertura para consultas anuais de bem-estar depois de ter beneficiado da Parte B durante 12 meses.

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

Recompensa por consulta anual 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. As recompensas ganhas serão adicionadas ao seu Healthy Savings card (cartão Healthy Savings) para utilização em retalhistas de rede de medicamentos sem receita médica (over-the-counter, OTC) aprovados.

Para ganhar esta recompensa, tem de fazer uma consulta anual de bem-estar ou um exame físico anual. Qualquer tipo de consulta anual é mais longo do que as consultas de rotina do PCP. Durante uma consulta anual de bem-estar ou um exame físico anual, você e o seu prestador farão uma revisão detalhada da sua saúde geral. O seu prestador tem de faturar à CCA o seu exame para que a sua recompensa seja processada e aplicada ao seu Healthy Savings card. Tal pode levar vários meses.

Paga \$0.

Não há cosseguro, copagamento ou franquia no caso da consulta anual de bem-estar.

Se tiver recebido um exame de qualificação do seu PCP, pode receber até \$25 de recompensa no seu Healthy Savings card por ano civil após o prestador faturar ao CCA pelo serviço.

Capítulo 4 – Tabela de Benefícios Médicos (o que está coberto)

Serviços que são cobertos	O que tem de pagar quando obtém estes serviços
 Consulta anual de bem-estar (continuação) A sua recompensa pode ser utilizada em retalhistas de venda livre dentro da rede para comprar itens permitidos, excluindo armas de fogo, álcool ou tabaco. Cobertura uma vez por ano.	
 Medição de massa óssea No caso de indivíduos qualificados (geralmente, isto significa pessoas em risco de perder massa óssea ou em risco de osteoporose), são cobertos os seguintes serviços a cada 24 meses ou mais frequentemente, se necessário do ponto de vista médico: procedimentos para identificar a massa óssea, detetar perda óssea ou determinar a qualidade óssea, incluindo a interpretação dos resultados por um médico. Não é necessária autorização prévia para serviços fornecidos por um prestador dentro da rede.	Paga \$0. Não há cosseguro, copagamento ou franquia no caso da medição da massa óssea coberta pelo Medicare.
 Rastreio do cancro da mama (mamografias) Os serviços cobertos incluem: • 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 O plano também pode abranger rastreios e exames clínicos adicionais quando medicamente necessário nos termos do benefício MassHealth (Medicaid). Não é necessária autorização prévia para serviços fornecidos por um prestador dentro da rede.	Paga \$0. Não há cosseguro, copagamento ou franquia no caso de mamografias de rastreio cobertas.

Serviços que são cobertos	O que tem de pagar quando obtém estes serviços
Serviços de reabilitação cardíaca Os programas abrangentes de serviços de reabilitação cardíaca que incluem exercícios, educação e aconselhamento são cobertos para membros que satisfaçam a determinadas condições mediante pedido de um prestador de cuidados de saúde. O plano também cobre programas intensivos de reabilitação cardíaca que são normalmente mais rigorosos ou mais intensos do que os programas de reabilitação cardíaca.	Paga \$0. <i>É necessária autorização prévia.</i>
 Consulta de redução do risco de doenças cardiovasculares (terapêutica para doenças cardiovasculares) Cobrimos uma consulta por ano com o seu médico de cuidados primários para ajudar a diminuir o risco de doença cardiovascular. Durante esta consulta, o seu médico pode discutir o uso de aspirina (se adequado), verificar a sua pressão arterial e dar-lhe sugestões para garantir que se alimenta de forma saudável. Não é necessária autorização prévia para serviços fornecidos por um prestador dentro da rede.	Paga \$0. Não há cosseguro, copagamento ou franquia no caso do benefício de terapia preventiva intensiva de doenças cardiovasculares.
 Exames de doença cardiovascular Exames de sangue para a deteção de doenças cardiovasculares (ou anormalidades associadas a um risco elevado de doenças cardiovasculares) uma vez a cada 5 anos (60 meses). O plano também cobre exames de sangue adicionais quando medicamente necessários no âmbito do benefício do MassHealth (Medicaid). Não é necessária autorização prévia para serviços fornecidos por um prestador dentro da rede.	Paga \$0. Não há cosseguro, copagamento ou franquia no caso de exames de doenças cardiovasculares que são cobertos uma vez a cada 5 anos.

Serviços que são cobertos	O que tem de pagar quando obtém estes serviços
 Rastreio do cancro do colo do útero e vaginal Os serviços cobertos incluem: • Para todas as mulheres: Os testes de Papanicolau e os exames pélvicos estão cobertos uma vez a cada 24 meses • Se tem alto risco de cancro do colo do útero ou vaginal, e teve um teste de Papanicolau anormal nos últimos 3 anos: um teste de Papanicolau a cada 12 meses O plano também pode cobrir testes de Papanicolau e exames pélvicos adicionais quando medicamente necessários no âmbito do benefício do MassHealth (Medicaid). Não é necessária autorização prévia para serviços fornecidos por um prestador dentro da rede.	Paga \$0. Não há cosseguro, copagamento ou franquia no caso de exames preventivos de Papanicolau e pélvicos cobertos pelo Medicare.
Serviços de quiropraxia Os serviços cobertos incluem: • Manipulação manual da coluna para corrigir uma subluxação O plano também cobre cuidados de rotina, consultas no consultório e serviços de radiologia no âmbito do benefício do MassHealth (Medicaid). <i>O plano cobre até 36 consultas no quiroprático por ano civil, a menos que autorizado de forma diferente pelo plano.</i> Não é necessária autorização prévia para serviços fornecidos por um prestador dentro da rede.	Paga \$0.

Capítulo 4 – Tabela de Benefícios Médicos (o que está coberto)

Serviços que são cobertos	O que tem de pagar quando obtém estes serviços
Serviços de tarefas domésticas Inclui atividades que ajudem os membros a manter as suas casas e/ou para corrigir ou prevenir defeitos ambientais que podem ser perigosos para a saúde e segurança de um membro. Os serviços de tarefas domésticas são cobertos pelo nosso plano no âmbito do benefício MassHealth (Medicaid).	Paga \$0. <i>É necessária autorização prévia.</i>



Rastreamento de cancro colorretal

São cobertos os seguintes testes de seleção:

- 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 seleção 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 estejam em risco elevado após o doente ter recebido uma colonoscopia de rastreio. Uma vez a cada 48 meses para doentes de alto risco da última sigmoidoscopia flexível ou enema de bário.
- Análises ao sangue oculto nas fezes de rastreio 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 doentes dos 45 aos 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 rastreio ou a última colonoscopia de rastreio.
- Enema de bário como alternativa à sigmoidoscopia flexível para doentes que não estejam em risco elevado e com idade igual ou superior a 45 anos. Uma vez pelo menos 48 meses após o último enema de bário de rastreio ou sigmoidoscopia flexível de rastreio.

Os testes de rastreio do cancro colorretal incluem uma colonoscopia de rastreio de seguimento após um teste de rastreio do cancro colorretal baseado nas fezes não invasivo coberto pelo Medicare ter um resultado positivo.

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

Paga \$0.

Não existe cosseguro, copagamento ou franquia para um exame de rastreio do cancro colorretal coberto pelo Medicare, excluindo enemas de bário. Se o seu médico encontrar e remover um pólipó ou outro tecido durante a colonoscopia ou sigmoidoscopia flexível, o exame de rastreio torna-se um exame de diagnóstico. Não existe cosseguro, participação ou franquia para uma colonoscopia diagnóstica.

Serviços que são cobertos	O que tem de pagar quando obtém estes serviços
Serviços de acompanhantes Os serviços de acompanhantes permitem que indivíduos saudáveis permaneçam em casa, prestando-lhes assistência. Atividades relacionadas com socialização e recreação, auxílio no preparo de refeições ligeiras, auxílio nas compras, recados e acompanhamento a consultas médicas, locais de nutrição e passeios. Os serviços de acompanhantes são cobertos pelo nosso plano no âmbito do benefício MassHealth (Medicaid).	Paga \$0. <i>É necessária autorização prévia.</i>
Serviços de enfermagem contínuos/enfermagem de plantão particular Serviços de enfermagem qualificados contínuos e especializados. Estes serviços são cobertos pelo nosso plano no âmbito do benefício MassHealth (Medicaid).	Paga \$0. <i>É necessária autorização prévia.</i>
Cuidados de custódia (cuidados continuados em lares de idosos com acompanhamento médico) O cuidado de custódia é o cuidado pessoal prestado em lar residencial, unidade de cuidados paliativos ou outro ambiente a pessoas que não necessitam de cuidados médicos qualificados ou de enfermagem. O plano também ajuda com a transição para a comunidade. O CCA Senior Care Options não paga por serviços pessoais como TV, etc., enquanto estiver sob cuidados de custódia. Os cuidados de custódia são cobertos pelo nosso plano no âmbito do benefício MassHealth (Medicaid).	Paga \$0. Se o MassHealth (Medicaid) determinar que você tem um Valor Mensal Pago pelo Paciente (Patient Paid Amount, PPA) relativo ao seu cuidado de custódia, você será responsável por estes pagamentos ao MassHealth (Medicaid). <i>É necessária autorização prévia.</i>

Capítulo 4 – Tabela de Benefícios Médicos (o que está coberto)

Serviços que são cobertos	O que tem de pagar quando obtém estes serviços
Habilitação diária Um programa de tratamento ativo, estruturado e orientado por objetivos, serviços terapêuticos e habilitação com orientação médica para indivíduos com incapacidade de desenvolvimento que precisem de tratamento ativo. A habilitação diária é coberta pelo nosso plano no âmbito do benefício MassHealth (Medicaid).	Paga \$0. <i>É necessária autorização prévia.</i>

Serviços odontológicos Em geral, os serviços odontológicos preventivos (como limpeza, exames dentários de rotina e radiografias dentárias) não são cobertos pelo Original Medicare. A Medicare paga atualmente serviços dentários não rotineiros num número limitado de circunstâncias, especificamente quando esse serviço é parte integrante do 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 a transplante renal. Cobrimos estes serviços dentários de rotina no âmbito do benefício do MassHealth (Medicaid): <u>Preventivos/diagnósticos:</u> • Cuidados preventivos, como limpezas • Exames de rotina • Radiografias <u>Restauradores:</u> • Obturações • Coroa • Coroa de substituição • Terapia endodôntica (canais radiculares) <u>Periodontia:</u> • Dimensionamento e planeamento de raízes • Manutenção periodontal <u>Próteses (removíveis):</u> • Próteses totais • Próteses parciais • Dentaduras imediatas • Revestimentos e ajustes de próteses totais	Paga \$0.
---	------------------

Serviços odontológicos (continuação)

Serviços de implantes:

- Os implantes são cobertos até um máximo de quatro (4) implantes por ano

Cirurgia oral e maxilofacial:

- Extrações (remoção de dentes)
- Biópsia e cirurgia de tecidos moles
- Alveoplastia
- Enxerto ósseo

**** Pode ser necessária autorização prévia para os serviços indicados e para serviços adicionais.***

Aplicam-se limitações de frequência. Esta lista não é uma garantia de cobertura.

Os serviços abaixo são cobertos sem autorização prévia:

- Dentaduras completas e parciais
- Exames de rotina e radiografias
- Serviços preventivos, incluindo limpezas
- Preenchimentos restauradores
- Coroas e pontes
- Dentaduras completas e rebasamentos (após 6 meses da colocação inicial)
- Dentaduras parciais e rebasamentos (após 6 meses da colocação inicial)
- Serviços periodontais não cirúrgicos (limpezas e manutenção)
- Extrações não cirúrgicas
- Atendimento de emergência

Para obter mais informações, telefone para os Serviços de Atendimento a Membros.

Capítulo 4 – Tabela de Benefícios Médicos (o que está coberto)

Serviços que são cobertos	O que tem de pagar quando obtém estes serviços
Serviços odontológicos (continuação) • 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. • Outras limitações podem ser aplicadas. • As coroas e pontes estão limitadas à cobertura uma vez por dente/área a cada cinco anos. Outras limitações podem ser aplicadas. • Os implantes são cobertos uma vez por dente/local por vida. • A cobertura adicional baseia-se na necessidade médica. • Aplicam-se limitações de benefícios a serviços odontológicos. No caso de serem necessários dados clínicos para determinar se um curso de tratamento é apropriado, o CCA Senior Care Options reserva-se no direito de solicitar que um especialista em odontologia analise o plano de tratamento proposto pelo seu dentista. Os serviços que requerem autorização têm de ser enviados diretamente pelo seu prestador de cuidados dentários dentro da rede para o administrador de benefícios odontológicos do plano, a Skygen, para revisão.	
 Rastreio de depressão Cobrimos um rastreio da depressão por ano. O rastreio tem de ser realizado num ambiente de cuidados primários que possa fornecer tratamento de seguimento e/ou encaminhamentos. O plano também cobre serviços adicionais e rastreios no âmbito do benefício MassHealth (Medicaid). Não é necessária autorização prévia para serviços fornecidos por um prestador dentro da rede.	Paga \$0. Não há cosseguro, copagamento ou franquia no caso de uma consulta de rastreio de depressão anual.

Capítulo 4 – Tabela de Benefícios Médicos (o que está coberto)

Serviços que são cobertos	O que tem de pagar quando obtém estes serviços
 Rastreio da diabetes Cobrimos este rastreio (incluindo testes da glicémia em jejum) se tiver qualquer um dos fatores de risco seguintes: pressão arterial elevada (hipertensão), historial de níveis de colesterol e de triglicéridos anormais (dislipidemia), obesidade ou um historial de nível elevado de açúcar no sangue (glicémia). Os exames também podem ser incluídos se satisfizer outros requisitos, como excesso de peso e historial familiar de diabetes. Com base nos resultados destes exames você, você pode ser elegível para até dois exames à diabetes a cada 12 meses. Não é necessária autorização prévia para serviços fornecidos por um prestador dentro da rede.	Paga \$0. Não há cosseguro, copagamento ou franquia no caso de testes de rastreio da diabetes cobertos pelo Medicare.



Formação para autogestão da diabetes, serviços e materiais para diabéticos

Para todas as pessoas com diabetes (utilizadores ou não de insulina). Os serviços cobertos incluem:

- Produtos para monitorizar a sua glicose no sangue: Monitor de glicose no sangue, tiras de teste de glicose no sangue, dispositivos de lanceta, lancetas e soluções de controlo da glicose para verificar a precisão das tiras de teste e monitores.
- Para pessoas com diabetes com doença grave de pé diabético: Um par de sapatos moldados personalizados terapêuticos (incluindo palmilhas fornecidas com tais sapatos) por ano civil e dois pares adicionais de palmilhas, ou um par de sapatos de profundidade e três pares de palmilhas (não incluindo as palmilhas removíveis não personalizadas fornecidas com tais sapatos). A cobertura inclui o encaixe.
- A formação sobre autogestão da diabetes está abrangida em determinadas condições.

O plano também pode cobrir serviços adicionais no âmbito do benefício MassHealth (Medicaid).

O nosso plano tem acordo com a Abbott Diabetes Care e a LifeScan, fabricantes preferenciais de glicosímetros e tiras de teste para os nossos membros 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

Paga \$0.

É necessária autorização prévia para glicosímetros e monitores terapêuticos contínuos de glicose (MCG).

É necessária autorização prévia para materiais para diabéticos de fabricantes não preferenciais.

Capítulo 4 – Tabela de Benefícios Médicos (o que está coberto)

Serviços que são cobertos	O que tem de pagar quando obtém estes serviços
Formação para autogestão da diabetes, serviços e materiais para diabéticos (continuação) OneTouch Verio® Test Strips, OneTouch Delica® Lancets OneTouch Delica® Plus Lancets, OneTouch Delica® Ultrasoft Lancets 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 aceder a www.lifescan.com. Também pode telefonar para a Abbott Diabetes Care através do número 1-800-522-5226 ou aceder a www.AbbottDiabetesCare.com. Para obter mais informações, telefone para os Serviços de Atendimento a Membros.	

Serviços de saúde comportamental diversiva O plano cobre serviços de saúde comportamental baseados na comunidade que pode usar em vez de deslocar-se ao hospital ou a uma unidade para satisfazer algumas necessidades de saúde comportamental. O seu prestador de cuidados primários/equipa de atendimento colaborará consigo para decidir se estes serviços são adequados para si e se constarão no seu Plano de Cuidados Individualizados. Os serviços incluem, entre outros: • Gestão de abstinência em doentes internados clinicamente monitorizada, incluindo gestão de abstinência para diagnóstico duplo (também conhecida como serviços de tratamento agudo) (ASAM Nível 3.7) • Serviços de emergência comportamentais, incluindo programa de serviços de rastreio de emergência, aconselhamento sobre crises de curto prazo, crises de gestão de medicamentos e serviços especializados (também conhecido como Programa de Serviços de Emergência (ESP)) • Serviços residenciais de alta intensidade, para populações específicas, administrados medicamente* (consulte a nota abaixo) (ASAM Nível 3.3) • Serviços de estabilização clínica (Clinical stabilization services, CSS) (ASAM Nível 3.5) • Estabilização de crise na comunidade (Community crisis stabilization, CCS) • Programa de apoio comunitário (Community support program, CSP) • Programa de apoio comunitário para pessoas cronicamente sem-abrigo (Community support program for chronically homeless individuals, CSP-CHI) • Programa em ambulatório intensivo (Intensive outpatient program, IOP) • Programa de hospitalização parcial (Partial hospitalization program, PHP) • Tratamento psiquiátrico diurno • Programa estruturado para toxicodependência em ambulatório (Structured outpatient addiction program, SOAP) • Navegador de apoio à recuperação • Formador de recuperação	Paga \$0.
--	------------------

Serviços que são cobertos	O que tem de pagar quando obtém estes serviços
Serviços de saúde comportamental diversiva (continuação) • Serviços de reabilitação residencial (Residential rehabilitation services, RRS) • Programas para tratamento comunitário assertivo (Programs for assertive community treatment, PACT) • Serviços de assistência transicional (Transitional support services, TSS) para transtorno por uso de substâncias* (consulte a Nota abaixo) O membro tem a opção de obter estes serviços por meio de uma visita presencial ou por telemedicina (cuidados virtuais). * Nota: Estes serviços podem não estar disponíveis no início do ano do plano através do CCA Senior Care Options. Se tiver dúvidas, contacte-nos. Consulte a secção Cuidados de saúde comportamental em ambulatório adiante nesta tabela para obter mais informações sobre serviços adicionais de saúde comportamental. O CCA também disponibiliza um programa de uso de substâncias para membros que apresentam ou estão em risco de desenvolver transtorno por uso de opioides ou qualquer outro transtorno por uso de substâncias. Além de fornecer cobertura para determinados serviços de adição, fornecemos apoio clínico direcionado. A nossa rede de prestadores e os benefícios que oferecemos fornecem serviços como desintoxicação, tratamento intensivo em ambulatório, programa estruturado de ambulatório de dependência, acupuntura e tratamentos assistidos por medicação. Se precisar de apoio com transtorno por uso de opioides ou qualquer outro transtorno por uso de substâncias, fale com seu Parceiro de Cuidados. Não é necessária autorização prévia para serviços fornecidos por um prestador dentro da rede.	

Serviços que são cobertos	O que tem de pagar quando obtém estes serviços
Equipamento médico duradouro (Durable medical equipment, DME) e materiais relacionados (para uma definição de equipamento médico duradouro, consulte o Capítulo 11, bem como o Capítulo 3, Secção 7 deste documento.) Os itens cobertos incluem, entre outros: cadeiras de rodas, muletas, colchões elétricos, consumíveis para diabéticos, camas hospitalares encomendados por um prestador para uso domiciliar, bombas de perfusão IV, dispositivos geradores de fala, equipamentos e fornecimento de oxigénio, nebulizadores e andarilhos. Cobrimos todo o equipamento médico duradouro medicamente necessário coberto pelo Original Medicare. Se o nosso fornecedor na sua área não dispuser de uma marca ou fabricante em particular, pode perguntar-lhe se consegue fazer um pedido especial para si. A lista mais recente de fornecedores também está disponível no nosso sítio Web em www.ccama.org. De uma forma geral, o CCA Senior Care Options cobre qualquer DME coberto pelo Original Medicare de marcas e fabricantes nesta lista. Não cobriremos outras marcas e fabricantes, a menos que o seu médico ou outro prestador nos diga que a marca é adequada para as suas necessidades médicas. No entanto, se for novo membro do CCA Senior Care Options e estiver a utilizar uma marca de DME que não se encontre na nossa lista, iremos continuar a cobrir esta marca durante um período de até 90 dias. Durante este período, deve falar com o seu prestador de cuidados de saúde para decidir qual a marca clinicamente apropriada para si após este período de 90 dias. (Se discordar com o seu prestador de cuidados de saúde, pode pedir-lhe que lhe encaminhe uma segunda opinião.) Para verificar se um determinado item está coberto, telefone para o Serviço de Atendimento a Membros.	Paga \$0. <i>Podem ser aplicados limites a determinados DME.</i> É necessária autorização prévia para os fabricantes não preferenciais de consumíveis para testes para diabéticos (monitores de glicose e tiras de teste)

Capítulo 4 – Tabela de Benefícios Médicos (o que está coberto)

Serviços que são cobertos	O que tem de pagar quando obtém estes serviços
Atendimento de emergência Atendimento de emergência refere-se a serviços que são: • Fornecidos por um prestador qualificado para fornecer serviços de emergência, e • Necessários para avaliar ou estabilizar uma condição médica de emergência. Uma emergência Médica é uma situação em que você, ou qualquer outra pessoa leiga prudente com um conhecimento médio de saúde e medicina, acredita que tem sintomas médicos que requerem atenção médica imediata para evitar a perda de vida, perda de um membro ou perda de função de um membro. Os sintomas médicos podem ser uma doença, lesão, dor intensa ou uma condição médica que esteja a piorar rapidamente. A partilha de custos para os serviços de emergência necessários fornecidos fora da rede é a mesma que para esses serviços fornecidos na rede. Pode obter atendimento médico de emergência coberto sempre que precisar, em qualquer lugar dos Estados Unidos ou nos seus territórios. O nosso plano também cobre serviços de emergência, incluindo transporte de emergência e atendimento urgente fora dos Estados Unidos e seus territórios até cem mil dólares (\$100,000) por ano civil. Este é um benefício complementar coberto pelo nosso plano. Consulte o Capítulo 3 para obter mais informações sobre o atendimento de emergência. Não é necessária autorização prévia.	Paga \$0. Se receber atendimento de emergência num hospital fora da rede e precisar de cuidados de internamento após a estabilização da sua condição de emergência, tem de retornar a um hospital dentro da rede para que os seus cuidados continuem a ser cobertos ou tem de obter autorização do plano para acesso a atendimento como de doente internado num hospital fora da rede.

Serviços que são cobertos	O que tem de pagar quando obtém estes serviços
Redesignação/afirmação de género O plano cobre os serviços de redesignação de género. Os serviços podem incluir o seguinte: mastectomia, aumento dos seios, histerectomia, salpingectomia, ooforectomia ou cirurgia reconstrutiva genital. Os serviços e procedimentos considerados cosméticos e de reversão da cirurgia de redesignação de sexo não são cobertos. Para obter mais informações ou ajuda, fale com a sua equipa de atendimento.	Paga \$0. <i>É necessária autorização prévia.</i> <i>O seu prestador terá de enviar os seus registos médicos para revisão.</i>
Compra e entrega de produtos de mercearia Estes serviços são cobertos pelo nosso plano no âmbito do benefício MassHealth (Medicaid).	Paga \$0. <i>É necessária autorização prévia.</i>
Grupo de acolhimento de adultos Cuidados pessoais numa comunidade de vida assistida ou num complexo habitacional para idosos/público para membros em risco iminente de institucionalização. É fornecida assistência diária a cuidados pessoais, gestão de medicamentos, tarefas domésticas e lavandaria. O grupo de acolhimento de adultos é coberto pelo nosso plano no âmbito do benefício MassHealth (Medicaid).	Paga \$0. <i>É necessária autorização prévia.</i>



Programas de educação de saúde e bem-estar

O plano cobre os serviços preventivos do Medicare. Estes serviços são indicados separadamente neste Tabela de Benefícios Médicos e são assinalados com uma maçã. Outros programas de saúde e bem-estar não são cobertos pelo benefício do Medicare.

O nosso plano também cobre serviços e programas adicionais no âmbito do benefício MassHealth (Medicaid), incluindo, entre outras possibilidades:

- Educação para a saúde e recursos para viver bem em casa
- Programas de autogestão de cuidados complexos (Complex Care Self-Management) para doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC), diabetes e insuficiência cardíaca
- Entrevista motivacional
- Acesso à Linha de Aconselhamento de Enfermagem 24 horas por dia, 7 dias por semana (consulte o Capítulo 2 para obter mais informações sobre como aceder à Linha de Aconselhamento de Enfermagem)

A sua equipa de atendimento colaborará consigo e recomendará que programas podem ser adequados para si com base nas suas necessidades. Para obter mais informações ou ajuda, fale com a sua equipa de atendimento.

Fitness

O plano cobre benefícios de fitness através de **Silver & Fit**

Fitness: O seu benefício Silver & Fit inclui uma adesão de fitness com acesso a um único centro de fitness dentro da rede à sua escolha por mês, programação de Fitness em Casa para fitness em casa, um kit de fitness em casa e muito mais. Para encontrar locais de fitness Silver & Fit e informações adicionais sobre fitness em casa e encomendar o seu kit de fitness, aceda a www.silverandfit.com. Também pode telefonar para 1-877-427-4788 (TTY 711).

Paga \$0.

Coberto apenas quando utiliza Silver & Fit.

Não é necessária autorização prévia

Capítulo 4 – Tabela de Benefícios Médicos (o que está coberto)**Healthy Savings card para comprar determinados itens de venda sem receita médica (over the counter, OTC) aprovados pelo Medicare e alimentos saudáveis**

Recebe um CCA Healthy Savings card com um subsídio de \$475 que é aplicado no início de cada trimestre (a cada 3 meses) para comprar artigos OTC aprovados pela CCA, tais como desinfetante para as mãos, máscaras, materiais de primeiros socorros, escovas de dentes, testes COVID-19 e medicamentos para a constipação sem receita médica em retalhistas OTC dentro da rede.

Os **membros com doenças crónicas** apenas podem utilizar o Healthy Savings card para a aquisição de itens sem receita médica aprovados pela CCA.

Os **membros com determinadas doenças crónicas** podem usar o seu subsídio trimestral no Healthy Savings card para a compra de produtos alimentares aprovados pela CCA em retalhistas OTC dentro da rede.

No caso dos membros com doenças crónicas, também pode usar o seu subsídio trimestral OTC no Healthy Savings card para pagamentos de serviços públicos em prestadores de serviços públicos registados na rede visa que aceitem Visa como forma de pagamento, como gás, eletricidade e Internet/cabo.

O diagnóstico de doença crónica tem de estar em arquivo e registado na CCA antes de receber Benefícios Suplementares Especiais para Doentes Crónicos.

Consulte “**Benefícios Suplementares Especiais para Doentes Crónicos**” na Tabela de Benefícios Médicos para obter mais informações. As doenças crónicas são geralmente condições que requerem atenção médica contínua ou limitam as atividades da vida diária. A condição é diagnosticada por um profissional médico licenciado, incluindo o seu médico de cuidados primários e prestadores semelhantes.

Paga \$0 por equipamentos cobertos até \$475 por trimestre.

Se o custo de OTC, alimentos ou serviços públicos aprovados pela CCA exceder a limitação de benefício trimestral de \$475 por trimestre, será responsável pelo restante dos custos.

Healthy Savings card para comprar determinados itens de venda sem receita médica (OTC) aprovados pelo Medicare e alimentos saudáveis (continuação)

Compras feitas com o Healthy Savings card para membros com uma condição crónica qualificada e documentada. Nem todos os membros se qualificam.

- Os pagamentos de serviços públicos só podem ser utilizados em fornecedores de serviços públicos registados na Visa que aceitem Visa como forma de pagamento, como gás, eletricidade e Internet/cabo.
- Os itens e/ou alimentos OTC aprovados pela CCA só podem ser utilizados em retalhistas dentro da rede.

Para consultar uma lista de retalhistas dentro da rede na sua área, aceda a www.mybenefitscenter.com com o número do seu Healthy Savings card ou contacte o Serviço de Atendimento a Membros.

Para perguntas sobre o seu Healthy Savings card www.mybenefitscenter.com ou entre em contacto com o Serviço de Atendimento a Membros.

Para obter mais informações sobre medicamentos OTC cobertos pelo benefício MassHealth (Medicaid), consulte a secção de **Medicamentos de ambulatório** adiante nesta tabela.

A autorização prévia não é necessária para itens OTC aprovados pela CCA e/ou pagamentos de alimentos e serviços públicos adquiridos de um retalhista dentro da rede.

Tem de tratar o cartão como se fosse dinheiro. Quaisquer fundos não utilizados ou roubados não são transferidos ou substituídos.

Capítulo 4 – Tabela de Benefícios Médicos (o que está coberto)

Serviços que são cobertos	O que tem de pagar quando obtém estes serviços
Healthy Savings card para comprar determinados itens de venda sem receita médica (OTC) aprovados pelo Medicare e alimentos saudáveis (continuação) O cartão só pode ser utilizado para Compras Qualificadas indicadas pela sua operadora de planos em todos os locais onde sejam aceites cartões de débito Visa. O cartão é emitido pelo Sutton Bank, de acordo com uma licença da Visa U.S.A. Inc. Contacte diretamente o seu Patrocinador do Programa para obter uma lista completa das Compras Qualificadas. Visa é uma marca comercial registada da Visa, U.S.A. Inc. Todas as outras marcas comerciais e marcas de serviço pertencem aos respetivos proprietários. Sem acesso a dinheiro ou caixas automáticas. Aplicam-se os termos e condições, contacte o seu Prestador do Plano para obter detalhes.	

Serviços auditivos

As avaliações de audição de diagnóstico e de equilíbrio realizadas pelo seu prestador para determinar se necessita de tratamento médico estão cobertas como cuidados em ambulatório quando fornecidas por um médico, audiologista ou outro prestador qualificado.

O plano também cobre os seguintes **serviços de audição de rotina** ao abrigo do MassHealth (Medicaid):

- 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

Não é necessária autorização prévia para exames de audição de rotina, avaliações, reparações e substituições de rotina fornecidos por um prestador dentro da rede.

É necessária autorização prévia, exceto para os seguintes serviços:

- Aparelhos auditivos monoauriculares que custam mais de \$500 (excluindo transporte) por ouvido.
- Aparelhos auditivos binaurais, cros, bicros. que custam mais de \$1,000 (excluindo transporte) por ouvido.
- a substituição de um aparelho auditivo, independentemente do custo do mesmo, devido a uma alteração médica;
 - perda do aparelho auditivo; ou
 - danos para além da reparação do aparelho auditivo;
- qualquer substituição de componentes externos do implante coclear

Paga \$0.

Exame de audição não de rotina: Tem de recorrer a um prestador contratado pela CCA.

Exames de audição de rotina: Tem de recorrer um prestador NationsHearing para ser coberto por este benefício.

É necessária autorização prévia para aparelhos auditivos que custem mais de um determinado valor em dólares.

Serviços que são cobertos	O que tem de pagar quando obtém estes serviços
Serviços auditivos (continuação) O plano usa a NationsHearing como administradora de benefícios para serviços auditivos de rotina, incluindo exames e aparelhos auditivos. Contacte a NationsHearing através do número 877-277-9196 (TTY 711) relativamente a questões relacionadas com o seu benefício de serviços de audição.	
 Rastreio de VIH Para pessoas que pedem um teste de rastreio do VIH ou que estejam em maior risco de infeção por VIH, cobrimos: • Um exame de rastreio a cada 12 meses Não é necessária autorização prévia para serviços fornecidos por um prestador dentro da rede.	Paga \$0. Não existe cosseguro, copagamento ou franquia para membros elegíveis para rastreio do VIH de prevenção, coberto pelo Medicare.
Auxílio doméstico Inclui assistência com compras, planeamento de menu, preparação de refeições, lavandaria e limpezas leves, incluindo, entre outras possibilidades, aspirar, limpar o pó, lavar o chão, lavar a louça, limpar a cozinha e as casas de banho e trocar a roupa de cama. Os serviços de auxílio doméstico são normalmente prestados por agências. Essas agências são denominadas agências de cuidados pessoais ou agências de cuidados ao domicílio. Os serviços domésticos são cobertos pelo nosso plano no âmbito do benefício MassHealth (Medicaid).	Paga \$0. É necessária autorização prévia.

Serviços que são cobertos	O que tem de pagar quando obtém estes serviços
Refeições entregues em casa O serviço inclui preparação, embalagem e entrega de refeições nas casas dos membros. Estes serviços são cobertos pelo nosso plano no âmbito do benefício MassHealth (Medicaid).	Paga \$0. <i>É necessária autorização prévia.</i>
Assistência ao domicílio por agência de saúde Antes de receber serviços de saúde ao domicílio, o prestador de cuidados de saúde tem de se certificar de que você necessita de serviços de saúde ao domicílio e que irá ordenar que os serviços de saúde ao domicílio sejam prestados por uma agência de saúde ao domicílio. É necessário que esteja confinado em casa, o que significa que sair de casa é um grande esforço para si. Os serviços cobertos incluem, entre outros: • Serviços de enfermagem e auxiliar de saúde domiciliar 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) • Fisioterapia, terapia ocupacional e terapia da fala • Serviços médicos e sociais • Equipamentos e produtos médicos O plano pode cobrir horas adicionais de assistência, incluindo enfermagem especializada e serviços de assistência médica ao domicílio, além do limite do Medicare no âmbito do benefício do MassHealth (Medicaid).	Paga \$0. <i>É necessária autorização prévia.</i>

Serviços que são cobertos	O que tem de pagar quando obtém estes serviços
Terapia de perfusão ao domicílio A terapia de perfusão ao domicílio envolve a administração intravenosa ou subcutânea de medicamentos ou produtos biológicos a um indivíduo em casa. Os componentes necessários para realizar a perfusão em casa incluem o medicamento (por exemplo, antivirais, imunoglobulina), equipamento (por exemplo, uma bomba) e produtos (por exemplo, tubos e cateteres). Os serviços cobertos incluem, entre outros: • Serviços profissionais, incluindo serviços de enfermagem, prestados de acordo com o plano de cuidados • Formação e educação do doente não cobertos pelo benefício de equipamento médico durável • Monitorização remota • Serviços de monitorização para o fornecimento de terapêutica de perfusão domiciliar e medicamentos de perfusão domiciliar fornecidos por um prestador de terapêutica de perfusão domiciliar qualificado	Paga \$0. <i>É necessária autorização prévia.</i>

Cuidados paliativos

Você é elegível para o benefício da unidade de cuidados paliativos quando o seu prestador de cuidados de saúde e o diretor médico da unidade de cuidados paliativos lhe apresentam um prognóstico terminal a atestar que está em estado terminal e tem 6 meses ou menos de vida se a sua doença seguir o seu curso normal. Você pode receber cuidados de qualquer programa de cuidados paliativos certificado pelo Medicare. O seu plano é obrigado a ajudá-lo a encontrar programas de cuidados paliativos certificados pelo Medicare na área de serviço do plano, incluindo aqueles em que a organização MA detém, controla ou nos quais tem um interesse financeiro. O seu prestador de cuidados paliativos pode ser um prestador dentro da rede ou um prestador fora da rede.

Os serviços cobertos incluem:

- Medicamentos para controlo dos sintomas e alívio da dor
- Cuidados temporários de curta duração
- Cuidados ao domicílio

Para serviços de cuidados paliativos e serviços que são cobertos pelo Medicare Parte a ou B e estão relacionados com o seu prognóstico terminal: O Original Medicare (em vez do nosso plano) pagará ao prestador de cuidados paliativos pelos seus serviços de cuidados paliativos relacionados com o seu prognóstico terminal. Enquanto estiver no programa de cuidados paliativos, o seu prestador de cuidados paliativos cobrará ao Original Medicare pelos serviços pelos quais o Original Medicare paga.

No caso de serviços cobertos pelo Medicare Parte a ou B e não relacionados com o seu prognóstico terminal: Se precisar de serviços não emergenciais e não urgentes que sejam cobertos pelo Medicare Parte a ou B e que não estejam relacionados com o seu prognóstico terminal, o custo destes serviços depende da utilização de um prestador dentro da rede do nosso plano (por exemplo, se existir um requisito para obter autorização anterior).

Quando se inscreve num programa de cuidados de doentes em estado terminal certificado pelo Medicare, os seus serviços de cuidados paliativos e os serviços da Parte a e Parte B relacionados com o seu prognóstico terminal são pagos pela Original Medicare, não pelo CCA Senior Care Options.

Paga \$0.

Cuidados paliativos (continuação)

No caso de serviços cobertos pelo CCA Senior Care Options, mas não cobertos pelo Medicare Parte a ou B: O CCA Senior Care Options continuará a cobrir os serviços cobertos pelo plano que não são cobertos pela Parte a ou B, estejam ou não relacionados com o seu prognóstico terminal. O membro não paga por estes serviços.

No caso de medicamentos que podem ser cobertos pelo benefício da Parte D do plano: Se estes medicamentos não estiverem relacionados com a sua condição de cuidados paliativos terminais, o membro paga a partilha de custos. Se estiverem relacionados com a sua condição de cuidados paliativos terminais, o membro paga a partilha de custos do Original Medicare. 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 9.3 (**E se você estiver a receber cuidados paliativos certificados pelo Medicare?**).

Nota: Se precisar de cuidados não hospitalares (cuidados não relacionados com o seu prognóstico terminal), deve contactar-nos para combinarmos os serviços.

O nosso plano cobre serviços de consulta de cuidados paliativos para uma pessoa com doença terminal que não escolheu o benefício de cuidados paliativos.

Serviços que são cobertos	O que tem de pagar quando obtém estes serviços
Cuidados paliativos (continuação) O plano também cobre os cuidados paliativos, incluindo hospedagem e alimentação numa instalação, no âmbito do benefício MassHealth (Medicaid). A todos os membros que não optem pelos cuidados paliativos do Medicare, oferecemos serviços de cuidados paliativos no nosso programa de cuidados paliativos, bem como cuidados de fim da vida. O programa de cuidados paliativos do CCA concentra-se no alívio da dor, do stress e de outros sintomas desconfortáveis em pessoas que vivem com doenças graves. O programa foi criado para os nossos membros, os seus cuidadores e prestadores de cuidados de saúde com envolvimento ativo da equipa de atendimento. Para obter mais informações, consulte Cuidados Paliativos na Tabela de Benefícios Médicos e converse com a sua equipa de atendimento. Não é necessária autorização prévia para serviços prestados por um prestador dentro da rede ou pela organização de cuidados paliativos escolhida pelo membro.	

Serviços que são cobertos	O que tem de pagar quando obtém estes serviços
 Imunizações Os serviços cobertos do Medicare Parte B incluem: • Vacina contra a pneumonia • Vacinas contra a gripe, uma vez a cada temporada de gripe no outono e inverno, com vacinas contra a gripe adicionais se medicamento necessário • Vacina contra a hepatite B se tiver risco alto ou intermédio de contrair hepatite B • Vacina contra a COVID-19 • Outras vacinas se estiver em risco e satisfizer as regras de cobertura do Medicare Parte B Também cobrimos algumas vacinas no nosso benefício de medicamentos sujeitos a receita médica da Parte D. Não é necessária autorização prévia para serviços fornecidos por um prestador dentro da rede.	Paga \$0. Não há cosseguro, copagamento ou franquia no caso das vacinas contra a pneumonia, gripe, hepatite B e COVID-19.

Serviços que são cobertos	O que tem de pagar quando obtém estes serviços
Cuidados de internamento hospitalar Inclui internamento agudo, reabilitação de internamento, hospitais de cuidados de longo prazo e outros tipos de serviços de internamento hospitalar. Os cuidados hospitalares de internamento começam no dia em você que é formalmente admitido no hospital por ordem do prestador de cuidados de saúde. Um dia antes de receber alta é o seu último dia de internamento. O plano cobre o internamento num hospital além do limite do Medicare no âmbito do benefício do MassHealth (Medicaid). Os serviços cobertos incluem, entre outros: • Quarto semiprivado (ou um quarto privado, se necessário do ponto de vista médico) • Refeições, incluindo dietas especiais • Serviços regulares de enfermagem • Custos de unidades de cuidados especiais (como unidades de terapia intensiva ou coronária) • Medicamentos e medicação • Testes de laboratório • Radiografias e outros serviços de radiologia • Produtos cirúrgicos e médicos necessários • Uso de aparelhos, como cadeiras de rodas • Custos operacionais e de recuperação • Terapia física, ocupacional e fonoaudiológica • Serviços de internamento para tratamento de consumo de substâncias	Paga \$0. Se for autorizado para internamento num hospital fora da rede depois de a sua condição de emergência estar estabilizada, não paga nada. <i>É necessária autorização prévia, exceto para uso de drogas em doentes internados e admissões de emergência.</i>

Cuidados de internamento hospitalar (continuação)

- Sob determinadas condições, os seguintes tipos de transplantes são cobertos: córnea, rim, rim-pancreático, coração, fígado, pulmão, coração/pulmão, medula óssea, células-tronco e intestinal/multivisceral. Se precisar de um transplante, providenciaremos para que o seu caso seja analisado por um centro de transplante aprovado pelo Medicare, que decidirá se você é candidato a um transplante. Os prestadores de serviços de transplante podem ser locais ou fora da área de serviço. Se os nossos serviços de transplante dentro da rede estiverem fora do padrão de atendimento da comunidade, tem disponível a opção local, desde que os prestadores locais de transplante estejam dispostos a aceitar a taxa do Original Medicare. Se o CCA Senior Care Options prestar serviços de transplante num local fora do habitual no que se refere a tratamento para transplantes na sua comunidade e optar por obter os serviços de transplante nesse local distante, providenciaremos hospedagem e transporte adequados para si e para uma pessoa acompanhante ou pagaremos os respetivos custos.
- Sangue – incluindo armazenamento e administração. A cobertura de sangue total e concentrado de hemácias começa apenas no quarto quartilho (pint) que necessita, tem de pagar os custos dos primeiros três que receber num ano civil ou doar sangue ou conseguir que alguém lhe doe sangue. Todos os outros componentes de sangue estão cobertos com início no primeiro quartilho (pint) utilizado.
- Serviços médicos

Nota: Para você ser um doente internado, o seu prestador tem de redigir uma ordem para admiti-lo formalmente como doente internado no hospital. Mesmo que fique no hospital durante a noite, poderá ainda assim ser considerado um doente de ambulatório. Se não tem a certeza se é um doente internado ou ambulatorial, pergunte à equipa do hospital.

Serviços que são cobertos	O que tem de pagar quando obtém estes serviços
Cuidados de internamento hospitalar (continuação) Também pode encontrar mais informações numa folha de informação do Medicare designada <i>Are You a Hospital Inpatient or Outpatient? If You Have Medicare – Ask! (É doente em regime de internamento ou em ambulatório? Se tem Medicare – pergunte!)</i> Este folheto informativo está disponível na Web em https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf ou telefonando para 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Os utilizadores de TTY devem telefonar para 1-877-486-2048. Pode telefonar para estes números gratuitamente, 24 horas por dia, 7 dias por semana.	
Serviços de internamento num hospital psiquiátrico Os serviços cobertos incluem serviços de saúde comportamental que requerem internamento hospitalar. O Medicare tem um limite de 190 dias para serviços de internamento num hospital psiquiátrico. O limite de 190 dias não se aplica aos serviços de saúde comportamental fornecidos por uma unidade psiquiátrica de um hospital geral ao abrigo do Medicare. O plano cobre o internamento num hospital psiquiátrico além do limite do Medicare no âmbito do benefício do MassHealth (Medicaid).	Paga \$0. <i>É necessária autorização prévia, exceto para uso de drogas em doentes internados e admissões de emergência.</i>
Lavandaria O nosso plano cobre serviços de lavandaria no âmbito do benefício MassHealth (Medicaid).	Paga \$0. <i>É necessária autorização prévia.</i>

Serviços que são cobertos	O que tem de pagar quando obtém estes serviços
 Terapia nutricional médica Este benefício destina-se a pessoas com diabetes, doença renal (rim) (mas que não fazem diálise) ou após um transplante renal quando solicitado pelo prestador de cuidados de saúde. Cobrimos 3 horas de serviços de aconselhamento individual durante o primeiro ano em que receber serviços de terapia nutricional médica no âmbito do Medicare (isto inclui o nosso plano, qualquer outro plano Medicare Advantage ou Original Medicare), e 2 horas a cada ano depois disso. Se a sua condição, tratamento ou diagnóstico se alterar, poderá receber mais horas de tratamento com uma ordem médica. Um médico tem de prescrever estes serviços e renovar a ordem anualmente se o seu tratamento for necessário no ano seguinte. O plano pode cobrir terapia nutricional médica para membros que não satisfaçam os critérios de benefício do Medicare no âmbito do benefício do MassHealth (Medicaid). Não é necessária autorização prévia para serviços fornecidos por um prestador dentro da rede.	Paga \$0. Não existe cosseguro, copagamento ou franquia para membros elegíveis para serviços de terapia nutricional médica cobertos pelo Medicare.

Serviços que são cobertos	O que tem de pagar quando obtém estes serviços
 Programa de Prevenção da Diabetes do Medicare (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP) Os serviços de MDPP serão cobertos para beneficiários elegíveis ao abrigo dos planos de saúde Medicare. O MDPP é uma intervenção estruturada de mudança de comportamento de saúde que fornece formação prática em mudança alimentar de longo prazo, aumento da atividade física e estratégias de resolução de problemas visando superar os desafios de manter a perda de peso e um estilo de vida saudável. Não é necessária autorização prévia para serviços fornecidos por um prestador dentro da rede.	Paga \$0. Não há cosseguro, copagamento ou franquia no caso do benefício do MDPP.

Medicamentos prescritos do Medicare Parte B

Estes medicamentos são cobertos pela Parte B do Original Medicare. Os membros do nosso plano recebem cobertura para estes medicamentos por meio do nosso plano.

Os medicamentos cobertos incluem:

- Medicamentos que não são geralmente autoadministrados pelo doente e são injetados ou perfundidos enquanto estiver a receber serviços médicos, em ambulatório de hospital ou num centro cirúrgico ambulatorial
- Insulina fornecida através de um item de equipamento médico durável (como bomba de insulina clinicamente necessária)
- Outros medicamentos que toma, usando equipamentos médicos duráveis (como nebulizadores) que foram autorizados pelo plano
- Fatores de coagulação que administra por injeção se tem hemofilia
- Medicamentos imunossuppressores, se estava inscrito no Medicare Parte a no momento do transplante de órgãos
- Medicamentos injetáveis para osteoporose, se não estiver em casa, tiver uma fratura óssea que um prestador de cuidados de saúde ateste estar relacionada com a osteoporose pós-menopausa e não possa autoadministrar o medicamento
- Antigénios
- Determinados medicamentos orais anticancerígenos e medicamentos antieméticos
- 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 intravenosa para o tratamento doméstico de doenças de imunodeficiência primária

Paga \$0.

***É necessária
autorização prévia
para medicamentos
do Medicare Parte
B.***

Serviços que são cobertos	O que tem de pagar quando obtém estes serviços
Medicamentos prescritos do Medicare Parte B (continuação) Parte B – Categorias de medicamentos da terapêutica por etapas (Observação: as classes de medicamentos indicadas abaixo não são geralmente autoadministradas pelo doente) • Anti-inflamatório • Agentes antineoplásicos (cancro) • Produtos biológicos • Fatores estimuladores de colónias • Imunomoduladores A seguinte ligação irá redirecioná-lo para consultar uma lista de Medicamentos da Parte B que podem estar sujeitos a terapêutica por etapas: www.ccama.org Também cobrimos algumas vacinas no nosso benefício de medicamentos sujeitos a receita médica da Parte B e Parte D. O Capítulo 5 explica o benefício de medicamentos sujeitos a receita médica da Parte D, incluindo as regras que tem de seguir para que as receitas sejam cobertas. O membro não paga pelos seus medicamentos sujeitos a receita médica da Parte D cobertos pelo nosso plano. A maioria dos medicamentos especiais está limitada a um fornecimento de 30 dias. Para verificar se um determinado medicamento está coberto, telefone para o Serviço de Atendimento a Membros.	

Serviços que são cobertos	O que tem de pagar quando obtém estes serviços
 Rastreio de obesidade e terapia para promover uma perda de peso sustentada Se tem um índice de massa corporal de 30 ou mais, cobrimos aconselhamento intensivo para o ajudar a perder peso. Este aconselhamento é coberto se o obtiver num ambiente de cuidados primários, onde possa ser coordenado com o seu plano geral de prevenção. Fale com o seu prestador de cuidados primários ou médico para saber mais. Não é necessária autorização prévia para serviços fornecidos por um prestador dentro da rede.	Paga \$0. Não há cosseguro, copagamento ou franquia no caso do rastreio preventivo de obesidade e terapia.
Serviços do programa de tratamento de opioides Os membros do nosso plano de transtorno por uso de opioides (Opioid Use Disorder, OUD) podem receber cobertura de serviços para tratar OUD por meio de um Programa de Tratamento de Opioides (Opioid Treatment Program, OTP), que inclui os seguintes serviços: • Medicamentos agonistas opioides e antagonistas de tratamento assistido por medicação (Medication-Assisted Treatment, MAT) aprovados pela Autoridade de Alimentos e Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) dos EUA • Distribuição e administração de medicamentos TAM (se aplicável) • Aconselhamento sobre o uso de drogas • Terapia individual e em grupo • Exames toxicológicos • Atividades de consumo • Avaliações periódicas Não é necessária autorização prévia para serviços fornecidos por um prestador dentro da rede.	Paga \$0.

Serviços que são cobertos	O que tem de pagar quando obtém estes serviços
Exames de diagnóstico ambulatoriais e serviços e produtos terapêuticos Os serviços cobertos incluem, entre outros: • Radiografias • Terapia de radiação (rádio e isótopo), incluindo equipamentos e produtos técnicos • Produtos cirúrgicos, como pensos • Talas, gesso e outros dispositivos usados para reduzir fraturas e luxações • Exames laboratoriais • Sangue – incluindo armazenamento e administração. A cobertura de sangue total e concentrado de hemácias começa apenas no quarto quartilho (pint) que necessita, tem de pagar os custos dos primeiros três que obtiver num ano civil ou doar sangue ou conseguir que alguém lhe doe sangue. Todos os outros componentes de sangue estão cobertos com início no primeiro quartilho (pint) utilizado • Exame genético – serviços fornecidos de acordo com as orientações do Medicare e do MassHealth (Medicaid) • Outros exames de diagnóstico de ambulatório Para obter mais informações, fale com o seu Parceiro de Cuidados ou telefone para o Serviço de Atendimento a Membros. No caso de serem necessários dados clínicos para determinar se um curso de tratamento é apropriado, o CCA Senior Care Options reserva-se o direito de solicitar que um especialista analise o plano de tratamento proposto ou a solicitação.	Paga \$0. <i>É necessária autorização prévia para exames de diagnóstico ambulatoriais e serviços e produtos terapêuticos.</i>

Serviços que são cobertos	O que tem de pagar quando obtém estes serviços
Medicamentos de ambulatório O nosso plano cobre medicamentos sujeitos a receita médica no âmbito do Medicare Parte D. Consulte o Capítulo 5 para obter mais informações sobre os benefícios de medicamentos do Medicare Parte D. O nosso plano também cobre medicamentos de ambulatório, incluindo entrega ao domicílio de medicamentos pré-embalados, no âmbito do benefício do MassHealth (Medicaid). Categorias de medicamentos cobertos pelo benefício do MassHealth (Medicaid): • Determinados medicamentos de venda sem receita médica (over-the-counter medications, OTC) com receita de um prescritor licenciado. Geralmente, apenas medicamentos OTC genéricos são cobertos. Consulte a nossa lista completa de medicamentos do MassHealth (Medicaid). Para obter mais informações, telefone para o Serviço de Atendimento a Membros ou acesse ao nosso sítio Web www.ccama.org. Além disso, o nosso plano cobre o Healthy Savings card para aquisição de determinados equipamentos de venda sem receita médica aprovados pelo Medicare. Para obter mais informações sobre o subsídio do Healthy Savings card, consulte a secção Healthy Savings card para comprar determinados itens de venda sem receita médica (OTC) aprovados pelo Medicare e alimentos saudáveis listada anteriormente nesta tabela.	Paga \$0. É necessária autorização prévia.

Serviços que são cobertos	O que tem de pagar quando obtém estes serviços
Observação hospitalar ambulatorial Os serviços de observação são serviços ambulatoriais de hospitais fornecidos para determinar se precisa de ser internado ou se pode receber alta. Para que os serviços de observação hospitalar ambulatorial sejam cobertos, têm de satisfazer os critérios do Medicare e serem considerados razoáveis e necessários. Os serviços de observação são cobertos apenas quando fornecidos por ordem de um médico ou outro indivíduo autorizado pela lei de licenciamento estadual e pelos estatutos do pessoal do hospital no que se refere à admissão de doentes no hospital ou a solicitar exames ambulatoriais. Nota: A menos que o médico tenha escrito uma ordem para admiti-lo como doente internado no hospital, você é um doente de ambulatório e poderá pagar os custos de serviços hospitalares de ambulatório. Mesmo que fique no hospital durante a noite, poderá ainda assim ser considerado um doente de “ambulatório” Se não tiver a certeza se é um doente ambulatorial, pergunte à equipa do hospital. Também pode encontrar mais informações numa folha de informação do Medicare designada <i>Are You a Hospital Inpatient or Outpatient? If You Have Medicare – Ask! (É doente em regime de internamento ou em ambulatório? Se tem Medicare – pergunte!)</i> Este folheto informativo está disponível na Web em https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf ou telefonando para 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Os utilizadores de TTY devem telefonar para 1-877-486-2048. Pode telefonar para estes números gratuitamente, 24 horas por dia, 7 dias por semana.	Paga \$0.

Serviços hospitalares em ambulatório

Cobrimos os serviços medicamente necessários que você obtenha no departamento ambulatorial de um hospital para diagnóstico ou tratamento de uma doença ou lesão.

Os serviços cobertos incluem, entre outros:

- Serviços num departamento de emergência ou clínica ambulatorial, como serviços de observação ou cirurgia ambulatorial
- Exames laboratoriais e diagnósticos 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
- Produtos médicos, como talas e gesso
- Certos medicamentos e produtos biológicos que não possa administrar a si mesmo

Nota: A menos que o médico tenha escrito uma ordem para admiti-lo como doente internado no hospital, você é um doente ambulatorial e paga os valores de partilha de custos de serviços hospitalares ambulatoriais. Os membros CCA Senior Care Options têm \$0 de partilha de custos para serviços hospitalares em ambulatório. Mesmo que fique no hospital durante a noite, poderá ainda assim ser considerado um doente de ambulatório. Se não tiver a certeza se é um doente ambulatorial, pergunte à equipa do hospital.

Para obter mais informações, fale com a sua equipa de cuidados ou contacte o Serviço de Atendimento a Membros.

No caso de serem necessários dados clínicos para determinar se um curso de tratamento é apropriado, o CCA Senior Care Options reserva-se o direito de solicitar que um especialista analise o plano de tratamento proposto ou a solicitação.

Paga \$0.

Autorização prévia necessária.

É necessária autorização prévia para exames de diagnóstico ambulatoriais e serviços e produtos terapêuticos. Por exemplo, é necessária autorização prévia para exames de imagiologia especializados e testes de rastreio especializados.

Cuidados de saúde comportamental em ambulatório

Os serviços cobertos incluem:

Serviços de saúde comportamental prestados por um psiquiatra ou médico licenciado pelo estado, psicólogo clínico, assistente social clínico, especialista em enfermagem clínica, conselheiro profissional licenciado (licensed professional counselor, LPC), terapeuta matrimonial e de família licenciado (licensed marriage and family therapist, LMFT), enfermeiro (nurse practitioner, NP), assistente médico (physician assistant, PA) ou outro profissional de saúde comportamental qualificado pelo Medicare, conforme permitido pelas leis estaduais aplicáveis.

O plano fornece cuidados de saúde comportamental e benefícios para casos de uso de drogas que não são mais restritivos do que os requisitos ou limitações que aplicamos aos benefícios médicos, cirúrgicos e de apoios comunitários. Tal é exigido pela Lei da Paridade da Saúde Mental e Igualdade na Dependência (Mental Health Parity and Addiction Equity). O plano cobre os seguintes serviços no âmbito do benefício do Medicare:

Serviços de saúde comportamental fornecidos por um psiquiatra ou médico licenciado pelo estado, psicólogo clínico, assistente social clínico, especialista em enfermagem clínica, enfermeiro, assistente médico ou outro profissional de saúde comportamental qualificado pelo Medicare, conforme permitido pelas leis estaduais aplicáveis.

No âmbito do benefício do MassHealth (Medicaid), o plano cobre cuidados de ambulatório adicionais fornecidos por conselheiros de saúde comportamental licenciados e assistentes sociais clínicos independentes licenciados.

Os serviços incluem, entre outros:

- Serviços de diagnóstico
- Consulta familiar
- Consulta de caso
- Terapia comportamental
- Grupo individual e tratamento para casais/família

Paga \$0.

***É necessária
autorização prévia
para testes
neuropsicológicos,
testes
psicológicos,
terapêutica
eletroconvulsiva,
estimulação
magnética
transcraniana
(repetitive
transcranial
magnetic
stimulation, rTMS)
e escetamina.***

Serviços que são cobertos	O que tem de pagar quando obtém estes serviços
Cuidados de saúde comportamental em ambulatório (continuação) • Consulta psiquiátrica em unidade médica de internamento • Consulta de medicação • Consulta intermediária entre situação de internamento e situação de ambulatório • Exames psicológicos • Serviços de ambulatório urgentes • Terapêutica comportamental dialética (Dialectical behavioral therapy, DBT) O membro tem a opção de obter estes serviços por meio de uma visita presencial ou por telemedicina. O plano também cobre serviços de saúde comportamental baseados na comunidade (“serviços de saúde comportamental diversionista”) no âmbito do benefício MassHealth (Medicaid). Estes são serviços que pode usar em vez de deslocar-se ao hospital ou a uma instituição para satisfazer algumas necessidades de saúde comportamental. Para obter mais informações sobre estes serviços, incluindo requisitos de autorização prévia, consulte a secção Serviços de saúde comportamental diversiva apresentada acima nesta tabela.	

Serviços que são cobertos	O que tem de pagar quando obtém estes serviços
Serviços de reabilitação ambulatorial Os serviços cobertos incluem fisioterapia, terapia ocupacional e terapia da fala. Os serviços de reabilitação em ambulatório são fornecidos em vários ambientes de ambulatório, como departamentos de ambulatório de hospitais, consultórios de terapeutas independentes e Centros de Reabilitação Ambulatorial Abrangente (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facilities, CORF).	Paga \$0. É necessária autorização prévia.
Serviços de ambulatório para uso de drogas De acordo com a Lei da Paridade da Saúde Mental e Igualdade na Dependência, prestamos benefícios de saúde comportamental e uso de drogas que não são mais restritivos do que os requisitos ou limitações que aplicamos a benefícios médicos, cirúrgicos, comunitários e de apoio. O plano cobre serviços adicionais no âmbito do benefício MassHealth (Medicaid), incluindo, entre outros: • Desintoxicação em ambulatório (Nível II. d) • Tratamento de acupuntura • Manutenção com metadona/terapia de reposição de opioides	Paga \$0. É necessária autorização prévia para o tratamento de acupuntura após 36 sessões.

Serviços que são cobertos	O que tem de pagar quando obtém estes serviços
Cirurgia em ambulatório, incluindo serviços prestados em instalações de ambulatório de hospitais e centros cirúrgicos em ambulatório Nota: Se for efetuar uma cirurgia numa instalação hospitalar, deve verificar com o seu médico se será um doente internado ou ambulatorial. A menos que o médico escreva uma ordem para admiti-lo como um doente internado no hospital, você é um doente ambulatorial e paga os montantes de partilha de custos para cirurgia ambulatorial. Os membros CCA Senior Care Options têm \$0 de montante de partilha de custos para cirurgia em ambulatório. Mesmo que fique no hospital durante a noite, poderá ainda assim ser considerado um doente de ambulatório. Para obter mais informações, fale com o seu Parceiro de Cuidados ou contacte o Serviço de Atendimento a Membros.	Paga \$0. <i>Autorização prévia necessária.</i>

Serviços que são cobertos	O que tem de pagar quando obtém estes serviços
Programa de cuidados paliativos Os cuidados paliativos do CCA Senior Care Options são os cuidados que visam melhorar a qualidade de vida das pessoas que vivem com uma doença grave. Este tipo de atendimento é direcionado para o alívio dos sintomas e do stress de uma doença grave. Ao receber cuidados paliativos, pode continuar a receber tratamento e terapias destinadas a melhorar ou mesmo curar os seus problemas médicos. O programa pode ajudá-lo a: • 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 o atendimento certo na hora certa • Fazer planos e tomar decisões • Comunicar com os seus prestadores • Preparar-se para as fases futuras Para se inscrever neste programa, fale com o seu Parceiro de Cuidados. Se for adequado para as suas necessidades, o Parceiro de Cuidados irá encaminhá-lo para o programa. Não é necessária autorização prévia para serviços prestados pelo programa de cuidados paliativos CCA ou por um prestador dentro da rede.	Paga \$0.

Serviços que são cobertos	O que tem de pagar quando obtém estes serviços
Serviços de hospitalização parcial e serviços ambulatoriais intensivos Hospitalização parcial é um programa estruturado de tratamento psiquiátrico ativo oferecido como serviço ambulatorio de hospital ou por centro comunitário de saúde comportamental, sendo mais intenso do que o atendimento recebido no consultório do prestador de cuidados de saúde ou de um terapeuta e uma alternativa ao internamento hospitalar. O serviço ambulatorial intensivo é um programa estruturado de tratamento de terapia de saúde comportamental ativa fornecido num departamento ambulatorial hospitalar, um centro de saúde comportamental comunitário, um centro de saúde qualificado federalmente ou uma clínica de saúde rural, sendo mais intenso do que os cuidados recebidos no consultório do seu médico ou terapeuta, mas menos intenso do que a hospitalização parcial. Não é necessária autorização prévia para serviços fornecidos por um prestador dentro da rede.	Paga \$0.

Serviços que são cobertos	O que tem de pagar quando obtém estes serviços
Assistente de Cuidados Pessoais (PCA) Prestação de cuidados direcionados ao consumidor. Um assistente de cuidados pessoais (personal care attendant, PCA) é um cuidador contratado pelo membro para prestar assistência a atividades da vida diária (como tomar banho, vestir-se, comer), bem como outras atividades realizadas sob a direção do membro ou de substituto, como assistência com medicamentos ou outras necessidades relacionadas com a saúde. Estes serviços são cobertos pelo nosso plano no âmbito do benefício MassHealth (Medicaid). Os membros são considerados o empregador do assistente de cuidados pessoais e são responsáveis por recrutar, contratar, agendar, formar e, se necessário, demitir os seus assistentes de cuidados pessoais. Se não conseguir concluir qualquer uma das responsabilidades indicadas acima, tem de recorrer a um substituto aprovado.	Paga \$0. <i>Autorização prévia necessária.</i>
Cuidados pessoais Além dos serviços indicados na secção sobre auxílio doméstico, as agências de cuidados pessoais (também denominadas agências de cuidados ao domicílio) também fornecem assistência a banho, curativos, lavar/pentear o cabelo, cuidados com os pés (exceto corte de unhas), cuidado dos dentes, barbear, idas à casa de banho, preparação de refeições, movimentação e transferências. Estes serviços são cobertos pelo nosso plano no âmbito do benefício MassHealth (Medicaid).	Paga \$0. <i>Autorização prévia necessária.</i>

Serviços de médico/prestador de cuidados de saúde, incluindo visitas ao consultório médico

Os serviços cobertos incluem:

- Serviços de cuidados médicos ou de cirurgia medicamente necessários fornecidos num consultório médico, centro cirúrgico de ambulatório certificado, departamento de ambulatório de hospital ou qualquer outro local
- Consulta, diagnóstico e tratamento por um especialista
- Exames de audição e equilíbrio básicos realizados pelo seu PCP ou um especialista, se o seu médico instruir nesse sentido para que verifique se precisa de tratamento médico
- Determinados serviços de telemedicina (atendimento virtual), incluindo serviços de necessidade urgente; serviços de saúde ao domicílio; serviços de prestador de cuidados primários; serviços de terapia ocupacional; sessões individuais para serviços especializados em saúde comportamental; outro profissional de saúde; sessões individuais para serviços psiquiátricos; serviços de fisioterapia e fonoaudiologia; sessões individuais em ambulatório para uso de substâncias.
 - O membro 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 dentro da rede que ofereça o serviço por telemedicina.
 - Serviços de telemedicina para consulta mensais relacionadas com a doença renal em estado terminal para membros em diálise ao domicílio num centro de diálise renal baseado em hospital ou de acesso crítico, instalação de diálise renal ou em casa do membro.
 - Serviços de telemedicina para diagnosticar, avaliar ou tratar os sintomas de um acidente vascular cerebral.
 - Serviços de telemedicina para membros com transtorno por uso de drogas ou transtorno comportamental concomitante, independentemente da sua localização.

Paga \$0.

Se tiver recebido um exame de qualificação do seu PCP, pode receber até \$25 de recompensa no seu Healthy Savings card por ano civil após o prestador faturar ao CCA pelo serviço.

É necessária autorização prévia para centros cirúrgicos em ambulatório certificados, cuidados dentários não rotineiros e serviços prestados por prestadores fora da rede.

Serviços de médico/prestador de cuidados de saúde, incluindo visitas ao consultório médico (continuação)

- Exames gerais de telemedicina (por exemplo, por telefone ou conversa por vídeo) com o seu prestador de cuidados de saúde 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 prestador de cuidados pessoais e interpretação e acompanhamento pelo seu prestador de cuidados pessoais 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 de cuidados de saúde faça a outros prestadores de cuidados de saúde por telefone, internet ou registo médico eletrónico **se** não for um novo doente
- Segunda opinião de outro prestador dentro da rede ou prestador fora da rede para qualquer cuidado, incluindo cirurgia antes de receber o serviço. O seu PCP/equipa de atendimento ajudá-lo-á a obter uma segunda opinião quanto a serviços de um prestador fora da rede se não estiver disponível um prestador dentro da rede.

Serviços que são cobertos	O que tem de pagar quando obtém estes serviços
Serviços de médico/prestador de cuidados de saúde, incluindo visitas ao consultório médico (continuação) • Cuidados de odontologia não de rotina (os serviços cobertos estão limitados a cirurgia do maxilar ou estruturas relacionadas, correção de fraturas do maxilar e ossos faciais, extração de dentes para preparar o maxilar para tratamentos de radiação em caso de doença neoplásica ou serviços que estariam abrangidos quando fornecidos por um médico). • Para obter mais informações sobre serviços odontológicos, incluindo requisitos de autorização prévia, consulte a secção Serviços odontológicos apresentada acima neste Tabela. Consulte “Consulta anual de bem-estar” para obter detalhes sobre a recompensa anual da consulta de bem-estar para exames físicos anuais.	
Serviços de podologia Os serviços cobertos incluem: • Diagnóstico e tratamento médico ou cirúrgico de lesões e doenças dos pés (como dedo em martelo ou esporão calcâneo) • Cuidados de rotina com os pés para membros com determinadas condições médicas que afetam os membros inferiores O plano também cobre cuidados podológicos, incluindo cuidados de rotina com os pés, no âmbito do benefício do MassHealth (Medicaid).	Paga \$0. <i>É necessária autorização prévia para cirurgia podológica e serviços de podologia prestados em lar residencial.</i>

Serviços que são cobertos	O que tem de pagar quando obtém estes serviços
Terapêuticas digitais com receita médica O plano cobre reSET e reSET-O, uma aplicação de terapêutica cognitivo-comportamental de 12 semanas, a pedido, transferível para um smartphone. 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 transmucosa. Colabore com o seu prestador e o plano CCA Senior Care Options para determinar se isto funcionará para si. Telefone para a linha de Serviços de Atendimento a Membros do plano para obter mais informações.	Paga \$0.
 Exames de rastreio de cancro da próstata Para homens com 50 anos ou mais, os serviços cobertos incluem o seguinte, uma vez a cada 12 meses: • Exame retal digital • Teste de antígeno específico da próstata (Prostate Specific Antigen, PSA) Não é necessária autorização prévia para serviços fornecidos por um prestador dentro da rede.	Paga \$0. Não há cosseguro, copagamento ou franquia no caso de um exame anual de PSA.

Serviços que são cobertos	O que tem de pagar quando obtém estes serviços
Dispositivos protéticos e produtos relacionados Dispositivos (exceto dentários) que substituem a totalidade ou parte de uma parte ou função do corpo. Estes incluem, entre outros: bolsas de colostomia e produtos diretamente relacionados com o tratamento da colostomia, marca-passos, suspensórios, sapatos protéticos, membros artificiais e próteses mamárias (incluindo um sutiã cirúrgico após uma mastectomia). Inclui certos produtos relacionados com dispositivos protéticos e reparação e/ou substituição de dispositivos protéticos. Também inclui alguma cobertura após a remoção ou cirurgia de cataratas. Consulte Cuidados oftalmológicos adiante nesta secção para obter mais detalhes. O plano também cobre cuidados protéticos não cobertos pelo Medicare no âmbito do benefício MassHealth (Medicaid). Para obter uma lista detalhada, fale com a sua equipa de cuidados ou telefone para o Serviço de Atendimento a Membros.	Paga \$0. <i>É necessária autorização prévia.</i>
Serviços de reabilitação pulmonar São cobertos programas abrangentes de reabilitação pulmonar para membros com doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) moderada a muito grave e uma ordem de reabilitação pulmonar do prestador de cuidados de saúde que trata da doença respiratória crónica.	Paga \$0. <i>Autorização prévia necessária.</i>

Serviços que são cobertos	O que tem de pagar quando obtém estes serviços
Cuidados temporários Inclui a prestação de serviços de cuidados residenciais 24 horas/ 7 dias por semana para aliviar os cuidadores face ao stress diário e às demandas de cuidar de um membro visando fortalecer e apoiar o sistema de apoio informal. Estes serviços podem ser fornecidos numa emergência ou pré-planeados por um período especificado. Estes serviços são cobertos pelo nosso plano no âmbito do benefício MassHealth (Medicaid). Não é necessária autorização prévia para serviços fornecidos por um prestador dentro da rede.	Paga \$0.
 Rastreio e aconselhamento para reduzir o abuso de álcool Cobrimos um rastreio de abuso de álcool para adultos com Medicare que abusam de álcool, mas não sejam dependentes de álcool. Se o resultado do exame for positivo no que se refere a abuso de álcool, pode obter até 4 sessões breves de aconselhamento presenciais por ano (se for competente e estiver alerta durante o aconselhamento) fornecidas por um prestador de cuidados primários qualificado ou médico num ambiente de cuidados primários. O plano cobre serviços adicionais no âmbito do benefício MassHealth (Medicaid). Não é necessária autorização prévia para serviços fornecidos por um prestador dentro da rede.	Paga \$0. Não há cosseguro, copagamento ou franquia no caso do rastreio coberto pelo Medicare e benefício de aconselhamento preventivo para reduzir o abuso de álcool.

Serviços que são cobertos	O que tem de pagar quando obtém estes serviços
 Rastreio de cancro de pulmão com tomografia computadorizada de baixa dosagem (low dose computed tomography, LDCT) Para indivíduos qualificados, é coberta uma LDCT a cada 12 meses. Os membros elegíveis são: pessoas com idade entre os 50 e os 77 anos que não apresentem sinais ou sintomas de cancro de pulmão, mas que tenham um historial de tabagismo de pelo menos 20 anos e que fumem atualmente ou que pararam de fumar nos últimos 15 anos, que recebam um pedido por escrito para LDCT durante um aconselhamento de rastreio de cancro de pulmão e uma consulta de tomada de decisão partilhada que satisfaça os critérios do Medicare para tais consultas e que seja prestada por um médico ou profissional não médico qualificado. Para os rastreios do cancro do pulmão com LDCT após o rastreio inicial da LDCT: o membro tem de receber uma requisição escrita para o rastreio do cancro do pulmão com LDCT, que pode ser fornecida durante qualquer consulta apropriada com um médico ou um profissional não médico qualificado. Se um médico ou profissional não médico qualificado optar por fornecer um aconselhamento de rastreio do cancro do pulmão e consulta de tomada de decisão partilhada para subseqüentes rastreios do cancro do pulmão com LDCT, a consulta tem de satisfazer os critérios do Medicare para tais consultas.	Paga \$0. Não há cosseguro, copagamento ou franquia no caso do aconselhamento coberto pelo Medicare e da consulta de tomada de decisão partilhada ou para o LDCT.

Serviços que são cobertos	O que tem de pagar quando obtém estes serviços
 Rastreio do vírus da hepatite C (VHC) Cobrimos o rastreio de VHC quando solicitado pelo prestador de cuidados primários no contexto de um ambiente de cuidados primários e o procedimento for realizado por um prestador elegível para estes serviços. O plano cobre o rastreio de VHC para adultos que satisfaçam uma das seguintes condições: • 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 Não é necessária autorização prévia para serviços fornecidos por um prestador dentro da rede.	Paga \$0.

Serviços que são cobertos	O que tem de pagar quando obtém estes serviços
 Um rastreio para doenças sexualmente transmissíveis (DST) e aconselhamento para prevenir DST Cobrimos exames de doenças sexualmente transmissíveis (DST) relativamente a clamídia, gonorreia, sífilis e hepatite B. Estes exames são cobertos para determinadas pessoas que apresentem risco aumentado de uma DST quando os exames sejam solicitados por um prestador de cuidados primários. Cobrimos estes testes uma vez a cada 12 meses. Também cobrimos até duas sessões individuais de 20 a 30 minutos, presenciais e de alta intensidade, de aconselhamento comportamental a cada ano para adultos sexualmente ativos com risco aumentado de DST. Só cobriremos estas sessões de aconselhamento como um serviço preventivo se forem fornecidas por um prestador de cuidados primários e ocorrerem num ambiente de cuidados primários, como seja o consultório do prestador de cuidados de saúde. Não é necessária autorização prévia para serviços fornecidos por um prestador dentro da rede.	Paga \$0. Não há cosseguro, copagamento, ou franquia para os benefícios preventivos do rastreio de DST e aconselhamento para DST cobertos pelo Medicare.

Serviços para tratar doenças e condições renais Os serviços cobertos incluem: • Serviços de educação sobre doenças renais para ensinar cuidados renais e ajudar os membros a tomar decisões informadas sobre os seus cuidados. No caso de membros com doença renal crónica de tipo IV, quando encaminhados pelo seu prestador de cuidados de saúde, cobrimos até seis sessões de serviços de educação sobre doença renal no tempo de vida da pessoa. • Tratamentos de diálise em ambulatório (incluindo tratamentos de diálise quando temporariamente fora da área de serviço, 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 (inclui formação para si e qualquer pessoa que o ajude a realizar os seus tratamentos de diálise em casa) • Equipamentos e produtos de diálise domiciliar • Certos serviços de apoio domiciliar (como, quando necessário, visitas de profissionais de diálise formados para verificarem a sua diálise em casa, para ajudarem em emergências e verificarem o seu equipamento de diálise e abastecimento de água) Certos medicamentos para diálise são cobertos pelo seu benefício de medicamentos da Parte B do Medicare. Para obter informações sobre a cobertura de medicamentos da Parte B, consulte a secção, Medicamentos prescritos do Medicare Parte B. Não é necessária autorização prévia para serviços prestados por um prestador dentro da rede ou para diálise por um prestador fora da rede quando você estiver temporariamente fora da área de serviço.	Paga \$0.
---	------------------

Cuidados em enfermarias especializadas (Skilled nursing facility, SNF) (Para obter uma definição de enfermarias especializadas, consulte o Capítulo 11 deste documento. as enfermarias especializadas são por vezes denominadas SNF.) O membro está coberto durante até 100 dias no que se refere enfermagem especializada em cada período de benefício. A sua estadia é ilimitada no que se refere a cuidados continuados. Não é necessário internamento prévio. Os serviços cobertos incluem, entre outros: • Quarto semiprivado (ou um quarto privado, se necessário do ponto de vista médico) • Refeições, incluindo dietas especiais • Serviços de enfermagem especializados • Fisioterapia, terapia ocupacional e terapia da fala • Medicamentos administrados a si como parte do seu plano de cuidados (inclui substâncias que estão naturalmente presentes no corpo, como fatores de coagulação do sangue) • Sangue – incluindo armazenamento e administração. A cobertura de sangue total e concentrado de hemácias começa apenas no quarto quartilho (pint) de que necessitar; tem de pagar os custos dos primeiros três que obtiver num ano civil ou doar sangue ou conseguir que alguém lhe doe sangue. Todos os outros componentes de sangue estão cobertos com início no primeiro quartilho (pint) utilizado. • Produtos médicos e cirúrgicos normalmente fornecidos por SNF • Testes de laboratório normalmente fornecidos por SNF • Radiografias e outros serviços de radiologia normalmente fornecidos por SNF • Uso de aparelhos como cadeiras de rodas normalmente fornecidos por SNF • Serviços de médico/profissional de saúde	Paga \$0. Se o MassHealth (Medicaid) determinar que você tem um Valor Mensal Pago pelo Paciente (Patient Paid Amount, PPA) relativo ao seu cuidado de custódia, você será responsável por estes pagamentos ao MassHealth (Medicaid). Autorização prévia necessária.
---	---

Serviços que são cobertos	O que tem de pagar quando obtém estes serviços
Cuidados em enfermarias especializadas (SNF) (continuação) Geralmente, receberá o seu cuidado de SNF em instalações dentro da rede. No entanto, sob determinadas condições indicadas abaixo, pode obter os seus cuidados de uma instituição que não seja um prestador dentro da rede se a instituição aceitar os valores de pagamento. • Um lar de idosos ou comunidade de reformados com assistência continuada onde você estava a viver imediatamente antes de ir para o hospital (desde que forneça cuidados qualificados numa unidade de enfermagem) • Uma SNF onde o seu cônjuge estava a viver no momento em que deixou o hospital	

Serviços que são cobertos	O que tem de pagar quando obtém estes serviços
 Parar de fumar e cessação do tabagismo (aconselhamento para parar de fumar ou abandono do tabagismo) <u>Se fuma, mas não tem sinais ou sintomas de doença relacionada com o tabaco:</u> Cobrimos duas consultas de aconselhamento para tentativas de cessação num período de 12 meses como um serviço preventivo sem nenhum custo. Cada tentativa de aconselhamento inclui até quatro consultas presenciais. <u>Se usar tabaco e lhe foi diagnosticada uma doença relacionada com o tabaco ou se estiver a tomar medicamentos que possam ser afetados pelo tabaco:</u> Cobrimos serviços de aconselhamento de cessação. Cobrimos duas tentativas de abandono num período de 12 meses. Cada tentativa de aconselhamento inclui até quatro consultas presenciais. O plano também cobre 8 sessões adicionais de aconselhamento para cessação no âmbito do benefício MassHealth (Medicaid). Não é necessária autorização prévia para serviços fornecidos por um prestador dentro da rede.	Paga \$0. Não há cosseguro, copagamento ou franquia para os benefícios preventivos do abandono do tabagismo e do uso do tabaco cobertos pelo Medicare.
Centro de dia social e demencial Inclui ao fornecimento de serviços de apoio num ambiente de grupo para ajudar os membros a recuperarem de uma doença aguda ou para lidarem com uma doença crónica. Os serviços prestados incluem: planeamento de cuidados, serviços sociais, atividades terapêuticas, nutrição e transporte; os serviços focam os pontos fortes e as habilidades dos membros, ao mesmo tempo em que mantêm a conexão com a comunidade. Estes serviços são cobertos pelo nosso plano no âmbito do benefício MassHealth (Medicaid).	Paga \$0. Autorização prévia necessária.

Benefícios Suplementares Especiais para Doentes Crónicos

Os benefícios do CCA Senior Care Options incluem os seguintes serviços adicionais:

- O CCA aprovou um auxílio de alimentação e produtos para alimentação para membros com diagnóstico de doença crónica.
 - Os membros que se qualificam terão acesso a este subsídio através do seu CCA Healthy Savings card como parte do subsídio trimestral OTC de \$475 nos retalhistas OTC dentro da rede.
- Auxílio de pagamento de serviços públicos para membros com diagnóstico de doença crónica
 - Os membros que se qualificam terão acesso a este subsídio através do seu CCA Healthy Savings card como parte do subsídio trimestral OTC de \$475 nos retalhistas OTC dentro da rede.
- Proteção contra roubo de identidade para membros com diagnóstico de doença crónica
 - A proteção contra roubo de identidade oferece a monitorização das suas informações pessoais para detetar sinais de fraude. Ajudam a recuperar a sua identidade e reembolsam pelos custos que possa ter devido a roubo de identidade.
 - Os membros qualificados podem inscrever-se para proteção contra roubo de identidade através do nosso parceiro, ID Watchdog, da Equifax. As informações sobre o ID Watchdog e como se registar podem ser encontradas na página CCA Partners do nosso sítio Web: www.ccama.org/
 - Os membros têm de usar o ID Watchdog (Equifax) para serem cobertos por este benefício.
 - Depois de se inscrever, estará inscrito até ao final do ano do plano atual. Se optar por cancelar a inscrição, não poderá inscrever-se novamente até ao próximo ano.
 - Pode entrar em contacto com o Equifax através do telefone 866-513-1518.

Paga \$0

Os membros com uma condição crónica qualificada receberão:

- Um subsídio trimestral OTC partilhado de \$475 para comprar alimentos e produtos e serviços públicos aprovados pela CCA com o Healthy Savings card em retalhistas OTC dentro da rede.
- Proteção contra roubo de identidade do ID Watchdog (Equifax) e o transporte não médico é gratuita para membros com uma condição crónica qualificada.

Serviços que são cobertos	O que tem de pagar quando obtém estes serviços
Benefícios Suplementares Especiais para Doentes Crónicos (continuação) As doenças crónicas incluem: dependência crónica de álcool e outras drogas, doenças autoimunes, cancro, doenças neurológicas, doenças comportamentais crónicas e incapacitantes, demência, doenças cardiovasculares, diabetes mellitus, insuficiência cardíaca crónica, doença hepática em estado terminal, doença renal em estado terminal, distúrbios hematológicos graves, VIH/SIDA, distúrbios pulmonares crónicos e acidente vascular cerebral. As doenças crónicas são geralmente condições que requerem atenção médica contínua ou limitam as atividades da vida diária. A condição é diagnosticada por um profissional médico licenciado, incluindo o seu médico de cuidados primários, enfermeiro e prestadores semelhantes.	

Serviços que são cobertos	O que tem de pagar quando obtém estes serviços
Terapia de exercício supervisionado (Supervised Exercise Therapy, SET) A SET é coberta no caso de membros com doença arterial periférica (peripheral artery disease, PAD) sintomática e pedido para PAD por parte do médico responsável pelo tratamento da PAD. São cobertas até 36 sessões num período de 12 semanas se os requisitos do programa SET forem cumpridos. O programa SET tem de: • Consistir em sessões com duração de 30 a 60 minutos, compreendendo um programa de formação em exercícios terapêuticos para PAD em doentes com claudicação • Ser conduzido num ambiente ambulatorial de hospital ou consultório médico • Ser fornecido por pessoal auxiliar qualificado necessário para garantir que os benefícios excedam os danos e que sejam formadas em terapia com exercícios para PAD • Estar sob a supervisão direta de um médico, assistente de médico ou enfermeiro/especialista em enfermagem clínica que tem de ter formação em técnicas básicas e avançadas de suporte de vida O SET pode ser coberto para além de 36 sessões ao longo de 12 semanas por 36 sessões adicionais por um longo período se considerado medicamente necessário por um prestador de cuidados de saúde.	O custo é de \$0. <i>É necessária autorização prévia.</i>

Serviços que são cobertos	O que tem de pagar quando obtém estes serviços
Transporte (médico não urgente) O plano cobre o transporte necessário por motivos médicos exceto emergências para destinos aprovados e consultas confirmadas na área de serviço do plano num raio de 50 milhas relativamente ao ponto de recolha. As deslocações têm 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. Este benefício de transporte não urgente é coberto pelo nosso plano no âmbito do benefício MassHealth (Medicaid). O plano recorre à Coordinated Transportation Solutions (CTS) em todas as deslocações de transporte não emergencial. Para entrar em contacto com a CTS, telefone para 855-204-1410 (TTY 711). O transporte tem de ser providenciado pela CTS para ser coberto pelo CCA Senior Care Options.	Paga \$0. <i>É necessária autorização prévia para deslocações a mais de 50 milhas do local de recolha.</i>

Serviços que são cobertos	O que tem de pagar quando obtém estes serviços
Transporte (fins não médicos) São fornecidas oito (8) deslocações só de ida por mês para fins não médicos, como compras de supermercado e ginásio a 50 milhas do local de recolha. As deslocações não utilizadas no mês não são transferidas para utilização futura. As deslocações têm de ser reservadas com pelo menos 72 horas de antecedência, das 7 am às 8 pm EST de segunda a sexta-feira e das 8 am às 12 pm EST aos sábados e domingos. Se não puder efetuar uma deslocação programada, terá de cancelar a deslocação pelo menos 2 horas antes do horário programado de recolha. Se não cancelar a deslocação e não comparecer ou cancelar com menos de 2 horas de antecedência, a deslocação programada será contabilizada nas suas oito (8) deslocações não médicas só de ida por mês. Este benefício é coberto pelo plano no âmbito do benefício MassHealth (Medicaid). <i>É necessária autorização prévia para deslocações a mais de 50 milhas do local de recolha e para mais de 8 deslocações de ida por mês.</i> O plano recorre à Coordinated Transportation Solutions (CTS) em todas as deslocações de transporte não emergencial. Para entrar em contacto com a CTS, telefone para 855-204-1410 (TTY 711). O transporte tem de ser providenciado pela CTS para ser coberto pelo CCA Senior Care Options.	Paga \$0. <i>É necessária autorização prévia para deslocações a mais de 50 milhas do local de recolha.</i>

Serviços que são cobertos	O que tem de pagar quando obtém estes serviços
Serviços urgentemente necessários São prestados serviços de necessidade urgente para tratar uma doença, lesão ou condição médica imprevista, que não seja de emergência, que exija cuidados médicos imediatos, numa situação em que, dadas as suas circunstâncias, não é possível, ou não é razoável, obter serviços de prestadores dentro da rede. Se não for razoável, dadas as suas circunstâncias, obter imediatamente os cuidados médicos de um prestador dentro da rede, o seu plano cobrirá os serviços urgentemente necessários de um prestador fora da rede. Os serviços têm de ser imediata e medicamente necessários. Exemplos de serviços urgentemente necessários que o plano tem de cobrir fora da rede se: Está temporariamente fora da área de serviço do plano e necessita de serviços imediatos clinicamente necessários do plano e necessita de serviços imediatos clinicamente necessários para uma condição imprevista, mas não se trata de uma emergência médica; ou não é razoável, dadas as suas circunstâncias, obter imediatamente os cuidados médicos de um prestador dentro da rede. A partilha de custos para os serviços necessários e urgentes fornecidos fora da rede é a mesma que para esses serviços fornecidos na rede. Como membro CCA Senior Care Options, tem responsabilidade de partilha de custos de \$0. O nosso plano também cobre serviços de emergência e cuidados urgentes, incluindo transporte de emergência fora dos Estados Unidos e seus territórios até cem mil dólares (\$100,000) por ano civil. Este é um benefício complementar coberto pelo nosso plano. Para obter mais informações sobre os serviços urgentemente necessários, consulte o Capítulo 3. Sempre que possível, deve informar o seu PCP e a equipa de cuidados CCA quando receber cuidados urgentes. Não é necessária autorização prévia para serviços fornecidos por um prestador dentro da rede.	Paga \$0.



Cuidados oftalmológicos

Os serviços cobertos incluem:

Serviços de visão não rotineiros

- Serviços médicos ambulatoriais para diagnóstico e tratamento de doenças e lesões oculares, incluindo tratamento para degeneração macular relacionada com a idade. O Original Medicare não cobre exames de visão de rotina (refrações oculares) para óculos/lentes de contacto
- Relativamente a pessoas com um risco elevado de glaucoma, iremos cobrir um rastreio de glaucoma todos os anos. As pessoas com alto risco de glaucoma incluem: pessoas com historial familiar de glaucoma, pessoas com diabetes e afroamericanos com 50 anos ou mais, e hispanoamericanos com 65 anos ou mais
- No caso de pessoas com diabetes, o rastreio de retinopatia diabética é coberto uma vez por ano
- Um par de óculos ou lentes de contacto após cada cirurgia da catarata que inclui inserção de uma lente intraocular (Se fizer duas operações às cataratas separadas, não poderá reservar o benefício após a primeira cirurgia e comprar dois óculos após a segunda cirurgia.)

Não é necessária autorização prévia para serviços oftalmológicos de ambulatório fornecidos por um prestador dentro da rede.

O plano cobre serviços adicionais de visão de rotina que normalmente não são cobertos pelos benefícios do Medicare e (MassHealth). O plano paga pelos seguintes itens sem autorização prévia:

- Exame oftalmológico de rotina (um por ano civil)
- Óculos até \$350 por calendário, incluindo armações, lentes, lentes de contacto e/ou atualizações.

Paga \$0.

***É necessária
autorização prévia
para quaisquer
óculos, lentes ou
lentes de contacto
além do limite de
\$350.***

Serviços que são cobertos	O que tem de pagar quando obtém estes serviços
 Cuidados oftalmológicos (continuação) ○ As lentes de contacto apenas podem ser dispensadas mediante prescrição escrita e datada. A receita tem de ser baseada nos resultados de um exame de visão realizado pelo médico. ○ A receita tem de incluir todas as informações necessárias para permitir que o médico que dispensa o medicamento solicite a receita e que o plano cubra o serviço no âmbito do benefício do MassHealth (Medicaid). O plano também cobre serviços de visão no âmbito do benefício MassHealth (Medicaid). Os serviços cobertos incluem, entre outros: • Um (1) conjunto de substituição de armações ou lentes de contacto até \$350 e lentes base (simples, bifocais ou trifocais) uma vez a cada dois (2) anos civis. Não é necessária autorização prévia para serviços oftalmológicos de rotina fornecidos por um prestador dentro da rede. A VSP é a administradora de benefícios dos serviços de cuidados oftalmológicos de rotina do plano, incluindo exames e óculos. Para contactar a VSP, telefone para o número 1-855-492-9028, de segunda a domingo, das 8 am às 8 pm.	

Serviços que são cobertos	O que tem de pagar quando obtém estes serviços
 Consulta preventiva “Boas-vindas ao Medicare O plano cobre uma única consulta preventiva de “Boas-vindas ao Medicare”. A consulta inclui uma revisão da sua saúde, bem como educação e aconselhamento sobre os serviços preventivos de que precisa (incluindo alguns exames e injeções) e encaminhamentos para outros cuidados, se necessário. Importante: Cobrimos a consulta preventiva <i>Boas-vindas ao Medicare</i> apenas nos primeiros 12 meses em que tenha o Medicare Parte B. Quando marcar a sua consulta, informe o consultório do seu prestador de cuidados de saúde que pretende agendar a sua consulta preventiva <i>Boas-vindas ao Medicare</i>.	Paga \$0. Não há cosseguro, copagamento ou franquia no caso da consulta preventiva “Boas-vindas ao Medicare”.
Serviços que são cobertos para si: Cobertura mundial de emergência e cuidados urgentes O nosso plano também cobre serviços de emergência, transporte de emergência e atendimento urgente fora dos Estados Unidos e seus territórios até cem mil dólares (\$100,000) da cobertura máximo do plano para todos os serviços combinados. Este é um benefício complementar coberto pelo nosso plano. Não coberto: • Transporte de volta para os Estados Unidos a partir de outro país. • Quaisquer procedimentos pré-agendados, pré-planeados ou eletivos. ○ Isto inclui diálise ou outro tratamento para condições contínuas/conhecidas. • Serviços dentários.	\$0 de copagamento para serviços de emergência a nível mundial. \$0 de copagamento para serviços de necessidade urgente em todo o mundo. \$0 de copagamento para serviços de transporte de emergência a nível mundial. Limite de \$100,000 para cobertura de emergência/urgência fora dos EUA todos os anos.

SECÇÃO 3 Que serviços não são cobertos pelo plano?

Secção 3.1 Serviços não cobertos pelo plano (exclusões)

Esta secção informa que serviços estão excluídos pelo Medicare.

A tabela abaixo descreve alguns serviços e equipamentos que não são cobertos pelo plano em nenhuma condição ou são cobertos pelo plano apenas em condições específicas. A tabela também informa se os serviços ou itens são cobertos pelo plano dos benefícios do MassHealth (Medicaid).

Se receber serviços que estão excluídos (não cobertos), terá de pagá-los por sua conta, exceto sob as condições específicas indicadas abaixo. Mesmo que receba os serviços excluídos numa unidade de emergência, os serviços excluídos continuam a não estar cobertos e o nosso plano não irá pagá-los. A única exceção é se recorrer relativamente a um serviço e este for considerado um serviço médico pelo qual deveríamos ter pago ou o qual deveríamos ter coberto devido à sua situação específica. (para obter informações sobre como recorrer de uma decisão que tomamos de não cobrir um serviço médico, consulte o Capítulo 8, Secção 6.3 deste documento.)

Todas as exclusões ou limitações de serviços estão descritas na Tabela de Benefícios Médicos ou na tabela abaixo.

Serviços não cobertos pelo Medicare	Não cobertos sob nenhuma condição	Coberto apenas sob condições específicas, incluindo se coberto pelo plano no âmbito do MassHealth (Medicaid)
Cirurgia ou procedimentos cosméticos		• Coberto em casos de lesão acidental ou para melhoria do funcionamento de um membro do corpo com malformação. • Coberto em todas as fases de reconstrução de uma mama após uma mastectomia, bem como para a mama não afetada para produzir uma aparência simétrica.

Serviços não cobertos pelo Medicare	Não cobertos sob nenhuma condição	Coberto apenas sob condições específicas, incluindo se coberto pelo plano no âmbito do MassHealth (Medicaid)
Procedimentos médicos e cirúrgicos experimentais, equipamentos e medicamentos. Procedimentos e equipamentos experimentais são equipamentos e procedimentos que o Original Medicare determina não serem geralmente aceites pela comunidade médica.		- Podem ser cobertos pelo Original Medicare num estudo de investigação clínica aprovado pelo Medicare ou pelo nosso plano. (Consulte o Capítulo 3, Secção 5 para obter mais informações sobre estudos de investigação clínica.)
Taxas cobradas por cuidados pelos seus familiares imediatos ou membros do seu agregado familiar.		Podem ser cobertas pelo plano do seu benefício MassHealth (Medicaid) e quando aprovadas com antecedência. Por exemplo, se participar no programa Assistente de Cuidados Pessoais (Personal Care Attendant, PCA) e o seu prestador de cuidados primários/equipa de atendimento autorizar um determinado membro da família a atuar como seu PCA. (Consulte o Capítulo 4, Secção 2.1 para obter mais informações sobre cuidados de custódia.)
Cuidados de enfermagem a tempo integral na sua casa.		O membro pode ser coberto pelo plano no âmbito do benefício MassHealth (Medicaid) apenas quando não houver outros modos alternativos de cuidado disponíveis. É necessária autorização prévia.
Serviços de naturopatia (usa tratamentos naturais ou alternativos).	Não cobertos sob nenhuma condição	

Serviços não cobertos pelo Medicare	Não cobertos sob nenhuma condição	Coberto apenas sob condições específicas, incluindo se coberto pelo plano no âmbito do MassHealth (Medicaid)
Cuidados odontológicos não rotineiros		Os cuidados odontológicos necessários para tratar doenças ou lesões podem ser cobertos como cuidados de internamento ou ambatório. Pode ser necessária autorização prévia. (Consulte o Capítulo 4, Secção 2.1 para obter mais informações sobre cuidados odontológicos.)
Sapatos ortopédicos ou dispositivos de apoio para os pés		Sapatos que fazem parte de um suporte de perna e estão incluídos no custo do suporte. Sapatos ortopédicos ou terapêuticos para pessoas com doença do pé diabético. Outros equipamentos podem ser cobertos pelo benefício MassHealth (Medicaid). Pode ser necessária autorização prévia. (Consulte o Capítulo 4, Secção 2.1 para obter mais informações.)
Itens pessoais no seu quarto num hospital ou enfermaria especializada, como um telefone ou uma televisão.	Não cobertos sob nenhuma condição	
Quarto privado num hospital.		Coberto apenas quando medicamente necessário.
Reversão de procedimentos de esterilização e/ou produtos anticoncepcionais sem receita.		Coberto apenas se estes serviços ou produtos forem cobertos pelo benefício MassHealth (Medicaid).

Serviços não cobertos pelo Medicare	Não cobertos sob nenhuma condição	Coberto apenas sob condições específicas, incluindo se coberto pelo plano no âmbito do MassHealth (Medicaid)
Exames oftalmológicos de rotina, óculos, ceratotomia radial, cirurgia LASIK e outros auxiliares para visão reduzida.		O exame oftalmológico e um par de óculos (ou lentes de contacto) são cobertos no caso de pessoas em situação de pós-cirurgia às cataratas no âmbito do benefício do Medicare. O plano cobre serviços adicionais, incluindo cuidados de rotina no âmbito do benefício MassHealth (Medicaid). Pode ser necessária autorização prévia. (Consulte o Capítulo 4, Secção 2.1 para obter mais informações sobre cuidados com a visão e óculos.)
Serviços considerados não razoáveis e necessários, de acordo com os padrões do Original Medicare		Os serviços considerados irracionais ou desnecessários, de acordo com os padrões do Original Medicare, não são cobertos, a menos que estes serviços sejam indicados pelo nosso plano como serviços cobertos ou sejam cobertos pelo plano no âmbito do benefício MassHealth (Medicaid) ou considerados necessários com base no Plano de Cuidados Individualizados assinado.

CAPÍTULO 5:

*Usar a cobertura do plano para os
medicamentos sujeitos a receita médica
da Parte D*

Capítulo 5 – Usar a cobertura do plano para os medicamentos sujeitos a receita médica da Parte D

Como pode obter informações sobre os custos dos seus medicamentos se estiver a receber “Ajuda Extra” relativamente aos seus custos de medicamentos sujeitos a receita médica da Parte D?

Por ser elegível para o MassHealth Standard (Medicaid), você qualifica-se e está a receber a “Ajuda Extra” do Medicare para pagar os custos do seu plano de medicamentos sujeitos a receita médica. Uma vez que está no programa “Ajuda Extra”, **algumas informações nesta Prova de Cobertura sobre os custos dos medicamentos sujeitos a receita médica da Parte D não se aplicam a si.** Enviámo-lhe um folheto separado, denominado *Cláusula de Prova de Cobertura para Pessoas que Recebem Ajuda Extra para Pagar Medicamentos Sujeitos a Receita Médica* (também conhecida como “Low Income Subsidy Rider” ou “LIS Rider” [“Cláusula de Subsídio de Baixo Rendimento” ou a “Cláusula LIS”]), que informa sobre a sua cobertura de medicamentos. Se não tiver este folheto, contacte o Serviço de Atendimento a Membros e peça a Cláusula LIS. (Os números de telefone do Serviço de Atendimento a Membros estão impressos na contracapa deste documento.)

SECÇÃO 1 Introdução

Este capítulo **explica as regras para usar a sua cobertura para medicamentos da Parte D.** Consulte no Capítulo 4 os benefícios de medicamentos da Parte B da Medicare e os benefícios de medicamentos de cuidados paliativos.

Além dos medicamentos cobertos pelo Medicare, alguns medicamentos sujeitos a receita médica são cobertos pelos seus benefícios do MassHealth (Medicaid). A Lista de Medicamentos informa-o sobre como saber mais sobre a sua cobertura de medicamentos MassHealth (Medicaid). Para obter mais informações, telefone para os Serviços de Atendimento a Membros. Também pode aceder ao nosso sítio Web www.ccama.org para saber que medicamentos são cobertos pelo MassHealth (Medicaid).

Secção 1.1	Regras básicas para a cobertura de medicamentos da Parte D do plano
-------------------	--

O plano cobrirá geralmente os seus medicamentos, desde que siga estas regras básicas:

- É necessário que um prestador (um médico, dentista ou outro prescritor) lhe prescreva uma receita que tem de ser válida segundo a legislação estadual aplicável.
- O seu médico prescritor não pode estar nas Listas de Exclusão ou Preclusão da Medicare.

Capítulo 5 – Usar a cobertura do plano para os medicamentos sujeitos a receita médica da Parte D

- Geralmente, você tem de usar uma farmácia dentro da rede para obter a sua receita. (Consulte a Secção 2, *Avie as suas receitas numa farmácia dentro da rede ou por meio do programa de compra pelo correio do plano*).
- O seu medicamento tem de estar na *Lista de Medicamentos Cobertos (Formulário)* do plano (a que chamamos de Lista de Medicamentos, para abreviar). (Consulte a Secção 3, *os seus medicamentos têm de estar na “Lista de Medicamentos do plano”*).
- O seu medicamento tem de ser usado para uma indicação medicamente aceite. Uma “indicação medicamente aceite” é o uso do medicamento aprovado pela Food and Drug Administration ou com base em certos livros de referência. (Consulte a Secção 3 para obter mais informações sobre uma indicação medicamente aceite.)

SECÇÃO 2 Avie a sua receita numa farmácia dentro da rede ou por meio do serviço de compra pelo correio do plano

Secção 2.1 Utilizar uma farmácia dentro da rede

Na maioria dos casos, as suas receitas *apenas* são cobertas se forem aviadas nas farmácias dentro da rede do plano. (Consulte a Secção 2.5 para obter informações sobre as situações em que cobrimos as receitas aviadas em farmácias de fora da rede.)

Uma farmácia dentro da rede é uma farmácia que tem um acordo com o plano para fornecer os seus medicamentos sujeitos a receita médica cobertos. O termo medicamentos cobertos significa todos os medicamentos sujeitos a receita médica da Parte D que estão na “Lista de Medicamentos” do plano.

Secção 2.2 Farmácias dentro da rede**Como encontra uma farmácia dentro da rede na sua área?**

Para encontrar uma farmácia dentro da rede, pode procurar no seu *Lista de Prestadores e Farmácias*, aceder a o nosso sítio Web (www.ccama.org) e/ou telefonar para o Serviço de Atendimento a Membros.

Pode recorrer a qualquer das farmácias da nossa rede.

Capítulo 5 – Usar a cobertura do plano para os medicamentos sujeitos a receita médica da Parte D

E se a farmácia que usa sair da rede?

Se a farmácia que estiver a usar sair dentro da rede do plano, terá de encontrar uma nova farmácia que faça parte da rede. Para encontrar outra farmácia na sua área, pode obter ajuda do Serviço de Atendimento a Membros ou usar o *Lista de Prestadores e Farmácias*. Também pode encontrar esta informação no nosso sítio Web em www.ccama.org.

E se precisar de uma farmácia especializada?

Algumas receitas têm de ser fornecidas numa farmácia especializada. As farmácias especializadas incluem:

- Farmácias que fornecem medicamentos para terapia de perfusão domiciliar.
- Farmácias que fornecem medicamentos para residentes em instalações de cuidados de longo prazo (long-term care, LTC). Normalmente, uma LTC (como um lar de idosos com acompanhamento médico) tem a sua própria farmácia. Se tiver qualquer dificuldade para aceder aos seus benefícios da Parte D numa instalação LTC, entre em contacto com o Serviço de Atendimento a Membros.
- Farmácias que servem o Serviço de Saúde Indígena/Programa de Saúde Indígena Tribal/Urbana (não disponíveis em Puerto Rico). Exceto em emergências, apenas os nativos americanos ou nativos do Alasca têm acesso a estas farmácias na nossa rede.
- 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.)

A Lumicera Health Services é a farmácia especializada preferencial do plano. Fornece aos membros do CCA Senior Care Options os seus medicamentos especiais e oferece apoio personalizado. Entre em contacto com a Lumicera 24 horas por dia, 7 dias por semana através do telefone 855-847-3553 caso tenha dúvidas sobre a obtenção de medicamentos especiais.

Para localizar outras farmácias especializadas, procure na sua *Lista de Prestadores e Farmácias* ou telefone para o Serviço de Atendimento a Membros.

Secção 2.3	Utilizar os serviços de encomenda por correio do plano
-------------------	---

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

Capítulo 5 – Usar a cobertura do plano para os medicamentos sujeitos a receita médica da Parte D

de longo prazo. Estes medicamentos estão assinalados como **medicamentos encomendados por correio** na nossa “Lista de Medicamentos”.

O nosso programa de encomenda por correio permite-lhe encomendar um **fornecimento para até 100 dias**.

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

1. Telefone para o Serviço de Atendimento a Membros.
2. Aceda ao nosso sítio Web www.ccama.org e veja as informações em “Formulários de Membro”
3. Fale com a sua equipa de atendimento.

Se a sua receita estiver atrasada, pode contactar a Costco Pharmacy online em <http://pharmacy.costco.com> para obter mais informações ou telefonando para 800-607-6861. O horário de atendimento ao cliente da Costco é das 8 am às 10 pm, de segunda a sexta-feira, e das 12:30 pm às 5 pm ao sábado. Caso seja necessário apoio adicional, pode contactar os Serviço de Atendimento a Membros da CCA para obter uma autorização de medicação na sua farmácia local para um fornecimento limitado de medicação. Normalmente, uma encomenda de farmácia enviada pelo correio ser-lhe-á entregue no máximo no prazo de 14 dias. Se, por qualquer motivo, a sua encomenda por correio estiver atrasada, contacte o nosso Serviço de Atendimento a Membros. Iremos ajudá-lo a obter a(s) receita(s) de que necessita.

Novas receitas que a farmácia recebe diretamente do consultório do seu prestador de cuidados de saúde.

Depois de a farmácia receber uma receita de um prestador de cuidados de saúde, entrará em contacto consigo para saber se pretende receber o medicamento imediatamente ou depois. É importante que responda cada vez que for contactado pela farmácia, para que na farmácia saibam se devem enviar, adiar ou interromper a nova receita.

Reposições de pedidos pelo correio. Para reposições, entre em contacto com a sua farmácia 14 a 21 dias antes da data em que os medicamentos atuais irão acabar, para garantir que a sua próxima encomenda seja enviada a tempo.

Secção 2.4	Como pode obter um fornecimento de medicamentos de longo prazo?
-------------------	--

O plano oferece duas maneiras de obter um fornecimento de longo prazo (também denominado fornecimento prolongado) de medicamentos de manutenção na “Lista de Medicamentos” do

Capítulo 5 – Usar a cobertura do plano para os medicamentos sujeitos a receita médica da Parte D

nosso plano (Medicamentos de manutenção são medicamentos que você toma regularmente para uma condição médica crônica ou de longo prazo.)

1. Algumas farmácias de retalho na nossa rede permitem que obtenha um fornecimento de longo prazo de medicamentos de manutenção. A sua *Lista de Prestadores e Farmácias* informa-o sobre que farmácias na nossa rede podem fornecer medicamentos de manutenção de longo prazo. Também pode telefonar para o Serviço de Atendimento a Membros para obter mais informações.
2. Também pode receber medicamentos de manutenção através do nosso programa de encomenda por correio. Consulte a Secção 2.3 para obter mais informações.

Secção 2.5	Quando pode usar uma farmácia que não faz parte dentro da rede do plano?
-------------------	---

A sua receita pode ser coberta em certas situações

Normalmente, *apenas* pagamos os medicamentos aviados numa farmácia fora da rede quando não você consegue recorrer a uma farmácia dentro da rede. Para o ajudar, dispomos de farmácias dentro da rede fora da nossa área de serviço onde pode aviar as suas receitas enquanto membro do nosso plano. **Confirme primeiro junto do Serviço de Atendimento a Membros** se existe uma farmácia dentro da rede nas proximidades.

Aqui estão as circunstâncias em que cobrimos as receitas aviadas numa farmácia fora da rede:

- Se estiver em viagem nos Estados Unidos e seus territórios, mas fora da área de cobertura do plano, e ficar doente, perder medicamentos sujeitos a receita médica ou ficar sem os mesmos, cobriremos as receitas que sejam aviadas numa farmácia fora da rede.
 - Antes de comprar a sua receita numa farmácia fora da rede, telefone para o nosso número gratuito do Serviço de Atendimento a Membros para saber se existe uma farmácia dentro da rede na área para onde vai viajar.
 - Se não houver farmácias credenciadas nessa área, o Serviço de Atendimento a Membros pode providenciar para que avie as suas receitas numa farmácia fora da rede. Caso contrário, pode ter de pagar o custo total ao aviar a sua receita.
 - Pode pedir-nos o reembolso dos custos enviando-nos uma solicitação de reembolso. Para saber como enviar uma reclamação em papel, consulte o processo de solicitação de reembolso em papel descrito no Capítulo 6.
 - Não podemos pagar por nenhuma receita aviada em farmácias fora dos Estados Unidos e seus territórios, mesmo em caso de emergência médica.

Capítulo 5 – Usar a cobertura do plano para os medicamentos sujeitos a receita médica da Parte D

- Se não conseguir obter um medicamento coberto em tempo útil dentro da nossa área de serviço porque não existe uma farmácia dentro da rede (a uma distância razoável de carro) que ofereça serviço 24 horas por dia.
- Se estiver a tentar obter um medicamento sujeito a receita médica coberto que não seja regularmente armazenado no retalho dentro da rede ou na nossa farmácia de venda por correspondência (estes medicamentos incluem medicamentos órfãos ou outros medicamentos especializados).
- Se não puder usar uma farmácia dentro da rede durante um desastre declarado.

Nestes casos, cobriremos um fornecimento de 31 dias de medicamentos controlados cobertos que sejam fornecidos numa farmácia fora da rede.

Como pode pedir o reembolso do plano?

Se necessitar de usar uma farmácia fora da rede, terá geralmente de pagar o custo total no momento em que aviar a receita. Pode pedir-nos para o reembolsar. (o Capítulo 6, Secção 2 explica como pedir reembolsos ao plano.)

SECÇÃO 3 Os seus medicamentos têm de estar na “Lista de Medicamentos” do plano

Secção 3.1	A “Lista de Medicamentos” informa que medicamentos da Parte D são cobertos
-------------------	---

O plano tem uma *“Lista de Medicamentos Cobertos (Formulário)”*. Nesta *Prova de Cobertura*, chamamos-lhe de **“Lista de Medicamentos”**, para abreviar.

Os medicamentos desta lista são seleccionados pelo plano com o auxílio de uma equipa de prestadores de cuidados de saúde e farmacêuticos. A lista cumpre os requisitos da Medicare e foi aprovada pelo Medicare.

A “Lista de Medicamentos” inclui os medicamentos abrangidos ao abrigo do Medicare Parte D. Além dos medicamentos cobertos pelo Medicare, alguns medicamentos sujeitos a receita médica são cobertos pelos seus benefícios do MassHealth (Medicaid). Enviámos-lhe a Lista de Medicamentos de venda sem receita médica (OTC) do MassHealth (Medicaid). Para obter mais informações sobre medicamentos cobertos pelo MassHealth (Medicaid), telefone para o

Capítulo 5 – Usar a cobertura do plano para os medicamentos sujeitos a receita médica da Parte D

Serviço de Atendimento a Membros. Também pode aceder ao nosso sítio Web em www.ccama.org.

Geralmente, cobriremos um medicamento da “Lista de Medicamentos” do plano desde que cumpra as outras regras de cobertura explicadas neste capítulo e que o uso do medicamento seja uma indicação medicamente aceite. Uma “indicação medicamente aceite” é um uso do medicamento que se inclui *num dos seguintes casos*:

- Aprovado pela Food and Drug Administration para o diagnóstico ou condição para o qual está a ser prescrito.
- *ou* -- suportado por determinadas referências, como o American Hospital Formulary Service Drug Information e o DRUGDEX Information System.

A “Lista de Medicamentos” inclui medicamentos de marca, genéricos e medicamentos biológicos similares.

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

Um medicamento genérico é um medicamento sujeito a receita médica que contém os mesmos ingredientes ativos que o medicamento de marca. Uma vez que os produtos biológicos são mais complexos do que os medicamentos típicos, em vez de terem uma forma genérica, têm alternativas que são chamadas biossimilares. Geralmente, os genéricos e os biossimilares funcionam tão bem como o medicamento de marca ou produto biológico e geralmente custam menos. Existem substitutos de medicamentos genéricos ou alternativas biossimilares disponíveis para muitos medicamentos de marca e para alguns produtos biológicos.

Medicamentos de venda livre

O nosso plano também cobre certos medicamentos de venda sem receita médica. Alguns medicamentos não sujeitos a receita médica são menos dispendiosos do que os medicamentos sujeitos a receita médica e funcionam igualmente bem. Para obter mais informações, telefone para o Serviço de Atendimento a Membros.

Capítulo 5 – Usar a cobertura do plano para os medicamentos sujeitos a receita médica da Parte D

O que *não* está na Lista de Medicamentos?

O plano não cobre todos os medicamentos sujeitos a receita médica.

- Em alguns casos, a lei não permite que nenhum plano do Medicare cubra certos tipos de medicamentos (para obter mais informações sobre esta matéria, consulte a Secção 7.1 neste capítulo).
- Noutros casos, decidimos não incluir um determinado medicamento na nossa Lista de Medicamentos. Nalguns casos, poderá conseguir obter um medicamento que não está na lista de medicamentos. Consulte o Capítulo 8 para obter mais informações.
- Os medicamentos cobertos pelo MassHealth (Medicaid) não estão incluídos na Lista de Medicamentos do Medicare (Formulário). Enviámos-lhe a Lista de Medicamentos não sujeitos a receita médica (OTC) do MassHealth (Medicaid). Para obter mais informações, telefone para os Serviços de Atendimento a Membros. Também pode aceder ao sítio Web do plano (www.ccama.org) para saber que medicamentos são cobertos pelo MassHealth (Medicaid).

Secção 3.2	Como pode saber se um medicamento específico está na “Lista de Medicamentos”?
-------------------	--

Há três maneiras de saber:

1. Verificar a “Lista de Medicamentos” mais recente que lhe fornecemos eletronicamente. (Nota: a “Lista de Medicamentos” que fornecemos inclui informações relativas aos medicamentos cobertos que são mais frequentemente utilizados pelos nossos membros. No entanto, cobrimos medicamentos adicionais que não estão incluídos na “Lista de Medicamentos” fornecida. Se um dos seus medicamentos não estiver indicado na “Lista de Medicamentos”, deve contactar o Serviço de Atendimento a Membros para saber se o cobrimos.)
2. Aceder ao sítio Web do plano em (www.ccama.org). A “Lista de Medicamentos” do sítio Web é sempre a mais atual.
3. Telefone para o Serviço de Atendimento a Membros para saber se um determinado medicamento está na “Lista de Medicamentos” do plano ou para solicitar uma cópia da lista.
4. Utilize a “Ferramenta de Benefícios em Tempo Real” do plano (<https://www.commonwealthcarealliance.org/ma/members/pharmacy-benefits/> ou telefone para o Serviço de Atendimento a Membros). Com esta ferramenta, pode procurar medicamentos na “Lista de Medicamentos” para consultar uma estimativa do

Capítulo 5 – Usar a cobertura do plano para os medicamentos sujeitos a receita médica da Parte D

que irá pagar e se existem medicamentos alternativos na “Lista de Medicamentos” que possam tratar a mesma condição.

SECÇÃO 4 Existem restrições à cobertura de alguns medicamentos**Secção 4.1 Porque alguns medicamentos têm restrições?**

No caso de certos medicamentos sujeitos a receita médica, há regras especiais que restringem como e quando o plano os cobre. Uma equipa de prestadores de cuidados de saúde e farmacêuticos desenvolveu estas regras para o incentivar a si e ao seu prestador a utilizar os medicamentos da forma mais eficaz. Para saber se alguma destas restrições se aplica a um medicamento que toma ou pretende tomar, verifique a “Lista de Medicamentos”. As regras do plano foram elaboradas para encorajá-lo a si e ao seu prestador a usar essa opção de custo mais baixo se um medicamento seguro e de custo mais baixo funcionar tão bem do ponto de vista médico como um medicamento de custo mais elevado.

Note-se que, por vezes, um medicamento pode aparecer mais do que uma vez na nossa “Lista de Medicamentos”. Tal ocorre porque diferentes medicamentos diferem com base em fatores como dosagem, quantidade ou forma do medicamento sujeito a receita médica pelo seu prestador de cuidados de saúde e podem aplicar-se diferentes restrições a diferentes versões do medicamento (por exemplo, 10 mg versus 100 mg; um por dia versus dois por dia; comprimido versus líquido).

Secção 4.2 Que tipos de restrições?

As secções abaixo fornecem mais informações sobre os tipos de restrições que usamos para certos medicamentos.

Se houver uma restrição relativamente ao seu medicamento, isso geralmente significa que você ou o seu médico terão de tomar medidas extra para que possamos cobrir o medicamento. Contacte o Serviço de Atendimento a Membros para saber o que você ou o seu prestador terão de fazer para obter cobertura para o medicamento. Se pretender que renunciemos à restrição, terá de usar o processo de decisão de cobertura e pedir-nos para abrimos uma exceção. Podemos ou não concordar em dispensar a restrição. (Consulte o Capítulo 8.)

Capítulo 5 – Usar a cobertura do plano para os medicamentos sujeitos a receita médica da Parte D

Restrição de medicamentos de marca quando uma versão genérica estiver disponível

Geralmente, um medicamento **genérico** funciona da mesma forma que um medicamento de marca e geralmente é mais barato. **Quando uma versão genérica de um medicamento de marca estiver disponível, a nossa rede de farmácias fornecerá a versão genérica do medicamento de marca.** No entanto, se o seu prestador nos informar do motivo médico pelo qual o medicamento genérico não irá funcionar para si *OU* tiver escrito “Não substituir” na sua receita de um medicamento de marca *OU* nos informou o motivo médico pelo qual nem o medicamento genérico nem outros medicamentos cobertos que tratam a mesma condição irão funcionar para si, cobriremos o medicamento de marca.

Obter a aprovação do plano com antecedência

Para certos medicamentos, você ou o seu médico têm de obter a aprovação do plano antes de concordarmos em cobrir o medicamento. A isso chama-se **autorização prévia**. É implementada para garantir a segurança da medicação e ajudar a orientar a utilização adequada de determinados medicamentos. Se não obtiver esta aprovação, o seu medicamento pode não ser coberto pelo plano.

Experimentar um medicamento diferente primeiro

Este requisito incentiva-o a experimentar medicamentos menos caros, mas geralmente igualmente eficazes, antes de o plano cobrir outro medicamento. Por exemplo, se o medicamento A e o medicamento B tratam a mesma condição médica e o medicamento A é mais barato, o plano pode requerer que experimente o medicamento A primeiro. Se o medicamento A não funcionar para si, o plano cobrirá o medicamento B. Este requisito de experimentar um medicamento diferente primeiro é denominado **terapia por etapas**.

Limites de quantidade

Relativamente a determinados medicamentos, limitamos a quantidade de medicamento que pode obter de cada vez que aviar a sua receita. Por exemplo, se for normalmente considerado seguro tomar apenas um comprimido por dia para um determinado medicamento, podemos limitar a cobertura da sua receita a não mais do que um comprimido por dia.

SECÇÃO 5 E se um dos seus medicamentos não estiver coberto da maneira que pretende?

Secção 5.1	Há coisas que pode fazer se o seu medicamento não estiver coberto da maneira que pretende
-------------------	--

Existem situações em que um medicamento sujeito a receita médica que esteja a tomar ou um medicamento que você e o seu médico considerem que deve tomar não está no nosso formulário ou está no nosso formulário com restrições. Por exemplo:

- O medicamento pode não ter qualquer cobertura. Pode também acontecer que uma versão genérica do medicamento seja coberta, mas a versão de marca que pretende tomar não seja coberta.
- O medicamento é coberto, mas existem regras ou restrições extra sobre a cobertura desse medicamento, conforme explicado na Secção 4.

Há coisas que pode fazer se o seu medicamento não for coberto da maneira que pretende.

- Se o seu medicamento não estiver na “Lista de Medicamentos” ou se for restrito, consulte a Secção 5.2 para saber o que pode fazer.

Secção 5.2	O que pode fazer se o seu medicamento não estiver na Lista de Medicamentos ou se o medicamento estiver restrito de alguma forma?
-------------------	---

Se o seu medicamento não estiver na “Lista de Medicamentos” ou for restrito, são estas as opções:

- Pode obter um fornecimento temporário do medicamento.
- Pode mudar para outro medicamento.
- Pode solicitar uma exceção e solicitar ao plano que cubra o medicamento ou remova as restrições ao medicamento.

Pode obter fornecimento temporário

Em determinadas circunstâncias, o plano tem de garantir um fornecimento temporário de um medicamento que já esteja a tomar. Este fornecimento temporário dar-lhe-á tempo para conversar com o seu médico sobre a alteração na cobertura e decidir o que fazer.

Capítulo 5 – Usar a cobertura do plano para os medicamentos sujeitos a receita médica da Parte D

Para ser elegível para um fornecimento temporário, o medicamento que tem estado a tomar **não pode estar já na “Lista de Medicamentos” do plano OU está agora restrito de alguma forma.**

- **No caso de novos membros**, cobriremos o fornecimento temporário do seu medicamento durante os primeiros **90 dias** após a sua adesão ao plano, se for um novo membro.
- **Caso tenha estado no plano no último ano**, cobriremos o fornecimento temporário do seu medicamento durante os primeiros **90 dias** do ano.
- Este fornecimento temporário será para um fornecimento máximo de 31 dias. Se a sua receita tiver menos dias, permitiremos vários reabastecimentos para fornecer até um máximo de 31 dias de medicação. A receita tem de ser aviada numa farmácia dentro da rede. (Note que a farmácia de cuidados continuados pode fornecer o medicamento em quantidades menores de cada vez para evitar o desperdício.)
- **No caso dos membros que estão no plano há mais de 90 dias e residem numa instituição de cuidados prolongado e precisam de um fornecimento imediatamente.** Cobriremos um fornecimento de emergência para 31 dias de um determinado medicamento, ou menos, se a sua receita for para menos dias. Tal é adicional ao fornecimento temporário acima.
- **Para os membros que têm um nível de transição de cuidados.** Iremos disponibilizar um fornecimento de emergência de pelo menos 31 dias (a não ser que a receita tenha sido passada para menos dias) para toda a medicação não incluída no formulário incluindo aquela que possa ter requisitos de tratamento escalonado ou de autorização prévia. Uma transição não planeada pode ser qualquer um dos seguintes casos:
 - uma alta de uma instituição de cuidados de longo prazo ou admissão a uma instituição de cuidados de longo prazo,
 - uma alta ou internamento num hospital, ou
 - uma mudança no nível de qualificação da unidade de enfermagem

Para questões sobre um fornecimento temporário, telefone para o Serviço de Atendimento a Membros.

Durante o período em que estiver a utilizar um fornecimento temporário de um medicamento, deve conversar com o seu médico para decidir o que fazer quando o seu fornecimento temporário acabar. Tem duas opções:

Capítulo 5 – Usar a cobertura do plano para os medicamentos sujeitos a receita médica da Parte D

1) Pode mudar para outro medicamento

Fale com o seu prestador para saber se existe um medicamento diferente coberto pelo plano que possa funcionar tão bem para si. Pode telefonar para o Serviço de Atendimento a Membros para pedir uma lista de medicamentos cobertos que tratam a mesma condição médica. Esta lista pode ajudar o seu médico a encontrar um medicamento coberto que possa funcionar no seu caso.

2) Pode pedir uma exceção

O membro e o seu médico podem solicitar que o plano abra uma exceção e cubra o medicamento da maneira que pretende. Se o seu prestador disser que tem motivos médicos que justifiquem pedir-nos uma exceção, seu prestador poderá ajudá-lo a pedir uma exceção. Por exemplo, pode solicitar que o plano cubra um medicamento, mesmo que não esteja na “Lista de Medicamentos” do plano. Também pode pedir ao plano para abrir uma exceção e cobrir o medicamento sem restrições.

Se você for um membro atual e um medicamento que estiver a tomar estiver prestes a ser retirado do formulário ou restrito de alguma forma no próximo ano, iremos informá-lo sobre qualquer alteração antes do fim do ano. Pode pedir uma exceção antes do fim do ano e dar-lhe-emos uma resposta no prazo de 72 horas após recebermos a sua solicitação (ou a declaração de apoio do seu médico). Se aprovarmos a sua solicitação, autorizaremos a cobertura antes que a alteração entre em vigor.

Se você e seu médico pretenderem solicitar uma exceção, o Capítulo 8, Secção 7.4 informa-o sobre o que fazer. Explica os procedimentos e prazos que foram estabelecidos pelo Medicare para garantir que o seu pedido é tratado de forma rápida e justa.

SECÇÃO 6 E se a sua cobertura mudar no que se refere a um dos seus medicamentos?

Secção 6.1	A “Lista de Medicamentos” pode alterar durante o ano
-------------------	---

A maioria das alterações na cobertura de medicamentos ocorre no início de cada ano (1 de janeiro). No entanto, durante o ano, o plano pode fazer algumas alterações à “Lista de Medicamentos”. Por exemplo, o plano pode:

- **Adicionar medicamentos à “Lista de Medicamentos” ou retirar medicamentos da “Lista de Medicamentos”**

Capítulo 5 – Usar a cobertura do plano para os medicamentos sujeitos a receita médica da Parte D

- **Adicionar ou remover uma restrição à cobertura de um medicamento.**
- **Substituir um medicamento de marca por um medicamento genérico.**

Temos de cumprir os requisitos do Medicare antes de alterarmos a “Lista de Medicamentos” do plano

Secção 6.2	O que acontece se a cobertura for alterada relativamente a um medicamento que estiver a tomar?
-------------------	---

Informações sobre alterações na cobertura de medicamentos

Quando ocorrem alterações na “Lista de Medicamentos”, publicamos informações no nosso sítio Web sobre essas alterações. Também atualizamos a nossa “Lista de Medicamentos” online regularmente. A seguir, indicamos os momentos em que receberá um aviso direto caso sejam feitas alterações a um medicamento que esteja a tomar.

Alterações à cobertura de medicamentos que o afetam durante o ano do plano atual

- **Um novo medicamento genérico substitui um medicamento de marca na “Lista de Medicamentos” (ou mudamos o nível de partilha de custos ou adicionamos novas restrições ao medicamento de marca ou ambos os casos)**
 - Podemos remover imediatamente um medicamento de marca da nossa “Lista de Medicamentos” se o substituirmos por uma versão genérica recentemente aprovada do mesmo medicamento. O medicamento genérico irá aparecer no mesmo nível ou no nível inferior de partilha de custos e com as mesmas restrições, ou com menos restrições. Podemos também decidir manter o medicamento de marca na “Lista de Medicamentos”, mas passá-lo imediatamente para um nível mais elevado de partilha de custos ou adicionar novas restrições ou ambos os casos, quando é adicionado um novo medicamento.
 - Podemos não o avisar com antecedência antes de fazermos essa alteração, mesmo se estiver a tomar o medicamento de marca. Se estiver a tomar o medicamento de marca no momento em que fizermos a alteração, iremos fornecer-lhe informações sobre a(s) alteração(ões) específica(s). Tal também incluirá informações sobre as etapas que pode realizar para solicitar uma exceção para cobrir o medicamento de marca. Você pode não receber tal aviso antes de fazermos a alteração.

Capítulo 5 – Usar a cobertura do plano para os medicamentos sujeitos a receita médica da Parte D

- Você ou o seu médico podem pedir-nos para abrimos uma exceção e continuarmos a cobrir o medicamento de marca. Para obter informações sobre como solicitar uma exceção, consulte o Capítulo 8.
- **Medicamentos inseguros e outros medicamentos da “Lista de Medicamentos” retirados do mercado**
 - Por vezes, um medicamento pode ser considerado inseguro ou ser retirado do mercado por outro motivo. Se isso acontecer, poderemos retirar imediatamente o medicamento da “Lista de Medicamentos” Se estiver a tomar esse medicamento, informá-lo-emos imediatamente.
 - O seu médico também ficará a par desta mudança e poderá coordenar-se consigo para encontrarem outro medicamento para a sua condição.
- **Outras alterações nos medicamentos da “Lista de Medicamentos”**
 - Após o início do ano, poderemos efetuar outras alterações que afetem os medicamentos que esteja a tomar. Por exemplo, podemos adicionar um medicamento genérico que não seja novo no mercado para substituir um medicamento de marca na “Lista de Medicamentos” ou alterar o nível de partilha de custos, adicionar novas restrições ao medicamento de marca ou efetuar ambas as coisas. Também podemos efetuar alterações com base em avisos na embalagem da FDA ou novas diretrizes clínicas reconhecidas pelo Medicare.
 - Relativamente a tais alterações, temos de o avisar com pelo menos 30 dias de antecedência relativamente à alteração ou dar-lhe um aviso prévio da alteração e um reabastecimento de 31 dias do medicamento que está a tomar numa farmácia dentro da rede.
 - Depois de receber a notificação da alteração, deverá colaborar com o seu prescritor para mudar para um medicamento diferente que nós cobrimos ou para satisfazer quaisquer novas restrições ao medicamento que está a tomar.
 - O membro ou o seu prescritor também podem pedir-nos para abrimos uma exceção e continuarmos a cobrir o medicamento. Para obter informações sobre como solicitar uma exceção, consulte o Capítulo 8.

Alterações à “Lista de Medicamentos” que não o afetam durante este ano do plano

Podemos efetuar determinadas alterações à “Lista de Medicamentos” que não estão descritas acima. Nestes casos, a alteração não se aplicará a si se estiver a tomar o medicamento quando a alteração for feita; no entanto, estas alterações irão provavelmente afetá-lo a partir de 1 de janeiro do próximo ano do plano se permanecer no mesmo plano.

Capítulo 5 – Usar a cobertura do plano para os medicamentos sujeitos a receita médica da Parte D

Em geral, as alterações que não o irão afetar durante o ano atual do plano são:

- Colocarmos uma nova restrição à utilização do seu medicamento.
- Retirarmos o seu medicamento da “Lista de Medicamentos”

Se acontecer alguma destas alterações relativamente a um medicamento que esteja a tomar (exceto por causa de uma retirada do mercado, de um medicamento genérico substituir um medicamento de marca ou de outra mudança referida nas secções acima), a mudança não afetará o seu uso ou o que paga como partilha de custos até 1 de janeiro do ano seguinte. Até essa data, você provavelmente não observará qualquer aumento nos seus pagamentos ou quaisquer restrições adicionais ao uso do medicamento. Não iremos informá-lo sobre estes tipos de alterações diretamente durante o ano atual do plano. Terá de verificar a “Lista de Medicamentos” para o próximo ano do plano (quando a lista estiver disponível durante o período de inscrição aberto) para ver se existem quaisquer alterações aos medicamentos que esteja a tomar que o irão afetar durante o próximo ano do plano.

SECÇÃO 7 Que tipos de medicamentos não são cobertos pelo plano?

Secção 7.1 Tipos de medicamentos que não cobrimos

Esta secção informa que tipos de medicamentos sujeitos a receita médica estão **excluídos**. Tal significa que nem o Medicare nem o MassHealth (Medicaid) pagam por estes medicamentos.

Se recorrer e o medicamento solicitado não for excluído ao abrigo da Parte D, pagaremos ou cobriremos o mesmo. (para obter informações sobre como recorrer de uma decisão, consulte o Capítulo 8.) Se o medicamento excluído pelo nosso plano também for excluído pelo MassHealth (Medicaid), você tem de pagar pelo mesmo (exceto determinados medicamentos abrangidos excluídos ao abrigo da nossa cobertura para medicamentos melhorada).

Seguem-se três regras gerais sobre medicamentos que os planos de medicamentos do Medicare não cobrirão no âmbito da Parte D:

- A cobertura de medicamentos da Parte D do nosso plano não pode cobrir um medicamento que seria coberto pelo Medicare Parte A ou Parte B.
- O nosso plano não pode cobrir um medicamento comprado fora dos Estados Unidos ou seus territórios.

Capítulo 5 – Usar a cobertura do plano para os medicamentos sujeitos a receita médica da Parte D

- O nosso plano geralmente não cobre o uso não descrito no rótulo. Uso não descrito no rótulo é qualquer uso do medicamento diferente daquele indicado no rótulo do medicamento, conforme aprovado pela Food and Drug Administration.
- A cobertura para uso não descrito no rótulo é permitida apenas quando o uso é apoiado por determinadas referências, como o American Hospital Formulary Service Drug Information e o DRUGDEX Information System.

Adicionalmente, por lei, as seguintes categorias de medicamentos indicadas abaixo não são cobertas pelo Medicare. No entanto, alguns destes medicamentos podem ser cobertos para si pela sua cobertura de medicamentos MassHealth (Medicaid). Enviámos-lhe uma Lista de Medicamentos não sujeitos a receita médica (OTC) do MassHealth (Medicaid). Para obter mais informações, telefone para os Serviços de Atendimento a Membros. Também pode aceder ao sítio Web do plano (www.ccama.org) para saber que medicamentos são cobertos pelo MassHealth (Medicaid).

- Medicamentos não sujeitos a receita médica (também denominados medicamentos de venda livre). Determinados medicamentos não sujeitos a receita médica são cobertos pela sua cobertura de medicamentos MassHealth (Medicaid).
- Medicamentos utilizados para promover a fertilidade
- Medicamentos utilizados para o alívio de sintomas de tosse ou constipação. Determinados medicamentos para alívio de sintomas de tosse ou constipação são cobertos pela sua cobertura de medicamentos MassHealth (Medicaid).
- Medicamentos utilizados para fins cosméticos ou para promover o crescimento do cabelo
- Vitaminas e produtos minerais sujeitos a receita médica, exceto vitaminas pré-natais e preparações de flúor. Determinados produtos vitamínicos e minerais são cobertos pela sua cobertura de medicamentos MassHealth (Medicaid).
- Medicamentos usados para o tratamento da disfunção sexual ou erétil
- Medicamentos utilizados para tratamento de anorexia, perda de peso ou aumento de peso. Determinados produtos vitamínicos e minerais são cobertos pela sua cobertura de medicamentos MassHealth (Medicaid).
- Medicamentos de ambulatório relativamente aos quais o fabricante procura exigir que os testes ou serviços de monitorização associados sejam adquiridos exclusivamente ao fabricante como condição de venda

Capítulo 5 – Usar a cobertura do plano para os medicamentos sujeitos a receita médica da Parte D

SECÇÃO 8 Aviar uma receita

Secção 8.1 Fornecer as suas informações de membro

Para aviar a sua receita, forneça as informações de adesão ao seu plano, que podem ser encontradas no seu cartão de membro, na farmácia dentro da rede que escolher. A farmácia dentro da rede irá faturar automaticamente o seu medicamento ao plano.

Secção 8.2 E se não tiver a sua informação de membro consigo?

Se não tiver a sua informação de membro do plano quando aviar a receita, você ou farmácia pode telefonar para o plano para obter as informações necessárias, ou pode pedir à farmácia que procure a informação de inscrição no seu plano.

Se a farmácia não conseguir obter as informações necessárias, **poderá ter de pagar o custo total da receita quando a aviar**. (Pode então **pedir-nos para o reembolsar**. Consulte o Capítulo 6, Secção 2 para obter informações sobre como solicitar reembolso ao plano.)

SECÇÃO 9 Cobertura de medicamentos da Parte D em situações especiais

Secção 9.1 E se eu estiver num hospital ou enfermaria especializada para uma estadia coberta 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. Assim que sair do hospital a ou enfermaria especializada, o plano cobrirá os seus medicamentos sujeitos a receita médica, desde que estes satisfaçam todas as nossas regras de cobertura descritas neste Capítulo.

Secção 9.2 E se você for residente num estabelecimento de cuidados de longo prazo?

Normalmente, uma instalação de cuidados continuados (long-term care, LTC) (como um lar de idosos com acompanhamento médico) tem a sua própria farmácia ou recorre a uma farmácia que fornece medicamentos a todos os seus residentes. Se for residente numa instituição LTC, poderá obter os seus medicamentos sujeitos a receita médica na farmácia da instituição ou na que esta utiliza, desde que faça parte da nossa rede.

Capítulo 5 – Usar a cobertura do plano para os medicamentos sujeitos a receita médica da Parte D

Verifique a sua *Lista de Prestadores e Farmácias* para saber se a farmácia da sua instituição LTC ou a que utiliza faz parte da nossa rede. Se não for o caso, ou se precisar de mais informações ou assistência, contacte o Serviço de Atendimento a Membros. Se estiver numa instalação LTC, dispomos de garantir que recebe rotineiramente os benefícios da Parte D por meio da nossa rede de farmácias LTC.

E se residir numa instituição de cuidados continuados (LTC) e precisar de um medicamento que não esteja na nossa “Lista de Medicamentos” ou que seja restrito de alguma forma?

Consulte a Secção 5.2 sobre um fornecimento temporário ou de emergência.

Secção 9.3	E se você estiver a receber cuidados paliativos certificados pelo Medicare?
-------------------	--

Os cuidados paliativos e o nosso plano não cobrem o mesmo medicamento ao mesmo tempo. Se estiver inscrito nos cuidados paliativos do Medicare e precisar de determinados medicamentos (por exemplo, medicamentos antieméticos, laxantes, analgésicos ou ansiolíticos) que não sejam cobertos pelos cuidados paliativos porque não estão relacionados com a sua doença terminal e condições relacionadas, o nosso plano tem de receber notificação do médico ou do seu prestador de cuidados paliativos informando que o medicamento não está relacionado para o plano possa cobrir o medicamento. Para evitar atrasos na receção destes medicamentos que devem ser cobertos pelo nosso plano, peça ao seu prestador de cuidados paliativos ou prescritor para fornecer notificação antes de a sua receita ser aviada.

No caso de revogar a sua escolha relativamente aos cuidados paliativos ou receber alta, o nosso plano deverá cobrir todos os seus medicamentos, conforme explicado neste documento. Para evitar quaisquer atrasos numa farmácia quando o seu benefício de cuidados de doentes em estado terminal Medicare terminar, traga a documentação para a farmácia para verificar a sua revogação ou alta.

SECÇÃO 10 Programas sobre segurança de medicamentos e gestão de medicamentos

Secção 10.1	Programas para ajudar os membros a usar medicamentos em segurança
--------------------	--

Conduzimos análises de uso de medicamentos para os nossos membros para ajudar a garantir que recebem cuidados seguros e apropriados.

Fazemos uma revisão de cada vez que você avia uma receita. Também analisamos os nossos registos regularmente. Durante estas análises, procuramos problemas potenciais, tais como:

- Possíveis erros de medicação
- Medicamentos que podem não ser necessários porque está a tomar outro medicamento para tratar a mesma condição
- Medicamentos que podem não ser seguros ou apropriados devido à sua idade ou ao seu sexo
- Certas combinações de medicamentos que podem prejudicá-lo se forem tomados ao mesmo tempo
- Receitas para medicamentos com ingredientes aos quais você é alérgico
- Possíveis erros na quantidade (dosagem) de um medicamento que está a tomar
- Quantidades perigosas de medicações analgésicas com opiáceos

Se observarmos um possível problema no uso de medicamentos, tentaremos corrigir o seu problema em coordenação com o seu prestador.

Secção 10.2	Programa de Gestão de Medicamentos para ajudar os membros a usar com segurança os seus medicamentos opioides
--------------------	---

Temos um programa que pode ajudar a garantir que os nossos membros usem com segurança os seus opioides sujeitos a receita médica e outros medicamentos que com frequência são sujeitos a uso abusivo. Este programa é denominado Programa de Gestão de Medicamentos (Drug Management Program, DMP). Se usa medicamentos opioides que obtém de vários prestadores de cuidados de saúde ou farmácias, ou se sofreu uma sobredosagem recente de opioides, podemos conversar com os seus prestadores de cuidados de saúde para nos certificarmos de que o seu uso de opioides é apropriado e medicamento necessário. Se, em

Capítulo 5 – Usar a cobertura do plano para os medicamentos sujeitos a receita médica da Parte D

colaboração com os seus prestadores de cuidados de saúde, decidirmos que o uso de medicamentos opioides sujeitos a receita médica não é seguro, podemos limitar a forma como pode obtê-los. Se o colocarmos no nosso DMP, as limitações podem ser:

- Exigir que avie todas as suas receitas de medicamentos opioides em determinada(s) farmácia(s)
- Exigir que avie todas as suas receitas de medicamentos opioides em determinado(s) prestador(es) de cuidados de saúde
- Limitar a quantidade de medicamentos opiáceos que cobriremos no seu caso

Se planearmos limitar a forma como pode receber estes medicamentos ou quanto pode receber, enviar-lhe-emos uma carta com antecedência. A carta explicará as limitações que consideramos que lhe devemos aplicar. Terá a oportunidade de nos informar sobre que prestadores de cuidados de saúde ou farmácias prefere usar, e qualquer outra informação que considere importante que saibamos. Depois de ter a oportunidade de responder, se decidirmos limitar a sua cobertura para estes medicamentos, enviaremos outra carta a confirmar a limitação. Se lhe parecer que cometemos um erro ou discordar da nossa determinação ou da limitação, você e o seu médico têm o direito de solicitar um recurso. Se recorrer, iremos rever o seu caso e apresentar-lhe uma decisão. Se continuarmos a negar qualquer parte da sua solicitação relacionada com as limitações que se aplicam ao seu acesso a medicamentos, encaminharemos automaticamente o seu caso para um revisor independente fora do nosso plano. Consulte o Capítulo 8 para obter informações sobre como solicitar um recurso.

Poderá não ser colocado no nosso DMP se tiver determinadas condições médicas, como dor ativa relacionada com cancro ou doença falciforme, se estiver a receber cuidados paliativos ou de fim de vida ou se viver numa instituição de cuidados continuados.

Secção 10.3	Programa de Gestão de Terapia de Medicamentos para ajudar os membros a administrar os seus medicamentos
--------------------	--

Temos um programa que pode ajudar os nossos membros com necessidades de saúde complexas. O nosso programa é denominado programa de Gestão de Terapia de Medicamentos (Medication Therapy Management, MTM). Este programa é voluntário e gratuito. Uma equipa de farmacêuticos e prestadores de cuidados de saúde desenvolveu o programa para nos ajudar a garantir que os nossos membros obtêm o máximo benefício dos medicamentos que tomam.

Alguns membros que tomam medicamentos para diferentes condições médicas e têm custos elevados com medicamentos ou estão num DMP para ajudar membros a usar os seus opioides

Capítulo 5 – Usar a cobertura do plano para os medicamentos sujeitos a receita médica da Parte D

com segurança podem obter serviços por meio de um programa de MTM. Um farmacêutico ou outro profissional de saúde fará uma revisão abrangente de todos os seus medicamentos. Durante a análise, pode falar sobre a melhor forma de tomar os seus medicamentos, os seus custos e quaisquer problemas ou dúvidas que tenha sobre os seus medicamentos sujeitos e não sujeitos a receita médica. Irá receber um resumo escrito que contém uma lista de tarefas recomendadas que inclui medidas que deve tomar para obter os melhores resultados dos seus medicamentos. Também receberá uma lista de medicamentos que incluirá todos os medicamentos que está a tomar, a quantidade que toma e porque os toma. Além disso, os membros do programa MTM receberão informações sobre o descarte seguro de medicamentos sujeitos a receita médica que são substâncias controladas.

É boa ideia falar com o seu profissional de saúde sobre a sua lista de tarefas recomendadas e lista de medicamentos. Leve o resumo consigo para a consulta ou sempre que falar com os seus médicos, farmacêuticos e outros prestadores de cuidados de saúde. Além disso, mantenha a sua lista atualizada e consigo (por exemplo, com a sua identificação) para o caso de se deslocar ao hospital ou às urgências.

Se tivermos um programa que satisfaça as suas necessidades, iremos inscrevê-lo automaticamente no mesmo e enviar-lhe informações. Se decidir não participar, avise-nos e retirá-lo-emos. Se tiver alguma dúvida sobre esse programa, contacte o Serviço de Atendimento a Membros.

SECÇÃO 11 Enviamos relatórios que explicam os pagamentos pelos seus medicamentos e em que estado de pagamento você se encontra

Secção 11.1	Enviamos um resumo mensal denominado Explicação dos Benefícios da Parte D (“EOB Parte D”)
--------------------	--

O nosso plano mantém o controlo dos custos dos seus medicamentos sujeitos a receita médica e os pagamentos que fez quando aviou as suas receitas na farmácia, pela primeira vez ou repetidamente. Desta forma, podemos informá-lo quando passar de uma fase de pagamento de medicamentos para a seguinte. Em particular, existem dois tipos de custos que monitorizamos:

- Controlamos quanto pagou. Tal é denominado custo “**direto**”. Ao usar o CCA Senior Care Options, não tem de pagar pelos seus medicamentos sujeitos a receita médica, desde que cumpra as regras descritas neste capítulo.

Capítulo 5 – Usar a cobertura do plano para os medicamentos sujeitos a receita médica da Parte D

- Monitorizamos os seus “**custos totais com medicamentos.**” Este é o valor que você paga do próprio bolso ou que outros pagam em seu nome mais o valor pago pelo plano. Os membros do CCA Senior Care Options são responsáveis por \$0 de custos no que se refere a medicamentos cobertos.

Se tiver aviado uma ou mais receitas através do plano durante o mês anterior, enviar-lhe-emos uma **Explicação de Benefícios (Explanation of Benefits, EOB) da Parte D** (“EOB Parte D”). A EOB Parte D inclui:

- **Informações para esse mês.** Este relatório fornece os detalhes de pagamento sobre as prescrições que aviou durante o mês anterior. Mostra os custos totais com medicamentos, o que o plano pagou e o que você e outras pessoas pagaram em seu nome.
- **Totais do ano desde 1 de janeiro.** Tal é denominada informação sobre o “acumulado durante o ano”. Mostra os custos totais dos medicamentos e os pagamentos totais pelos seus medicamentos desde o início do ano.
- **Informação sobre o preço do medicamento.** Esta informação irá apresentar o preço total do medicamento e qualquer informação sobre aumentos no preço desde o primeiro abastecimento para cada pedido de receita com a mesma quantidade.
- **Receitas alternativas disponíveis de menor custo.** Tal irá incluir informações sobre outros medicamentos disponíveis com partilha de custos mais baixa para cada pedido de prescrição.

Secção 11.2	Ajude-nos a manter as nossas informações sobre os seus pagamentos de medicamentos atualizadas
--------------------	--

Para controlar os seus custos com medicamentos e os pagamentos que faz pelos medicamentos, usamos os registos que obtemos nas farmácias. Veja como pode-nos ajudar a manter as suas informações corretas e atualizadas:

- **Mostre o seu cartão de identificação de membro sempre que receber uma receita.** Tal ajuda-nos a garantir que conhecemos as receitas que está a aviar e o que está a pagar.
- **Certifique-se de que dispomos as informações de que precisamos.** Por vezes, pode pagar o custo total de um medicamento sujeito a receita médica. Nestes casos, não obteremos automaticamente as informações de que precisamos para acompanhar os seus custos do seu próprio bolso. Para nos ajudar a controlar os seus custos pagos do

Capítulo 5 – Usar a cobertura do plano para os medicamentos sujeitos a receita médica da Parte D

seu próprio bolso, forneça-nos cópias destes recibos. Veja abaixo exemplos de casos em que tem de nos facultar cópias dos seus recibos de medicamentos:

- Quando comprar um medicamento coberto numa farmácia dentro da rede a um preço especial ou usando um cartão de desconto que não faz parte do benefício do nosso plano
- Quando tiver feito um copagamento por medicamentos fornecidos num programa de assistência ao doente de um fabricante de medicamentos
- Sempre que comprar medicamentos cobertos em farmácias fora da rede ou outras ocasiões em que tiver pago o preço total de um medicamento coberto em circunstâncias especiais

Se lhe for cobrado um medicamento coberto, pode pedir ao nosso plano para pagar a nossa parte do custo. Para obter instruções sobre como fazê-lo, consulte o Capítulo 6, Secção 2. Como membro CCA Senior Care Options, tem responsabilidades de partilha de custos de \$0.

- **Envie-nos informações sobre os pagamentos que outros fizeram por si.** Os pagamentos feitos por outros indivíduos e organizações também contam para os seus custos pagos do seu próprio bolso. Por exemplo, os pagamentos feitos por um Programa Estatal de Assistência Farmacêutica, um programa de assistência aos medicamentos contra a SIDA (AIDS drug assistance program, ADAP), o Programa de Saúde Indígena e a maioria das instituições de caridade contam para os custos que paga do seu bolso. Mantenha um registo destes pagamentos e envie-nos o registo para que possamos acompanhar os seus custos.
- **Verifique o relatório escrito que lhe enviamos.** Quando receber a EOB Parte D, verifique-a para se certificar de que as informações estão completas e corretas. Se considera que algo está incorreto ou em falta, ou se tiver alguma dúvida, telefone para o Serviço de Atendimento a Membros. Certifique-se de conservar estes relatórios.

CAPÍTULO 6:

*Solicitar que paguemos uma conta que
tenha recebido por serviços médicos ou
medicamentos cobertos*

Capítulo 6 – Solicitar que paguemos uma fatura que recebeu por serviços médicos ou medicamentos cobertos

SECÇÃO 1 Situações em que deve pedir-nos para pagarmos pelos seus serviços ou medicamentos cobertos

Os nossos prestadores dentro da rede cobram diretamente o plano pelos serviços e medicamentos cobertos – você não deverá receber uma fatura pelos serviços ou medicamentos cobertos. Se receber uma fatura por cuidados médicos ou medicamentos, deve enviar-nos a mesma para que possamos pagá-la. Quando nos enviar a conta, iremos analisá-la e decidir se os serviços devem ser cobertos. Se decidirmos que devem ser cobertos, pagaremos diretamente ao prestador.

Se já tiver pago por um serviço ou material do Medicare coberto pelo plano, pode pedir ao nosso plano para o reembolsar (a devolução do pagamento é geralmente denominada **reembolso**). É um direito seu ser reembolsado pelo nosso plano sempre que tiver pago por serviços médicos ou medicamentos cobertos pelo nosso plano. Podem existir prazos que tem de cumprir para receber o reembolso. Consulte a Secção 2 deste capítulo. Quando nos enviar uma conta que já tenha pago, analisaremos a conta e decidiremos se os serviços ou medicamentos devem ser cobertos. Se decidirmos que devem ser cobertos, reembolsá-lo-emos pelos serviços ou medicamentos.

Pode também haver alturas em que recebe uma fatura de um prestador pelo custo total dos cuidados médicos que recebeu ou possivelmente pela partilha de custos, conforme discutido no documento. Envie-nos a conta em vez de a pagar. Analisaremos a fatura e decidiremos se os serviços devem ser cobertos. Se decidirmos que devem ser cobertos, pagaremos diretamente ao prestador. Se decidirmos não a pagar, notificaremos o prestador. Nunca deve pagar mais do que os montantes permitidos pelo plano. Os membros CCA Senior Care Options têm \$0 de montante de partilha de custos. Se este prestador for contratado, continua a ter direito ao tratamento.

Apresentamos exemplos de situações em que poderá ter de pedir ao nosso plano para lhe pagar de volta ou para pagar uma fatura que tenha recebido:

1. Quando recebe atendimento médico de emergência ou urgentemente necessário de um prestador que não faz parte dentro da rede do nosso plano

O membro pode receber serviços de emergência ou quaisquer serviços necessários com urgência de qualquer prestador, independentemente de o prestador ser parte ou não da nossa rede. Nestes casos, peça ao prestador para faturar ao plano.

- Se você mesmo pagar o valor total no momento em que recebe os cuidados, pode solicitar-nos o reembolso. Envie o formulário de reembolso CCA com comprovativo de pagamento.

Capítulo 6 – Solicitar que paguemos uma fatura que recebeu por serviços médicos ou medicamentos cobertos

- Pode receber uma fatura do prestador a solicitar um pagamento que lhe pareça não ser devido. Antes de pagar a conta, contacte o Serviço de Atendimento a Membros.
 - Iremos rever a fatura e se houver alguma dívida para com o prestador, pagaremos ao prestador diretamente.

2. Quando um prestador dentro da rede envia uma fatura que lhe parece que não deve pagar

Os prestadores dentro da rede devem sempre faturar diretamente ao plano. Mas por vezes cometem erros e pedem-lhe que pague pelos seus serviços.

- Sempre que receber uma conta de um prestador dentro da rede, envie-nos a conta. Entraremos em contacto diretamente com o prestador e resolveremos o problema de faturação.
- Se já pagou uma conta a um prestador dentro da rede, envie-nos a conta juntamente com a documentação relativa a qualquer pagamento que tenha feito. Deve pedir-nos um reembolso pelos seus serviços cobertos.

3. Se for inscrito retroativamente no nosso plano

Por vezes, a inscrição de uma pessoa no plano é retroativa. (Tal significa que o primeiro dia da sua inscrição já passou. a data de inscrição pode até ter ocorrido no ano anterior.)

Se se inscreveu retroativamente no nosso plano e pagou do próprio bolso por qualquer um dos seus serviços ou medicamentos após a sua data de inscrição, pode pedir-nos um reembolso. Terá de enviar a documentação, tal como recibos e faturas, para que possamos proceder ao reembolso.

4. Quando recorre a uma farmácia fora da rede para obter uma receita

Se recorrer a uma farmácia fora da rede, a farmácia pode não conseguir enviar o pedido diretamente para nós. Quando isto acontecer, terá de pagar o custo total da sua receita.

Envie o formulário de reembolso de prescrição do CCA com o comprovativo de pagamento. Lembre-se de que apenas cobrimos farmácias fora da rede em circunstâncias limitadas. Consulte o Capítulo 5, Secção 2.5 para uma discussão destas circunstâncias.

5. Quando paga o custo total de uma receita porque não tem o seu cartão de membro do plano consigo

Se não tiver o seu cartão de membro do plano consigo, pode pedir à farmácia para contactar o plano ou consultar as informações de inscrição no plano. No entanto, se a farmácia não conseguir obter as informações de inscrição de que precisa imediatamente, pode ser necessário você pagar o custo total da receita. Guarde o seu recibo e envie-nos

Capítulo 6 – Solicitar que paguemos uma fatura que recebeu por serviços médicos ou medicamentos cobertos

uma cópia quando nos pedir o reembolso. Envie o formulário de reembolso de prescrição do CCA com o comprovativo de pagamento.

6. Quando você paga o custo total de uma receita noutras situações

Pode ocorrer você pagar o custo total da receita porque descobre que o medicamento não está coberto por algum motivo.

- Por exemplo, o medicamento pode não constar na “Lista de Medicamentos Cobertos (Formulário)” do plano; ou pode ter um requisito ou restrição que você não conhecia ou que lhe parece que não deveria aplicar-se a si. Se decidir obter o medicamento imediatamente, pode ser necessário pagar o custo total do mesmo.
- Guarde o seu recibo e envie-nos uma cópia quando nos pedir o reembolso. Em algumas situações, podemos necessitar de obter mais informações do seu médico 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. O Capítulo 8 deste documento contém informações sobre como apresentar um recurso.

SECÇÃO 2 Como pedir-nos para o reembolsar ou pagar uma fatura que recebeu

Pode solicitar-nos o reembolso enviando-nos um pedido por escrito, juntamente com a sua fatura e documentação de qualquer pagamento que tenha feito. É uma boa ideia fazer uma cópia da sua fatura e recibos para guardar. **Terá de enviar-nos a sua reclamação dentro dos prazos indicados abaixo:**

- **Todos os pedidos de reembolso** têm de ser enviados no prazo de 12 meses a partir da data em que recebeu o serviço ou item.

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 para efetuar a sua solicitação 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,

Capítulo 6 – Solicitar que paguemos uma fatura que recebeu por serviços médicos ou medicamentos cobertos

um representante autorizado ou um médico licenciado. São necessárias as seguintes informações para processar o seu pedido:

- Nome e sobrenome
- Identificação de membro ou a sua data de nascimento
- O nome do prestador de serviços/fornecimento e o seu Número Identificador de Prestador (National Provider Identifier, NPI)
- Data(s) do serviço
- Código(s) CPT
- Código(s) de diagnóstico
- Deve incluir uma cópia do recibo e uma lista detalhada de serviços ou materiais. Os recibos têm de 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 têm de ser fáceis de ler. O CCA não irá satisfazer pedidos de reembolso para artigos comprados com vales-presente ou cartões-presente. O CCA não reembolsará cupões.
- Seria útil indicar o tipo de serviço:
 - Médico/saúde comportamental
 - Dentário
 - Equipamento/materiais
 - Serviços de emergência mundiais
 - Healthy Savings
 - Refeições entregues
 - Transporte
- Transfira uma cópia do formulário do nosso sítio Web (www.ccari.org/snp) ou telefone para o Serviço de Atendimento a Membros e peça o formulário.

Capítulo 6 – Solicitar que paguemos uma fatura que recebeu por serviços médicos ou medicamentos cobertos

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

O reembolso de receitas é diferente do reembolso de serviços médicos. O plano trabalha em parceria com o seu gestor de benefícios farmacêuticos (pharmacy benefit manager, PBM), a Navitus Health Solutions (Navitus), para fornecer reembolsos de receitas médicas da Parte D. **Terá de enviar a sua solicitação de reembolso para a Navitus no prazo de 12 meses a partir da data em que recebeu o medicamento.**

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 efetuar 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
 - Identificação de membro
 - 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

Capítulo 6 – Solicitar que paguemos uma fatura que recebeu por serviços médicos ou medicamentos cobertos

- 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
- NPI do prescritor
- Custo original do medicamento
- Montante do seguro primário pago pelo medicamento
- Montante pago pelo membro
- Transfira uma cópia do formulário de reembolso a partir do nosso sítio Web (www.ccama.org) ou contacte o Serviço de Atendimento a Membros e peça 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 Senior Care Options Manual Claims
 PO Box 1039
 Appleton, WI 54912-1039
 Fax: 1-855-668-8550

Reembolso relativo a visão

O reembolso de cuidados de visão de rotina é diferente do reembolso de serviços médicos de visão não rotineiros. O plano trabalha em parceria com o seu gestor de benefícios de visão, a VSP, para fornecer reembolsos de visão de rotina. Terá de nos enviar a sua reclamação para a VSP no prazo de 12 meses a contar da data em que recebeu o artigo ou o serviço.

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 efetuar a sua

Capítulo 6 – Solicitar que paguemos uma fatura que recebeu por serviços médicos ou medicamentos cobertos

solicitação de pagamento. Em algumas situações, podemos necessitar de obter mais informações do seu médico para o reembolsarmos.

- 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:
 - Data de nascimento do membro
 - Nome e sobrenome
 - Sexo
 - Endereço do membro
 - Últimos quatro dígitos do seu número de segurança social do membro
 - 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 têm de ser fáceis de ler. Não podemos satisfazer pedidos de reembolso para artigos comprados com vales-presente ou cartões-presente. Não reembolsaremos cupões.
 - Comprovativo de pagamento
- Transfira uma cópia do formulário do nosso sítio Web (www.ccama.org) ou telefone para o Serviço de Atendimento a Membros e peça o formulário.

Aceda a www.vsp.com para enviar o seu pedido ou envie o seu pedido de pagamento por correio juntamente com quaisquer faturas ou recibos pagos à VSP para este endereço:

Capítulo 6 – Solicitar que paguemos uma fatura que recebeu por serviços médicos ou medicamentos cobertos

VSP

PO Box 385018

Birmingham, AL 35238-5018

Reembolso de benefícios auditivos

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, a NationsHearing, para fornecer reembolsos de audição de rotina. **Terá de nos enviar a sua reclamação para NationsHearing no prazo de 12 meses a contar da data em que recebeu o artigo ou o serviço.**

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 para efetuar a sua solicitação 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 sobrenome
 - Identificação 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
 - Código(s) de diagnóstico
 - Terá de incluir uma cópia do recibo e uma lista detalhada de serviços ou materiais. Os recibos têm de mostrar:
 - Local e data de compra
 - Valor total pago

Capítulo 6 – Solicitar que paguemos uma fatura que recebeu por serviços médicos ou medicamentos cobertos

- 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 têm de ser fáceis de ler. O CCA não irá satisfazer pedidos de reembolso para artigos comprados com vales-presente ou cartões-presente. O CCA não reembolsará cupões.
- Transfira uma cópia do formulário do nosso sítio Web (www.ccama.org) ou telefone para o Serviço de Atendimento a Membros e peça o formulário.

Envie 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.

SECÇÃO 3 Consideraremos o seu pedido de pagamento e responderemos sim ou não

Secção 3.1	Verificamos se devemos cobrir o serviço ou medicamento
-------------------	---

Quando recebermos a sua solicitação de pagamento, avisaremos se precisarmos de alguma informação adicional. Caso contrário, consideraremos a sua solicitação e tomaremos uma decisão de cobertura.

- Se decidirmos que o atendimento médico ou medicamento é coberto e que cumpriu todas as regras, pagaremos pelo serviço. Se já tiver pago pelo serviço ou medicamento, enviaremos o seu reembolso pelo correio. Se ainda não pagou pelo serviço ou medicamento, enviaremos o pagamento por correio diretamente ao prestador.
- Se decidirmos que o atendimento médico ou medicamento **não** é coberto, ou se você **não** tiver seguido todas as regras, não pagaremos pelo atendimento ou medicamento. Enviaremos uma carta a explicar os motivos pelos quais não faremos o pagamento e os seus direitos de apresentar um recurso relativamente à decisão.

Capítulo 6 – Solicitar que paguemos uma fatura que recebeu por serviços médicos ou medicamentos cobertos

Secção 3.2	Se informarmos que não pagaremos pelos cuidados médicos ou medicamentos, pode apresentar um recurso
-------------------	--

Se lhe parecer que cometemos um erro ao recusar a sua solicitação de pagamento ou no que se refere ao valor que pretendemos pagar, pode apresentar um recurso. Se apresentar um recurso, significa que está a pedir-nos que alteremos a decisão que tomámos quando recusámos a sua solicitação de pagamento. O processo de recurso é um processo formal com procedimentos detalhados e prazos importantes. Para obter detalhes sobre como apresentar este recurso, consulte o Capítulo 8 deste documento.

CAPÍTULO 7:

Os seus direitos e responsabilidades

SECÇÃO 1 O nosso plano tem de respeitar os seus direitos e sensibilidades culturais como membro do plano

Secção 1.1	Somos obrigados a fornecer as informações de uma forma útil para si e consistente com as suas sensibilidades culturais (noutros idiomas além do inglês, em braille, em letras de grande dimensão ou noutros formatos alternativos, etc.)
-------------------	---

O seu plano tem de garantir que todos os serviços, tanto clínicos como não clínicos, são prestados de forma culturalmente competente e estão acessíveis para todos os inscritos, incluindo aqueles com proficiência limitada em inglês, competências de leitura limitadas, incapacidade auditiva ou aqueles com diversas origens culturais e étnicas. Exemplos de como um plano pode cumprir estes requisitos de acessibilidade incluem, entre outras possibilidades, prestação de serviços de tradução, serviços de intérprete, telétipos ou ligação TTY (telefone de texto ou telétipo).

O nosso plano dispõe de serviços de intérprete gratuitos para responder a perguntas. Você pode obter este documento e outros equipamentos impressos em espanhol ou noutros idiomas ou falar com alguém sobre estas informações noutros idiomas, gratuitamente. Podemos também facultar-lhe informações em braille, em letras grandes, ou noutros formatos alternativos, sem qualquer custo, se precisar delas. Somos obrigados a fornecer informações sobre os benefícios do plano num formato que lhe seja acessível e apropriado. Para obter as nossas informações de uma forma útil para si, telefone para o Serviço de Atendimento a Membros.

O nosso plano é necessário para proporcionar às mulheres inscritas a opção de acesso direto a um especialista em saúde feminina dentro da rede no que se refere serviços de cuidados de saúde preventivos e de rotina para mulheres.

Se não estiverem disponíveis prestadores dentro da rede do plano para uma especialidade, é responsabilidade do plano localizar prestadores de especialidade fora da rede que lhe prestarão os cuidados necessários. Se se encontrar numa situação em que não existem especialistas na rede do plano que cubram um serviço de que precisa, telefone para o plano para obter informações sobre onde obter este serviço.

Se tiver algum problema em obter informações do nosso plano num formato acessível e apropriado para si, telefone para apresentar uma reclamação junto do Serviço de Atendimento a Membros através do número 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. Também pode registar uma reclamação junto do Medicare telefonando para 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) ou diretamente para o Gabinete de Direitos Cíveis através do número 1-800-368-1019 ou TTY 1-800-537-7697.

Secção 1.2	Somos obrigados a garantir que seja tratado com respeito e com reconhecimento pela sua dignidade e pelo seu direito à privacidade
-------------------	--

- O nosso plano tem de obedecer às leis que o protegem de discriminação ou tratamento injusto. **Não discriminamos** com base na condição médica de uma pessoa, estado de saúde, recebimento de serviços de saúde, experiência de reclamações, historial médico, incapacidade (incluindo incapacidade comportamental), estado civil, idade, sexo (incluindo estereótipos sexuais e identidade de género), orientação sexual, nacionalidade, raça, cor, religião, credo, assistência pública ou local de residência.
- Se quiser mais informações ou tiver dúvidas sobre discriminação ou tratamento injusto, telefone para o U.S. Department of Health and Human Services (Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos Estados Unidos) – **Office for Civil Rights (Escritório de Direitos Civis)** através do 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) ou para o seu escritório de direitos civis local.
- Se tiver deficiência e precisar de ajuda no acesso a cuidados, telefone para o Serviço de Atendimento a Membros. Se tiver uma reclamação a apresentar – por exemplo, um problema de acesso para cadeiras de rodas – o Serviço de Atendimento a Membros pode ajudar.
- Para obter mais informações sobre como protegemos o seu direito à privacidade, consulte a Secção 1.4.

Secção 1.3	Somos obrigados a garantir que obtém acesso atempado aos seus serviços e medicamentos cobertos
-------------------	---

Tem o direito de escolher um prestador de cuidados primários (PCP) dentro da rede do plano para fornecer e providenciar os seus serviços cobertos. Não requeremos que obtenha referências para recorrer a prestadores dentro da rede.

Tem o direito de obter marcações e serviços cobertos dentro da rede de prestadores do plano *dentro de um período razoável*. Tal inclui o direito de obter serviços atempados de especialistas quando precisar destes cuidados. Também tem o direito a que as suas receitas sejam aviadas ou lhe sejam aviadas após a primeira vez em qualquer uma das farmácias da nossa rede sem atrasos significativos.

Todos os atendimentos urgentes e consultas sintomáticas ou domiciliare são disponíveis para si no prazo de 48 horas. Todas as consultas não sintomáticas em consultório estarão disponíveis para si depois de decorridos 14 dias de calendário.

Se lhe parecer que não está a receber atendimento médico ou medicamentos da Parte D num prazo razoável, o Capítulo 8 informa o que pode fazer.

Secção 1.4	Somos obrigados a proteger a privacidade das suas informações pessoais de saúde
-------------------	--

As leis federais e estaduais protegem a privacidade dos seus registos médicos e informações pessoais de saúde. Protegemos as suas informações pessoais de saúde conforme exigido por tais leis.

- As suas informações pessoais de saúde incluem as **informações pessoais** que nos forneceu quando se inscreveu neste plano, bem como os seus registos médicos e outras informações médicas e de saúde.
- Tem direitos relacionados com a sua informação e com o controlo de como as suas informações de saúde são usadas. Fornecemos um aviso por escrito, denominado *Aviso de Prática de Privacidade*, que trata destes direitos e explica como protegemos a privacidade das suas informações de saúde.

Como protegemos a privacidade das suas informações de saúde?

- Garantimos que pessoas não autorizadas não vejam ou alterem os seus registos.
- Exceto nas circunstâncias indicadas abaixo, se pretendermos fornecer as suas informações de saúde a alguém que não esteja a prestar os seus cuidados ou a pagar os seus cuidados, *Somos obrigados a obter permissão por escrito de si ou de alguém a quem tenha dado poder legal para tomar decisões por si primeiro.*
- Existem certas exceções que não exigem que obtenhamos a sua permissão por escrito primeiro. Estas exceções são permitidas ou exigidas por lei.
 - Somos obrigados a divulgar informações de saúde a agências governamentais que estejam a verificar a qualidade do atendimento.
 - Como é um membro do nosso plano através do Medicare, somos obrigados a fornecer informações sobre a sua saúde ao Medicare, incluindo informações sobre os seus medicamentos sujeitos a receita médica da Parte D. Se o Medicare divulgar as suas informações para investigação ou outros usos, tal será feito de acordo com os estatutos e regulamentos federais; normalmente, isto exige que informações que o identificam de forma única não sejam partilhadas.

O membro pode ver as informações nos seus registos e saber como foram partilhadas com outras pessoas.

Você tem o direito de consultar os seus registos médicos conservados pelo plano e de obter uma cópia dos seus registos. Você também tem o direito de nos solicitar que façamos acréscimos ou correções aos seus registos médicos. Se nos pedir para fazermos isso,

Capítulo 7 – Os seus direitos e responsabilidades

coordenar-nos-emos com o seu prestador de serviços de saúde para decidir se as alterações devem ser feitas.

Você tem o direito de saber como as suas informações de saúde foram partilhadas com outras pessoas para fins que não sejam de rotina.

Se tiver dúvidas ou preocupações sobre a privacidade das suas informações pessoais de saúde, telefone para o Serviço de Atendimento a Membros.

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 de fazer com que as alterações entrem em vigor relativamente a todas as informações médicas que conservamos. Se fizermos uma alteração material ao Aviso, (i) publicaremos o Aviso atualizado no nosso sítio Web; (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 Membros do Nosso Plano de Saúde informações sobre o Aviso atualizado e sobre como obter o Aviso atualizado (ou uma cópia do Aviso) na próxima correspondência anual aos Membros. 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 quiser 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)

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 **“Os Nossos Planos de Saúde”** – empresas que fornecem ou pagam benefícios Medicare Advantage, benefícios MassHealth (Medicaid) ou outros benefícios de cuidados de saúde, como uma seguradora de saúde ou organização de manutenção de saúde (Health maintenance organization, 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 explicará essas diferenças descrevendo como tratamos as Informações Médicas relativas a um **Membro de um Plano de Saúde** de forma diferente das Informações Médicas relativas a 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 à Commonwealth Care Alliance, Inc. e às respetivas subsidiárias (CCA) para fins de fornecimento 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 da nossa prestação de serviços. Quando interage connosco através dos nossos serviços, podemos recolher Informações Médicas e outras informações suas, conforme descrito abaixo.

As Informações Médicas podem incluir informações pessoais, mas são todas consideradas Informações Médicas quando as fornece através dos serviços 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, por exemplo (entre outras possibilidades), 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 com a utilização pela nossa parte 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 os quais a CCA interage empresarialmente.

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 realizar a nossa atividade empresarial 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, os nossos 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: Vai receber alta de um hospital. A nossa enfermeira pode divulgar as suas Informações Médicas a uma agência de saúde ao domicílio para garantir que você 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 Informações Médicas à Medicare ou MassHealth (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 empresariais 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 e o desempenho dos profissionais de saúde que tratam de si.
- Cooperar com outras organizações que avaliam a qualidade de 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 de colaboração em vigor que visa melhorar a saúde e reduzir os custos. Podemos celebrar acordos semelhantes com outros prestadores de cuidados de saúde e planos de saúde. Podemos trocar as suas Informações Médicas com outras partes desses acordos para tratamento, pagamento e operações de cuidados de saúde relacionadas com as atividades conjuntas destes “acordos de cuidados de saúde organizados.”

Pessoas que participam nos seus cuidados: Podemos divulgar as suas Informações Médicas a um familiar, amigo próximo ou qualquer outra pessoa que você identificar como participante 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 essas pessoas se não estiver disponível para concordar e determinarmos que fazê-lo é do seu melhor interesse. Numa emergência, podemos utilizar ou divulgar as suas Informações Médicas a um familiar, a outra pessoa que participa nos seus cuidados ou possivelmente a 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:

- Divulgaremos Informações Médicas em resposta a uma ordem judicial ou em resposta a uma intimação oficial.

- Podemos utilizar ou divulgar as Informações Médicas para auxiliar a retirada de um produto ou para relatar reações adversas a medicamentos.
- Divulgaremos 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 MassHealth (Medicaid)).
- Divulgaremos 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, por exemplo, o pai ou tutor de uma criança, uma pessoa com uma procuração para cuidados de saúde ou um tutor de um indivíduo com incapacidade nomeado por um tribunal.

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 de um 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 leis de indemnização de trabalhadores ou em conformidade com leis de indemnização de trabalhadores.

Organizações de pesquisa: Podemos utilizar ou divulgar as suas Informações Médicas para investigação que satisfaça determinadas condições em termos de 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 empresariais: Contratamos fornecedores para executar funções em nosso nome. Permitimos que estes “**parceiros empresariais**” recolham, utilizem ou divulguem Informações Médicas em nosso nome para desempenhar tais funções. Obrigamos contratualmente os nossos parceiros empresariais (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.

SECÇÃO 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 fins das 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, tem de 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 venderá 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.

SECÇÃO 5: Você tem direitos no que se refere às suas Informações Médicas

O membro 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 membro 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 membro 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. Terá de enviar-nos um pedido por escrito para este acesso. Poderemos cobrar-lhe uma taxa 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 recusar-lhe por escrito o mais tardar 30 dias de calendário após o pedido (ou não mais de 60 dias de calendário se o notificarmos de uma extensão).

Direito a pedir que as Informações Médicas sejam alteradas: Se acreditar que dispomos Informações Médicas que são imprecisas ou incompletas, tem o direito de solicitar que alteremos, corrijamos ou adicionemos as suas Informações Médicas. O seu pedido tem de ser feito por escrito e incluir uma explicação do motivo pelo qual as nossas informações necessitam de ser alteradas. Se concordarmos, alteraremos as suas informações. Se não concordarmos, forneceremos uma explicação juntamente 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 relativas a tratamento, pagamento e operações de cuidados de saúde, divulgações feitas há mais de seis anos ou determinadas outras divulgações. Forneceremos um relatório por ano gratuitamente, mas poderemos cobrar uma taxa razoável baseada no custo, caso solicite outro no relatório prazo de 12 meses. Você tem de fazer um pedido de relatório de divulgação por escrito.

Direito de solicitar restrições de uso e divulgações: Você tem o direito de solicitar que limitemos a forma como utilizamos e divulgamos as suas Informações Médicas (i) relativas a 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, cumprimos 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 de restrição da divulgação de Informações Médicas se (i) as divulgações forem para fins de 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 (excetuando-se Os Nossos Planos de Saúde) tenha pago na íntegra.

Direito de solicitar um método alternativo de contacto: O membro 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 profissional, em vez de para o seu endereço residencial ou por e-mail. Os Nossos Prestadores de Cuidados de Saúde concordarão com qualquer pedido razoável relativamente a métodos alternativos de contacto.

SECÇÃO 6: O membro pode registar uma reclamação sobre 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 do Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos EUA.

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** apresentadas 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 membro recebe nos Sistemas de Informação de Imunização do Massachusetts (Massachusetts Immunization Information Systems, MIIS). Os MIIS são um sistema estadual de controlo dos registos de vacinação que é administrado pelo Departamento de Saúde Pública do Massachusetts (Massachusetts Department of Public Health, 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

Secção 1.5	Somos obrigados a fornecer-lhe informações sobre o plano, a sua rede de prestadores e os seus serviços cobertos
-------------------	--

Como um membro do CCA Senior Care Options, tem o direito de obter vários tipos de informações através de nós.

Se pretender obter algum dos seguintes tipos de informações, telefone para o Serviço de Atendimento a Membros:

- **Informações sobre o nosso plano.** Tal inclui, por exemplo, informações sobre a condição financeira do plano.
- **Informações sobre os nossos prestadores e farmácias da nossa rede.** O membro tem o direito de obter informações sobre as qualificações dos prestadores e farmácias da nossa rede e como pagamos aos prestadores da nossa rede.
- **Informação sobre os seus serviços abrangidos e as regras que tem de cumprir quando utiliza a sua cobertura.** Os Capítulos 3 e 4 fornecem informações sobre serviços médicos. O Capítulo 5 fornece informações sobre a cobertura de medicamentos sujeitos a receita médica da Parte D.
- **Informação sobre os motivos pelos quais algo não está coberto e o que pode fazer em relação a isso.** O Capítulo 8 fornece informações sobre como solicitar uma explicação por escrito sobre o motivo pelo qual um serviço médico ou medicamento da Parte D não está coberto ou se a sua cobertura está restrita. O Capítulo 8 também fornece informações sobre como pedir-nos para alterar uma decisão, também chamada recurso.

Secção 1.6	Somos obrigados a apoiar o seu direito de participar, com os profissionais e os prestadores, na tomada de decisões sobre o seu tratamento
-------------------	--

- **Você tem o direito de conhecer as suas opções de tratamento e de participar nas decisões sobre os seus cuidados de saúde.**
- Ao receber os serviços, tem o direito de obter informações completas dos seus médicos e outros prestadores de cuidados de saúde. Os seus prestadores têm de explicar a sua condição médica e as suas opções de tratamento *de uma forma que você possa entender*.
- Você também tem o direito de participar plenamente nas decisões sobre os seus cuidados de saúde. Para ajudá-lo a tomar decisões com os seus prestadores de cuidados de saúde sobre que tratamento é melhor para si, os seus direitos incluem o seguinte:
 - **Conhecer todas as suas escolhas.** Tem o direito de discutir as opções de tratamento apropriadas ou medicamente necessárias que são recomendadas para a sua condição, independentemente do custo ou de estarem ou não cobertas pelo nosso plano. Também inclui ser informado sobre os programas que o nosso plano oferece para ajudar os membros a administrarem os seus medicamentos e a usarem medicamentos com segurança.
 - **Conhecer os riscos.** Você tem o direito de ser informado sobre quaisquer riscos envolvidos nos seus cuidados. Tem de ser informado com antecedência caso algum cuidado ou tratamento médico proposto fizer parte de uma experiência de investigação. Tem sempre a opção de recusar qualquer tratamento experimental.
 - **Direito de dizer “não.”** Você tem o direito de recusar qualquer tratamento recomendado. 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 parar de tomar os seus medicamentos. Evidentemente, se recusar o tratamento ou parar de tomar a medicação, assume total responsabilidade pelo que acontecer ao seu corpo em resultado disso.
 - **Não sujeição a qualquer forma de restrição.** Tem o direito de não ser sujeito a restrições ou isolamento usados como meio de coerção, disciplina, conveniência ou retaliação.

Tem o direito de disponibilizar instruções sobre o que deve ser feito se não for capaz de tomar decisões médicas por si mesmo

Por vezes, as pessoas tornam-se incapazes de tomar decisões sobre saúde por si mesmas devido a acidentes ou doenças graves. Tem o direito de afirmar o que quer que aconteça se se encontrar nesta situação. Tal significa que se, *quiser*, pode:

- Preencher um formulário escrito para entregar **a alguém com a autoridade legal para tomar decisões médicas por si** caso fique incapacitado de tomar decisões por si.
- **Dar aos seus médicos instruções por escrito** sobre como quer que lidem com os seus cuidados de saúde caso se torne incapaz de tomar decisões por si mesmo.

Os documentos legais que pode usar para disponibilizar as suas instruções com antecedência nestas situações são denominados “ **diretivas antecipadas**. Existem diferentes tipos de diretivas antecipadas e diferentes nomes para as mesmas. Documentos como o **testamento vital** e a **procuração de cuidados de saúde** são exemplos de diretivas antecipadas.

Se quiser usar uma diretiva antecipada para entregar suas instruções, aqui está o que fazer:

- **Obtenha o formulário.** Pode contactar o Serviço de Atendimento a Membros para solicitar um formulário que seja fornecido pela Honoring Choices Massachusetts. Também pode transferir uma cópia do formulário a partir do sítio Web da Honoring Choices Massachusetts (www.honoringchoicesmass.com).
- **Preencha e assine.** Independentemente de onde obteve este formulário, lembre-se de que é um documento legal.
- **Entregue cópias às pessoas apropriadas.** Uma cópia da sua procuração médica é tão válida como a original. Deve entregar uma cópia do formulário ao seu prestador de cuidados de saúde e aos seus agentes de cuidados de saúde. Pode querer facultar cópias a amigos próximos ou familiares. Guarde uma cópia em casa.

Se souber com antecedência que será hospitalizado e tiver assinado uma procuração de assistência médica, **leve uma cópia consigo 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 dispõe de formulários e ser-lhe-á perguntado se pretende assinar um desses formulários.

Lembre-se que é uma escolha sua preencher uma diretiva antecipada (incluindo assinar tal documento se estiver no hospital). Nos termos da lei, ninguém pode privá-lo de cuidados ou discriminá-lo com base no fato de ter ou não assinado uma diretiva antecipada.

E se as suas instruções não forem seguidas?

Se assinou uma procuração de saúde e os seus desejos não foram seguidos, pode registar uma reclamação junto do Massachusetts Department of Public Health, Division of Healthcare Quality's Complaint Unit (Departamento de Saúde Pública do Massachusetts, Unidade de Reclamações da Divisão de Qualidade em Saúde), telefonando para 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 número 781-876-8200.

Secção 1.7	Você tem o direito de apresentar reclamações ou recursos sobre a organização ou os cuidados que oferece.
-------------------	---

- Se tiver quaisquer problemas, preocupações ou reclamações e precisar de solicitar cobertura ou apresentar um recurso, o Capítulo 8 deste documento informa o que pode fazer. Faça o que fizer – quer peça uma decisão de cobertura, apresente um recurso ou faça uma reclamação – **somos obrigados a tratá-lo de forma justa.**
- Pode apresentar um recurso interno diretamente ao nosso plano. O Capítulo 8 desta brochura informa-o do que tem de fazer para apresentar um recurso diretamente ao plano. Também pode apresentar um recurso interno por meio da Administração da Segurança Social ou do Railroad Retirement Board, que encaminhará o recurso ao nosso plano. Para obter detalhes sobre como entrar em contacto com a Administração da Segurança Social e o Railroad Retirement Board, consulte o Capítulo 2 desta brochura.

Secção 1.8	Você tem o direito de fazer recomendações sobre a nossa política de direitos e responsabilidades dos membros
-------------------	---

Se tiver alguma recomendação a fazer sobre a nossa política de direitos e responsabilidades dos membros, pode partilhar a sua sugestão telefonando para o Serviço de Atendimento a Membros.

Secção 1.9	O que pode fazer se lhe parecer que está a ser tratado injustamente ou que os seus direitos não estão a ser respeitados?
-------------------	---

Se a questão for sobre discriminação, telefone para o Office for Civil Rights (Gabinete de Direitos Cívicos)

Se lhe parece que foi tratado injustamente ou que os seus direitos não foram respeitados devido à sua raça, incapacidade, religião, sexo, saúde, etnia, credo (crenças), idade, orientação sexual ou nacionalidade, deve telefonar para os Department of Health and Human Services (Serviços do Departamento de Saúde e Recursos Humanos) do **Office for Civil Rights**

(Gabinete de Direitos Civis) através do número 1-800-368-1019 ou TTY 1-800-537-7697 ou telefonar para o escritório de direitos civis local.

Trata-se de outro tipo de questão?

Se acredita ter sido tratado injustamente ou que os seus direitos não foram respeitados **e não** se trata de discriminação, pode obter ajuda para lidar com o problema que está a ter:

- Pode telefonar **para o Serviço de Atendimento a Membros**.
- Pode telefonar **para o SHIP**. Para obter mais informações, consulte o Capítulo 2, Secção 3.
- Também **pode telefonar para o Medicare** através do número 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas por dia, 7 dias por semana (TTY 1-877-486-2048).
 - Pode **telefonar para o MassHealth (Medicaid)** através do número 1-800-841-2900, de segunda a sexta, das 8 a.m. às 5 p.m. Os utilizadores de TTY devem telefonar para: 1-800-497-4648.
 - Também pode **obter ajuda junto de My Ombudsman (Provedor de Justiça)** telefonando para 1-855-781-9898 (ou usando MassRelay em 711 para telefonar para 1-855-781-9898, Videofone (VP) 339-224-6831) ou enviando um e-mail para info@myombudsman.org.

Secção 1.10	Como obter mais informações sobre os seus direitos
--------------------	---

Existem vários locais onde pode obter mais informações sobre os seus direitos:

- Pode telefonar **para o Serviço de Atendimento a Membros**.
- Pode telefonar **para o SHIP**. Para obter mais informações, consulte o Capítulo 2, Secção 3.
- Pode **contactar o Medicare**.
 - Pode consultar o sítio Web do Medicare para ler ou transferir a publicação “Medicare Rights & Protections” (Direitos e Proteções do Medicare) (A publicação está disponível em: www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf.)
 - Também pode telefonar para o número 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas por dia, 7 dias por semana (TTY 1-877-486-2048).

SECÇÃO 2 Você tem algumas responsabilidades como membro do plano

O que tem de fazer como membro do plano está indicado abaixo. Se tiver alguma dúvida, telefone para o Serviço de Atendimento a Membros.

- **Familiarize-se com os seus serviços cobertos e as regras que tem de cumprir para obter esses serviços cobertos.** Utilize esta Prova de Cobertura para saber o que está coberto para si e que regras tem de cumprir para obter os serviços cobertos.
 - Os Capítulos 3 e 4 fornecem os detalhes sobre os seus serviços médicos.
 - O Capítulo 5 fornece os detalhes sobre a sua cobertura relativamente a medicamentos sujeitos a receita médica da Parte D.
- **Se tiver qualquer outra cobertura de seguro de saúde ou cobertura de medicamentos sujeitos a receita médica além do nosso plano, tem de informar-nos.** Contacte o Serviço de Atendimento a Membros para nos informar.
- **Informe o seu médico e outros profissionais de saúde que está inscrito no nosso plano.** Mostre o seu cartão de identificação de membro do plano sempre que receber os seus cuidados médicos ou receitas para medicamentos sujeitos a receita médica da Parte D.
- **Ajude os seus médicos e outros prestadores a ajudá-lo, facultando-lhes informações, fazendo perguntas e acompanhando os seus cuidados.**
 - Para ajudar a obter os melhores cuidados, informe os seus médicos e outros prestadores de cuidados de saúde sobre os seus problemas de saúde. Cumpra os planos de tratamento acordados mutuamente e as instruções acordadas entre si e os seus prestadores de cuidados de saúde.
 - Certifique-se de que os seus prestadores de cuidados de saúde estão a par de todos os medicamentos que está a tomar, incluindo medicamentos não sujeitos a receita médica, vitaminas e suplementos.
 - Se tiver alguma dúvida, certifique-se de que faz perguntas e que obtém respostas que consegue compreender.
- **Seja atencioso.** Esperamos que todos os nossos membros respeitem os direitos dos outros doentes. Também esperamos que você aja de forma a ajudar ao bom funcionamento do consultório médico, de hospitais e de outras instalações.
- **Pague o que deve.** Como membro do plano, você é responsável pelos seguintes pagamentos:

Capítulo 7 – Os seus direitos e responsabilidades

- Tem de continuar a pagar os seus prémios Medicare para continuar a ser membro deste plano.
- Para ser elegível para o nosso plano, tem de ter o Medicare Parte a e o Medicare Parte B. À maioria dos membros do CCA Senior Care Options, o MassHealth (Medicaid) paga pelo prémio da Parte A (se não se qualificar automaticamente) e pelo prémio da Parte B. Se o MassHealth (Medicaid) não estiver a pagar os seus prémios do Medicare, tem de continuar a pagar os seus prémios Medicare para permanecer membro do plano.
- Se receber quaisquer serviços médicos ou medicamentos que não estejam cobertos pelo nosso plano, terá de pagar o custo total respetivo.
- **Caso mude de residência *para dentro* da nossa área de serviço, necessitamos também ficar a par disso** para que possamos manter o seu registo de membro atualizado (registo de inscritos atualizado) e saber como entrar em contacto consigo.
- **Caso mude de residência *para fora* da área de serviço do nosso plano, não poderá permanecer membro do nosso plano.**
- Caso mude de residência, também é importante avisar a Segurança Social (ou o Railroad Retirement Board).
- **Sensibilização para a recuperação de bens:** A MassHealth é obrigada por lei federal a recuperar dinheiro a partir dos bens de determinados membros da MassHealth com idade igual ou superior a 55 anos ou que tenham qualquer idade e estejam a receber cuidados continuados num lar de idosos com acompanhamento médico ou outra instituição médica. Para obter mais informações sobre a recuperação de bens pelo MassHealth, aceda a www.mass.gov/estaterecovery.

CAPÍTULO 8:

O que fazer se tiver um problema ou uma reclamação (decisões de cobertura, recursos e reclamações)

SECÇÃO 1 Introdução

Secção 1.1 O que efetuar se tiver um problema ou preocupação
--

Este capítulo explica os processos para lidar com problemas e preocupações. O processo que segue para lidar com o seu problema depende do tipo de problema que estiver a ter:

- Para alguns problemas, é necessário que siga o **processo de decisões de cobertura e recursos**.
- Para outros de problemas, tem de seguir o **processo para apresentar reclamações**; também denominadas queixas.

Cada processo tem um conjunto de regras, procedimentos e prazos que têm de ser seguidos por nós e por si.

A **Secção 3** ajudá-lo-á a identificar o processo correto a ser utilizado e o que deverá fazer.

Secção 1.2 E quanto aos termos legais?
--

Existem termos jurídicos relativos a algumas das regras, procedimentos e tipos de prazos explicados neste capítulo. Muitos destes termos não são familiares para a maioria das pessoas e podem ser difíceis de entender. Para facilitar as coisas, este capítulo:

- Utiliza palavras mais simples em vez de determinados termos legais. Por exemplo, este capítulo diz geralmente apresentar uma reclamação em vez de registar uma reclamação, decisão de cobertura em vez de determinação da organização integrada ou determinação de cobertura ou determinação em risco e organização revisora independente em vez de entidade de revisão independente.
- Também usa o mínimo possível de abreviaturas.

No entanto, pode ser útil – e por vezes muito importante – conhecer os termos legais corretos. Saber que termos utilizar ajudá-lo-á a comunicar com mais precisão para obter a ajuda ou as informações adequadas à sua situação. Para o ajudar a saber que termos usar, incluímos termos legais quando fornecemos os detalhes para lidar com tipos específicos de situações.

SECÇÃO 2 Onde obter mais informações e assistência personalizada

Estamos sempre disponíveis para o ajudar. Mesmo que tenha uma reclamação sobre o nosso tratamento, somos obrigados a satisfazer o seu direito de reclamar. Portanto, deverá contactar sempre o Serviço de Atendimento a Membros para obter ajuda. Mas, em algumas situações, também pode querer ajuda ou orientação de alguém que não esteja ligado a nós. Abaixo indicamos duas entidades que podem ajudá-lo.

Programa Estadual de Assistência ao Seguro de Saúde (State Health Insurance Assistance Program, SHIP)

Cada estado tem um programa governamental com conselheiros formados. O programa não está vinculado a nós ou a nenhuma seguradora ou plano de saúde. Os conselheiros deste programa podem ajudá-lo a entender que processo deve usar para lidar com um problema que esteja a ter. Também podem responder às suas perguntas, fornecer mais informações e oferecer orientação sobre o que fazer.

Os serviços dos conselheiros do SHIP são gratuitos. Encontrará os números de telefone e URL dos sítios Web no Capítulo 2, Secção 3 deste documento.

Medicare

Também poderá contactar o Medicare para obter ajuda. Como contactar o Medicare:

- Pode telefonar para 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.
- Pode também aceder ao sítio Web da Medicare (www.medicare.gov).

Pode obter ajuda e informações do MassHealth (Medicaid)

Para obter mais informações e ajuda para lidar com um problema, também pode entrar em contacto com o MassHealth (Medicaid). Seguem-se duas maneiras de obter informações diretamente do MassHealth (Medicaid):

- Pode telefonar para o número 1-800-841-2900, de segunda a sexta, das 8 a.m. às 5 p.m. Os utilizadores de TTY devem telefonar para: 1-800-497-4648.
- Pode aceder ao sítio Web do MassHealth (Medicaid) (www.mass.gov/mass.health).

Pode obter ajuda e informações junto do My Ombudsman (Provedor de Justiça)

Para obter mais informações e ajuda no tratamento de um problema, também pode entrar em contacto com o My Ombudsman. Aqui estão três formas de obter informações diretamente do My Ombudsman:

- Pode telefonar para o número 1-855-781-9898, os utilizadores de TTY devem utilizar o 711 do MassRelay para telefonar para o 1-855-781-9898 ou usar o videofone (VP) 339-224-6831
- Pode aceder ao sítio Web do My Ombudsman (www.myombudsman.org).
- Também pode enviar um email para o My Ombudsman em info@myombudsman.org

SECÇÃO 3 Compreender as reclamações e recursos relativos ao Medicare e ao MassHealth (Medicaid) no nosso plano

Você tem o Medicare e obtém assistência do MassHealth (Medicaid). As informações neste capítulo aplicam-se a **todos** os benefícios do Medicare e do MassHealth (Medicaid). Tal por vezes é denominado “processo integrado” porque combina ou integra os processos do Medicare e do MassHealth (Medicaid).

Por vezes, os processos do Medicare e do MassHealth (Medicaid) não são combinados. Nestas situações, você segue um processo do Medicare para um benefício coberto pelo Medicare e um processo do MassHealth (Medicaid) para um benefício coberto pelo MassHealth (Medicaid). Estas situações são explicadas na **Secção 6.4** deste capítulo, *Passo a passo: Como é efetuado um recurso de Nível 2*.

PROBLEMAS RELATIVOS AOS SEUS BENEFÍCIOS

SECÇÃO 4 Decisões de cobertura e recursos

Se tiver um problema ou preocupação, basta ler as partes deste capítulo que se aplicam à sua situação. As informações abaixo ajudá-lo-ão a encontrar a secção certa deste capítulo sobre problemas ou reclamações relativamente a **benefícios cobertos pelo Medicare ou MassHealth (Medicaid)**.

O seu problema ou preocupação é sobre os seus benefícios ou a sua cobertura?

Tal inclui problemas sobre se cuidados médicos (itens médicos, serviços e/ou medicamentos sujeitos a receita médica da Parte B) estão cobertos ou não e problemas relacionados com o pagamento de cuidados médicos.

Sim.

Consulte a próxima secção deste capítulo, a **Secção 5, “Um guia das noções básicas de decisões e recursos relativamente a cobertura”**.

Não.

Consulte a **Secção 11** no fim deste capítulo, **“Como apresentar uma reclamação sobre a qualidade do atendimento, tempos de espera, atendimento ao cliente ou outras questões”**.

SECÇÃO 5 Guia de noções básicas sobre decisões de cobertura e recursos

Secção 5.1	Solicitar decisões de cobertura e recursos: panorama geral
-------------------	---

As decisões de cobertura e recursos tratam de problemas relacionados com os seus benefícios e cobertura para os cuidados médicos (serviços, itens e medicamentos sujeitos a receita médica da Parte B, incluindo pagamento). Para simplificar, geralmente referimo-nos a itens médicos, serviços e medicamentos sujeitos a receita médica do Medicare Parte B como **cuidados médicos**. Você utiliza a processo de decisão de cobertura e de recurso para, por exemplo, saber se algo está coberto ou não e a maneira como algo está coberto.

Pedir decisões de cobertura antes de receber serviços

Uma decisão de cobertura é uma decisão que tomamos sobre os seus benefícios e cobertura ou sobre o valor que pagaremos pelos seus cuidados médicos. Por exemplo, se o seu médico dentro da rede do plano o encaminhar para um especialista médico fora da rede, este encaminhamento é considerado uma decisão de cobertura favorável, a menos que o seu médico dentro da rede possa mostrar que você recebe um aviso de recusa padrão deste especialista médico ou a Prova de Cobertura deixe claro que o referido serviço nunca está coberto sob qualquer condição. O membro ou seu prestador de cuidados médicos também

podem entrar em contacto connosco e solicitar uma decisão de cobertura se o seu prestador de cuidados não tiver a certeza se cobriremos um serviço médico específico ou caso se recuse a fornecer os cuidados médicos que você acha que precisa. Por outras palavras, se quiser saber se cobriremos um serviço médico antes de o receber, poderá pedir-nos para tomarmos uma decisão de cobertura para si. Em circunstâncias limitadas, uma solicitação de decisão de cobertura será recusada imediatamente, o que significa que não analisaremos a solicitação. Tal acontece, por exemplo, se a solicitação estiver incompleta, se alguém fizer a solicitação em seu nome mas não estiver legalmente autorizado a fazê-lo ou se você pedir que a sua solicitação seja retirada. Se rejeitarmos imediatamente um pedido de decisão de cobertura, enviaremos um aviso a explicar porque tal ocorreu e como solicitar uma revisão da rejeição.

Em alguns casos, podemos decidir que um serviço ou medicamento não está coberto ou já não está coberto pelo Medicare ou pelo MassHealth (Medicaid) no seu caso. Se discordar desta decisão de cobertura, poderá apresentar um recurso.

Apresentar um recurso

Se tomarmos uma decisão de cobertura, seja antes ou depois de um serviço ser recebido, e não estiver satisfeito, pode **recorrer** da decisão. Um recurso é um modo formal de nos solicitar que revejamos e alteremos uma decisão de cobertura que tomamos. Em determinadas circunstâncias, que discutiremos posteriormente, pode solicitar um **recurso rápido** ou acelerado de uma decisão de cobertura. O seu recurso é tratado por revisores diferentes daqueles que tomaram a decisão original.

Quando recorre de uma decisão pela primeira vez, o processo chama-se recurso de Nível 1. Neste recurso, revemos a decisão de cobertura que tomámos para verificar se cumprimos as regras corretamente. Quando tivermos concluído a revisão, comunicar-lhe-emos a nossa decisão.

Em circunstâncias limitadas, uma solicitação de recurso de Nível 1 será recusada, o que significa que não analisaremos o pedido. Tal acontece, por exemplo, se a solicitação estiver incompleta, se alguém fizer a solicitação em seu nome mas não estiver legalmente autorizado a fazê-lo ou se você solicitar que a sua solicitação seja retirada. Se rejeitarmos imediatamente um recurso de Nível 1, enviaremos um aviso a explicar porque tal ocorreu e como solicitar uma revisão da rejeição.

Se respondermos negativamente a todo ou a parte do seu recurso de Nível 1 relativo a cuidados médicos, o seu recurso passará automaticamente para um recurso de Nível 2 realizado por uma organização revisora independente que não está ligada a nós.

Capítulo 8 – O que fazer se tiver um problema ou uma reclamação (decisões de cobertura, recursos e reclamações)

- Não necessita de fazer nada para iniciar um recurso de Nível 2. As regras da Medicare exigem que enviemos automaticamente o seu recurso de cuidados médicos para o Nível 2 se não concordarmos totalmente com o seu recurso de Nível 1.
- Consulte a **Secção 6.4** deste capítulo para obter mais informações sobre recursos de Nível 2.
- No que se refere a recursos de medicamentos da Parte D, se recusarmos a totalidade ou parte do seu recurso, terá de solicitar um recurso de Nível 2. Os recursos da Parte D são discutidos mais detalhadamente na Secção 7 deste capítulo.

Se não estiver satisfeito com a decisão do recurso de Nível 2, poderá continuar através de níveis adicionais de recurso (a Secção 10 deste capítulo explica os processos de recurso de Nível 3, 4 e 5).

Secção 5.2	Como obter ajuda ao solicitar uma decisão de cobertura ou ao apresentar um recurso
-------------------	---

Seguem-se os recursos se decidir solicitar qualquer tipo de decisão de cobertura ou recorrer de uma decisão:

- Pode telefonar-nos **para o Serviço de Atendimento a Membros**.
- Pode **obter assistência gratuita** do Massachusetts Health Insurance Assistance Program.
- **O seu médico ou outro profissional de saúde pode fazer uma solicitação por si.** Se o seu prestador de cuidados de saúde ajudar com um recurso que ultrapasse o Nível 2, terá de ser nomeado como seu representante. Telefone para o Serviço de Atendimento a Membros e solicite o formulário “Nomeação de Representante”. (o formulário também está disponível no sítio Web da Medicare em www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf ou no nosso sítio Web em www.ccama.org.)
 - No que se refere a assistência médica, o seu médico ou outro prestador de cuidados saúde pode solicitar uma decisão de cobertura ou um recurso de Nível 1 em seu nome. Se o seu recurso for negado no Nível 1, será automaticamente encaminhado para o Nível 2.
 - Se o seu médico ou outro prestador de cuidados de saúde solicitar que um serviço ou produto que já esteja a receber seja continuado durante o recurso, **pode** nomear o seu médico ou outro prescritor como seu representante para agir em seu nome.
 - Relativamente a medicamentos sujeitos a receita médica da Parte D, o seu médico ou outro prescritor pode solicitar uma decisão de cobertura ou um recurso

de Nível 1 em seu nome. Se o seu recurso de Nível 1 for recusado, o seu médico ou prescritor pode solicitar um recurso de Nível 2.

- **Pode pedir a alguém para agir no seu nome.** Se pretender, pode nomear outra pessoa para agir em seu nome como seu “representante” para solicitar uma decisão de cobertura ou apresentar um recurso.
 - Se quiser que um amigo, familiar ou outra pessoa seja seu representante, telefone para o Serviço de Atendimento a Membros e peça o formulário de “Nomeação do Representante”. (o formulário também está disponível no sítio Web da Medicare em <http://www.cms.hhs.gov/cmsforms/downloads/cms1696.pdf> ou no nosso sítio Web em www.ccama.org.) O formulário dá a essa pessoa a permissão para agir em seu nome. Tem de ser assinado por si e pela pessoa que você pretende que atue em seu nome. O membro tem de fornecer-nos uma cópia do formulário assinado.
 - Embora possamos aceitar um pedido de recurso sem o formulário, não podemos iniciar ou concluir a nossa análise até a recebermos. Se não recebermos o formulário no prazo de 44 dias de calendário consecutivos após a receção do seu pedido de recurso (o nosso prazo para tomar uma decisão sobre o seu recurso), o seu pedido de recurso será rejeitado. Se isto acontecer, enviaremos um aviso por escrito a explicar o seu direito de solicitar à organização revisora independente que analise a nossa decisão de indeferir o seu recurso.
- **Também tem o direito de contratar um advogado.** Pode entrar em contacto com o seu próprio advogado ou obter o nome de um advogado na sua ordem de advogados local ou noutro serviço de referência. Existem também grupos que lhe prestarão serviços jurídicos gratuitos, caso se qualifique. Contudo, **você não é obrigado a contratar um advogado** para solicitar qualquer tipo de decisão de cobertura ou recorrer de uma decisão.

Secção 5.3	Que secção deste capítulo apresenta os detalhes da sua situação?
-------------------	---

Existem quatro diferentes situações que envolvem decisões de cobertura e recursos. Como cada situação tem regras e prazos diferentes, apresentamos os detalhes de cada uma numa secção separada:

- **Secção 6** deste capítulo, “Os seus cuidados médicos: Como solicitar uma decisão de cobertura ou apresentar um recurso”
- **Secção 7** deste capítulo, “Os seus medicamentos sujeitos a receita médica da Parte D”: Como solicitar uma decisão de cobertura ou apresentar um recurso”

- **Secção 8** deste capítulo, “Como pedir-nos para cobrirmos um internamento hospitalar mais longo, se lhe parecer que o prestador de cuidados de saúde lhe dá alta demasiado cedo”
- **Secção 9** deste capítulo, “Como solicitar-nos para continuarmos a cobrir determinados serviços médicos se lhe parecer que a sua cobertura está a terminar demasiado cedo” (Esta secção aplica-se apenas a estes serviços: assistência médica ao domicílio, cuidados em enfermaria especializada e serviços de Centros de Reabilitação Ambulatorial Abrangente [Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF])

Se não tiver a certeza de que secção deve utilizar, contacte o Serviço de Atendimento a Membros. Também pode obter ajuda ou informações de organizações governamentais como o SHIP.

SECÇÃO 6 Os seus cuidados médicos: Como solicitar uma decisão de cobertura ou apresentar um recurso de uma decisão de cobertura

Secção 6.1	Esta secção informa o que fazer se tiver problemas para obter cobertura para cuidados médicos ou se quiser que o reembolsemos pelo seu atendimento
-------------------	---

Esta secção trata dos seus benefícios relativamente a serviços e cuidados médicos. Estes benefícios são descritos no Capítulo 4 deste documento: *Tabela de Benefícios Médicos (o que está coberto)*. Para simplificar, geralmente referimo-nos a “cobertura de cuidados médicos” ou “cuidados médicos”, que inclui itens e serviços médicos, bem como medicamentos sujeitos a receita médica da Parte B da Medicare. Em alguns casos, aplicam-se regras diferentes a uma solicitação de um medicamento sujeito a receita médica da Parte B. Nestes casos, explicaremos como as regras para medicamentos sujeitos a receita médica da Parte B são diferentes das regras para itens e serviços médicos.

Esta secção informa o que você pode fazer se estiver em qualquer uma das cinco situações a seguir:

1. Não está a receber determinados cuidados médicos que pretende e parece-lhe que o nosso plano cobre esses cuidados. **Solicitar uma decisão de cobertura. Secção 6.2.**
2. O nosso plano não aprova os cuidados médicos que o seu médico ou outro profissional de saúde pretende proporcionar-lhe e você acha que o nosso plano cobre estes cuidados. **Solicitar uma decisão de cobertura. Secção 6.2.**

3. Recebeu cuidados médicos que lhe parece que o nosso plano deve cobrir, mas dissemos que não pagamos por tais cuidados. **Pedir um recurso. Secção 6.3.**
4. Recebeu e pagou por cuidados médicos que acha que o nosso plano deve cobrir e pretende solicitar ao nosso plano o reembolso por tais cuidados. **Envie-nos a fatura. Secção 6.5.**
5. Está a ser informado de que a cobertura de determinados cuidados médicos que tem recebido (que aprovámos anteriormente) será reduzida ou interrompida e parece-lhe que a redução ou a interrupção desses cuidados pode prejudicar a sua saúde. **Pedir um recurso. Secção 6.3.**

Nota: Se a cobertura que será interrompida for relativa a cuidados hospitalares, cuidados de saúde ao domicílio, cuidados de enfermagem especializados ou serviços de Centros de Reabilitação Ambulatorial Abrangente (CORF), tem de ler as Secções 8 e 9 deste capítulo. Aplicam-se regras especiais a estes tipos de cuidados.

Secção 6.2	Passo a passo: Como solicitar uma decisão de cobertura rápida
-------------------	--

Termos legais
Quando uma decisão de cobertura envolve os seus cuidados médicos, chama-se uma determinação da organização .
Uma decisão de cobertura rápida é denominada determinação acelerada .

Passo 1: Decida se precisa de uma decisão de cobertura normal ou de uma decisão de cobertura rápida.

Uma decisão de cobertura normal é geralmente tomada no prazo de 14 dias ou 72 horas para medicamentos da Parte B. Uma decisão de cobertura rápida é geralmente tomada no prazo de 72 horas para serviços médicos ou 24 horas para medicamentos da Parte B. De modo a obter uma decisão de cobertura rápida, tem de satisfazer dois requisitos:

- Apenas pode *solicitar* cobertura para itens médicos e/ou serviços (não pedidos de pagamento para itens e/ou serviços já recebidos).
- Pode obter uma decisão rápida *apenas* se o cumprimento dos prazos normais *puder causar sérios danos à sua saúde ou prejudicar a sua capacidade de funcionar*.
- **Se o seu prestador de cuidados de saúde ou outro prescritor nos informar que o seu estado de saúde requer uma decisão de cobertura rápida,**

concordaremos automaticamente em dar-lhe uma decisão de cobertura rápida.

- **Se solicitar uma decisão de cobertura rápida por conta própria, sem o apoio do seu prestador de cuidados de saúde, decidiremos se o seu plano de saúde requer uma decisão de cobertura rápida.** Se não aprovarmos uma decisão de cobertura rápida, enviar-lhe-emos uma carta que:
 - Explica que vamos seguir os prazos habituais
 - Explica que, se o seu prestador solicitar uma decisão de cobertura rápida, fornecemos-lhe automaticamente uma decisão de cobertura rápida
 - Explica como pode apresentar uma “reclamação rápida” sobre a nossa decisão de lhe apresentar uma decisão de cobertura normal em vez da decisão de cobertura rápida que solicitou

Passo 2: Peça ao nosso plano para tomar uma decisão de cobertura ou uma decisão de cobertura rápida.

- Comece por telefonar, escrever ou enviar um fax para o nosso plano para efetuar a sua solicitação para que autorizemos ou forneçamos cobertura para os cuidados médicos que pretende. Você, o seu prestador de cuidados de saúde ou o seu representante podem fazê-lo. O Capítulo 2 inclui informações de contacto.

Passo 3: Consideramos a sua solicitação de cobertura de cuidados médicos e daremos a nossa resposta.

Para decisões de cobertura normal, utilizamos os prazos habituais.

Tal significa que lhe daremos uma resposta no prazo de 14 dias de calendário depois de recebermos o seu pedido **relativo a um produto ou serviço médico**. Se o seu pedido for relativo a um **medicamento sujeito a receita médica do Medicare Parte B**, daremos uma resposta **no prazo de 72 horas** depois de recebermos o seu pedido.

- **No entanto**, se solicitar mais tempo ou se precisarmos de recolher mais informações que possam beneficiá-lo, **podemos demorar até 14 dias de calendário adicionais** se a sua solicitação for relativa a um produto ou serviço médico. Se demorar mais tempo, informá-lo-emos por escrito. Não podemos demorar mais para tomar uma decisão se a sua solicitação for relativa a um medicamento sujeito a receita médica do Medicare Parte B.
- Se lhe parecer que *não* devemos demorar mais tempo, pode registar uma reclamação rápida. Daremos uma resposta à sua reclamação assim que tomarmos a decisão. (O processo de apresentação de uma reclamação é diferente do

processo de decisões de cobertura e recursos. Para obter mais informações sobre reclamações, consulte a Secção 11 deste capítulo.)

Para decisões de Cobertura Rápida, seguimos um prazo acelerado.

Uma decisão de cobertura rápida significa que responderemos no prazo de 72 horas se a sua solicitação for relativa a um produto ou serviço médico. Se o seu pedido for de um medicamento sujeito a receita médica da Parte B do Medicare, responderemos no prazo de 24 horas.

- **No entanto**, se solicitar mais tempo ou se precisarmos de recolher mais informações que possam beneficiá-lo, **podemos demorar até 14 dias de calendário adicionais**. Se demorar mais tempo, informá-lo-emos por escrito. Não podemos demorar mais para tomar uma decisão se a sua solicitação for relativa a um medicamento sujeito a receita médica do Medicare Parte B.
- Se lhe parecer que *não* devemos demorar mais tempo, pode registar uma “reclamação rápida”. (Consulte a Secção 11 deste capítulo para obter informações sobre reclamações) Telefonaremos para si assim que tomarmos a decisão.
- **Se a nossa resposta for negativa a uma parte ou à totalidade do que solicitou**, enviaremos uma declaração por escrito a explicar o porquê de termos recusado.

Passo 4: Se respondermos negativamente ao seu pedido de cobertura de cuidados médicos, você pode apresentar um recurso.

- Se respondermos negativamente, você tem o direito de nos solicitar que reconsideremos essa decisão apresentando um recurso. Tal significa pedir novamente para obter a cobertura de cuidados médicos que pretende. Se apresentar um recurso, isto significa que vai passar para o Nível 1 do processo de recurso.

Secção 6.3	Passo a passo: Como apresentar um recurso de Nível 1
-------------------	---

Termos legais

Um recurso ao plano sobre uma decisão de cobertura de cuidados médicos é denominado reconsideração pelo plano.

Um “recurso rápido” é também denominado reconsideração acelerada .

Passo 1: Decida se precisa de um recurso normal ou de um recurso rápido.

Um recurso normal normalmente é apresentado no prazo de 30 dias. Um recurso rápido é geralmente apresentado no prazo de 72 horas.

- Para recorrer de uma decisão que tomámos sobre a cobertura de cuidados que ainda não tenha recebido, você e/ou o seu prestador de cuidados de saúde terão de decidir se necessita de um recurso rápido. Se o seu prestador de cuidados de saúde nos declarar que a sua saúde requer um recurso rápido, forneceremos um recurso rápido.
- Os requisitos para obter um recurso rápido são os mesmos que para obter uma “decisão de cobertura rápida”, conforme a Secção 6.2 deste capítulo.

Passo 2: Peça ao nosso plano um recurso ou um recurso rápido

- **Se estiver a solicitar um recurso normal, envie o seu recurso normal por escrito.** Também pode apresentar um recurso telefonando-nos. O Capítulo 2 inclui informações de contacto.
- **Se estiver a solicitar um recurso rápido, poderá apresentar o seu recurso por escrito ou contactar-nos por telefone.** O Capítulo 2 inclui informações de contacto.
- **Você tem de fazer o pedido de recurso no prazo de 60 dias de calendário** a partir da data da notificação por escrito que enviamos para lhe fornecermos a nossa resposta à decisão de cobertura. Se não cumprir esse prazo e tiver um motivo aceitável para não o cumprir, explique o motivo do atraso ao efetuar o seu recurso. Podemos permitir-lhe mais tempo para apresentar o seu recurso. Exemplos de motivos aceitáveis podem incluir uma doença grave que o impediu de entrar em contacto connosco ou termos-lhe fornecido informações incorretas ou incompletas sobre o prazo para solicitar um recurso.
- **Você pode solicitar uma cópia gratuita das informações sobre a sua decisão médica. Você e o seu prestador de cuidados de saúde podem adicionar mais informações para justificar o seu recurso.**

Se declararmos que vamos interromper ou reduzir os serviços ou itens que já está a receber, talvez consiga manter esses serviços ou itens durante o recurso.

- Se decidirmos alterar ou interromper a cobertura de um serviço ou produto que recebe atualmente, enviaremos um aviso antes de realizarmos a ação proposta.
- Se discordar da ação, pode apresentar um recurso de Nível 1. Continuaremos a cobrir o serviço ou produto se solicitar um recurso de Nível 1 no prazo de 10 dias de

calendário a contar da data do carimbo do correio na nossa carta ou até à data de efetivação pretendida da ação, o que ocorrer mais tarde.

- Se cumprir este prazo, poderá continuar a receber o serviço ou produto sem alterações enquanto o seu recurso de Nível 1 estiver pendente. Também continuará a receber todos os outros serviços ou itens (que não são objeto do seu recurso) sem alterações.

Passo 3: Consideramos o seu recurso e daremos a nossa resposta.

- Quando analisamos o seu recurso, analisamos cuidadosamente todas as informações. Verificamos se cumprimos todas as regras quando decidimos negativamente relativamente ao seu pedido.
- Iremos recolher mais informações, se necessário, e possivelmente contactá-lo a si ou ao seu prestador de cuidados de saúde.

Prazos para um recurso rápido

- Para recursos rápidos, temos de lhe dar a nossa resposta **no prazo de 72 horas após recebermos o seu recurso**. Daremos a nossa resposta mais cedo se a sua saúde assim o exigir.
 - Se solicitar mais tempo ou se precisarmos de mais informações que possam beneficiá-lo, **podemos demorar até 14 dias de calendário adicionais de calendário** se o seu pedido for relativo a um produto ou serviço médico. Se demorar mais tempo, informá-lo-emos por escrito. Não podemos demorar mais tempo se o seu pedido for relativo a um medicamento sujeito a receita médica do Medicare Parte B.
 - Se não fornecermos uma resposta no prazo de 72 horas (ou até ao final da extensão se demorarmos mais tempo), somos obrigados a enviar automaticamente a sua solicitação para o Nível 2 do processo de recurso, no qual será revisto por uma organização revisora independente. A Secção 6.4 explica o processo de recurso de Nível 2.
- **Se a nossa resposta for positiva relativamente a uma parte ou a totalidade do que tiver solicitado**, teremos de autorizar ou fornecer a cobertura que concordámos fornecer no prazo de 72 horas após recebermos o seu recurso.
- **Se a nossa resposta for negativa para parte ou a totalidade do que tiver solicitado**, enviar-lhe-emos a nossa decisão por escrito e enviaremos automaticamente o seu recurso para a organização revisora independente para um recurso de Nível 2. A organização revisora independente irá notificá-lo por escrito quando receber o seu recurso.

Prazos para um recurso normal

- Para recursos normais, temos de responder **até 30 dias de calendário** após a receção do recurso. Se o seu pedido for relativo a um medicamento sujeito a receita médica da Parte B do Medicare que ainda não tenha recebido, dar-lhe-emos a nossa resposta **no prazo de 7 dias de calendário** após termos recebido o seu recurso. 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 mais informações que o possam beneficiar, **poderemos demorar até 14 dias de calendário adicionais** se o seu pedido for relativo a um item ou serviço médico. Se demorar mais tempo, informá-lo-emos por escrito. Não podemos demorar mais para tomar uma decisão se a sua solicitação for relativa a um medicamento sujeito a receita médica do Medicare Parte B.
 - Se lhe parecer que **não** devemos demorar mais tempo, pode registar uma reclamação rápida. Quando registar uma reclamação rápida, daremos 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 11** deste capítulo.)
 - Se não lhe dermos uma resposta dentro do prazo (ou até ao final do período prolongado), enviaremos o seu pedido para um recurso de Nível 2, e uma organização revisora independente analisará o recurso. A Secção 6.4 explica o processo de recurso de Nível 2.
- **Se a nossa resposta for positiva relativamente a uma parte ou a totalidade do que tenha solicitado**, teremos de autorizar ou fornecer a cobertura no prazo de **30 dias de calendário** ou **no prazo de 7 dias de calendário** se o seu pedido for relativo a um medicamento sujeito a receita médica do Medicare Parte B, depois de recebermos o seu recurso.
- **Se o nosso plano recusar parte ou a totalidade do seu recurso, você tem direitos adicionais de recurso.**
- Se respondermos negativamente a uma parte ou à totalidade do que pediu, enviaremos uma carta.
 - Se o seu problema for com a cobertura de um serviço ou produto do Medicare, a carta informará que enviámos o seu caso para a organização revisora independente para um recurso de Nível 2.

- Se o seu problema for com a cobertura de um serviço ou produto do MassHealth (Medicaid), a carta informará como pode apresentar um recurso de Nível 2 por si mesmo.

Secção 6.4	Passo a passo: Como é efetuado um recurso de Nível 2
-------------------	---

Termo legal

O nome formal da “organização de revisão independente” é Entidade de Revisão Independente . Por vezes é denominada IRE (Independent Review Entity) .
--

A organização revisora independente é uma organização independente contratada pelo Medicare. Não está associada a nós e não é uma agência governamental. Esta organização decide se a decisão que tomámos está correta ou se deve ser alterada. O Medicare supervisiona o seu trabalho.

- Se o seu problema for com um serviço ou produto que geralmente é **coberto pelo Medicare**, enviaremos automaticamente o seu caso para o Nível 2 do processo de recurso assim que o recurso de Nível 1 for concluído.
- Se o seu problema for com um serviço ou produto que geralmente é **coberto pelo MassHealth (Medicaid)**, você mesmo pode apresentar um recurso de Nível 2. A carta irá dizer-lhe como fazê-lo. As informações relativas a isso também são apresentadas abaixo.
- Se o seu problema for com um serviço ou produto que possa ser **coberto pelo Medicare e pelo MassHealth (Medicaid)**, receberá automaticamente um recurso de Nível 2 junto da organização revisora independente. Também pode solicitar uma Audiência Justa junto do EOHHS Office of MassHealth (Medicaid) Board of Hearings (Gabinete de Audiências do MassHealth (Medicaid) do EOHHS).

Se se qualificou para a continuação dos benefícios quando apresentou o seu recurso de Nível 1, os seus benefícios para o serviço, produto ou medicamento sob recurso também podem continuar durante o Nível 2. Consulte a página 222 para obter informações sobre a continuação dos seus benefícios durante recursos de Nível 1.

- Se o seu problema for com um serviço que geralmente está coberto apenas pelo Medicare, os seus benefícios para este serviço não continuarão durante o processo de recurso de Nível 2 com a organização revisora independente.

- Se o seu problema for com um serviço que geralmente está coberto pelo MassHealth (Medicaid), os seus benefícios para este serviço continuarão se enviar um recurso de Nível 2 no prazo de 10 dias de calendário após receber a carta de decisão do plano.

Se o seu problema for com um serviço ou produto que o Medicare geralmente cobre:

Passo 1: A organização revisora independente analisa o seu recurso.

- Enviaremos as informações sobre o seu recurso a essa organização. Estas informações são denominadas **arquivo do processo**. **Você tem o direito de nos solicitar uma cópia gratuita do arquivo do seu processo.**
- Tem o direito de fornecer à organização revisora independente informações adicionais para apoiar o seu recurso.
- Os revisores da organização revisora independente examinarão cuidadosamente todas as informações relacionadas com o seu recurso.

Se teve um recurso rápido no Nível 1, também terá um recurso rápido no Nível 2

- Relativamente ao recurso rápido, a organização revisora tem de lhe apresentar uma resposta ao seu recurso de Nível 2 **no prazo de 72 horas** a partir da data em que receber o seu recurso.
- Se a sua solicitação for relativa a um produto ou serviço médico e a organização revisora independente precisar de recolher mais informações que possam beneficiá-lo, **o processo pode demorar até 14 dias de calendário adicionais**. A organização revisora independente não pode demorar mais para tomar uma decisão se a sua solicitação for relativa a um medicamento sujeito a receita médica do Medicare Parte B.

Se teve um recurso normal no Nível 1, também terá um recurso normal no Nível 2

- Relativamente ao recurso normal, se o seu pedido for relativo a um artigo ou serviço médico, a organização revisora tem de entregar uma resposta ao seu recurso de Nível 2 **no prazo de 30 dias de calendário** a partir do momento em que recebe o seu recurso.
- Se o seu pedido for de um medicamento sujeito a receita médica da Parte B do Medicare, a organização revisora tem de entregar uma resposta ao seu recurso de Nível 2 **no prazo de 7 dias de calendário** a partir do momento em que recebe o seu recurso.

- Contudo, se o seu pedido for relativo a um artigo ou serviço médico e a organização revisora independente precisar de recolher mais informações que o possam beneficiar, **o processo pode demorar até mais 14 dias de calendário**. A organização revisora independente não pode demorar mais para tomar uma decisão se a sua solicitação for relativa a um medicamento sujeito a receita médica do Medicare Parte B.

Passo 2: A organização revisora independente apresenta-lhe a sua resposta.

A organização revisora independente informá-lo-á sobre a sua decisão por escrito e explicará as razões para tal.

- **Se a organização revisora independente responder positivamente a uma parte ou à totalidade de um pedido de um artigo ou serviço médico**, somos obrigados a autorizar a cobertura de cuidados médicos **no prazo de 72 horas** ou a prestar o serviço no prazo de **14 dias de calendário** após termos recebido a decisão da organização revisora independente para **pedidos normais** ou fornecer o serviço **no prazo de 72 horas** a partir da data em que recebemos a decisão da organização revisora independente para **pedidos acelerados**.
- **Se a organização revisora independente responder positivamente a uma parte ou à totalidade de um pedido de um medicamento sujeito a receita médica do Medicare Parte B**, somos obrigados a autorizar ou fornecer o medicamento sujeito a receita médica do Medicare Parte B **no prazo de 72 horas** após termos recebido a decisão da organização revisora independente para **pedidos normais** ou **no prazo de 24 horas** a partir da data em que recebemos a decisão da organização revisora independente para **pedidos acelerados**.
- **Se essa organização responder negativamente a uma parte ou à totalidade do seu recurso**, significa que concorda com o nosso plano, ou seja, que a sua solicitação (ou parte da sua solicitação) de cobertura de cuidados médicos não deve ser aprovada. (Tal é denominado **manter a decisão** ou **recusar o seu recurso**.) Neste caso, a organização revisora independente irá enviar-lhe uma carta:
 - Explicando a decisão.
 - Notificando-o do direito a um recurso de Nível 3 se o valor em dólares da cobertura de cuidados médicos cumprir um determinado mínimo. O aviso por escrito que receber da organização revisora independente informa-o do valor em dólares que tem de pagar para continuar com o processo de recurso.
 - Mais informações sobre como apresentar um recurso de Nível 3.

Capítulo 8 – O que fazer se tiver um problema ou uma reclamação (decisões de cobertura, recursos e reclamações)

- Se o seu recurso de Nível 2 for rejeitado e você satisfizer os requisitos para continuar com o processo de recurso, tem de decidir se pretende ir para o Nível 3 e apresentar um terceiro recurso. Os detalhes sobre como fazê-lo estão no aviso por escrito que recebe após o seu recurso de Nível 2.
 - O recurso de Nível 3 é tratado por um Juiz de Direito Administrativo ou procurador judicial. A **Seção 10** Neste capítulo detalha o processo para recursos de Nível 3, 4 e 5.

Se o seu problema for com um serviço ou produto que o MassHealth (Medicaid) geralmente cobre:

Passo 1: Você pode solicitar uma Audiência Justa com o estado.

- O Nível 2 do processo de recurso para serviços que geralmente são cobertos pelo MassHealth (Medicaid) é uma Audiência Justa com o estado. Você tem de solicitar uma Audiência Justa por escrito ou por telefone **no prazo de 120 dias de calendário** a partir da data em que enviamos a carta de decisão sobre o seu recurso de Nível 1. A carta que recebeu informará para onde deve enviar a sua solicitação de audiência.
- Para obter o “Formulário de Solicitação de Audiência Justa” ou para obter mais informações sobre os seus direitos de recurso, pode entrar em contacto com o Conselho de Audiências (Board of Hearings) pelo telefone 617-847-1200 ou 1-800-655-0338. O formulário também está disponível em: www.mass.gov/how-to/how-to-appeal-a-masshealth-decision.
- Os pedidos de audiência devem ser enviados por correio ou fax para:

Executive Office of Health and Human Services
Board of Hearings Office of Medicaid
100 Hancock Street, 6th floor
Quincy, MA 02171
Fax: 1-617-847-1204
- Enviaremos as informações que dispomos sobre o seu recurso ao Conselho de Audiências. Estas informações são denominadas “arquivo do processo.” Você tem o direito de nos solicitar uma cópia do arquivo do seu processo. São-lhe fornecidas cópias gratuitamente.
- Tem o direito de fornecer ao Conselho de Audiências informações adicionais para apoiar o seu recurso.

- Na audiência, pode apresentar-se, recorrer a um representante autorizado a agir em seu nome ou ser representado por um advogado ou outro representante, a expensas suas. Pode contactar um serviço jurídico local ou uma agência comunitária para obter aconselhamento ou representação sem custos.

Passo 2: O gabinete de Audiência Justa dá-lhe a resposta.

O gabinete de Audiência Justa informá-lo-á sobre a sua decisão por escrito e explicará as razões para tal.

- **Se o gabinete de Audiência Justa responder positivamente a uma parte ou à totalidade da solicitação de um produto ou serviço médico**, teremos de autorizar ou fornecer o serviço ou produto no prazo de 72 horas após recebermos a decisão do gabinete de Audiência Justa.
- **Se o gabinete de Audiência Justa responder negativamente a uma parte ou à totalidade do seu recurso**, significa que concorda com o nosso plano, ou seja, que a sua solicitação (ou parte da sua solicitação) de cobertura de cuidados médicos não deve ser aprovada. (Tal é denominado “manter a decisão” ou “recusar o seu recurso”.)

Se a decisão for negativa relativamente a uma parte ou à totalidade do que solicitei, posso apresentar outro recurso?

Se a decisão da organização revisora independente ou do Gabinete de Audiência Justa for negativa relativamente a uma parte ou à totalidade do que solicitou, você tem **direitos adicionais de recurso**.

A carta que receber do gabinete de Audiência Justa descreverá a próxima opção de recurso.

Consulte a **Secção 10** deste capítulo para obter mais informações sobre os seus direitos de recurso após o Nível 2.

Secção 6.5	E se quiser solicitar-nos que paguemos por uma fatura que recebeu por cuidados médicos?
-------------------	--

Se receber uma fatura por serviços e produtos cobertos pelo MassHealth (Medicaid), envie-nos essa fatura. **Não deve pagar a fatura**. Contactaremos o prestador diretamente e trataremos do problema. Mas, se pagar a fatura, poderá obter um reembolso desse prestador de cuidados de saúde se tiver seguido as regras para obtenção do serviço ou produto.

Se já pagou por um serviço ou produto do MassHealth (Medicaid) coberto pelo plano, pode solicitar ao nosso plano para o reembolsar (pagar-lhe pelo que já pagou é geralmente denominado “reembolsar”). É um direito seu ser reembolsado pelo nosso plano sempre que tiver pago por serviços médicos ou medicamentos cobertos pelo nosso plano. Quando nos enviar uma conta que já tenha pago, analisaremos a conta e decidiremos se os serviços ou medicamentos devem ser cobertos. Se decidirmos que devem ser cobertos, reembolsá-lo-emos pelos serviços ou medicamentos.

Pedir reembolso é solicitar uma decisão de cobertura nossa.

Se nos enviar a documentação a pedir o reembolso, está a pedir uma decisão de cobertura. Para tomarmos esta decisão, verificaremos se os cuidados médicos pelos quais pagou correspondem a um serviço coberto. Iremos também verificar se seguiu todas as regras para utilizar a sua cobertura para cuidados médicos.

Se quiser que o reembolsemos por um serviço ou produto **Medicare** ou nos solicitar para pagarmos a um prestador de cuidados de saúde por um serviço ou produto do MassHealth (Medicaid) pelo qual tenha pago, solicitará que tomemos esta decisão de cobertura. Verificaremos se os cuidados médicos pelos quais pagou correspondem a um serviço coberto. Iremos também verificar se seguiu todas as regras para utilizar a sua cobertura para cuidados médicos.

- **Se respondermos afirmativamente ao seu pedido:** Se os cuidados médicos estiverem cobertos e você cumpriu todas as regras, enviaremos o pagamento pelos custos no prazo de 60 dias de calendário após recebermos o seu pedido. Se não tiver pago pelos cuidados médicos, enviaremos o pagamento diretamente para o prestador.
- **Se respondermos negativamente ao seu pedido:** Se os cuidados médicos *não* forem cobertos ou você *não* tiver seguido todas as regras, não enviaremos o pagamento. Em vez disso, enviaremos uma carta a informá-lo que não pagaremos pelos serviços e os motivos.

Se não concordar com a nossa decisão de recusa do seu pedido, **pode apresentar um recurso**. Se apresentar um recurso, significa que nos está a solicitar para alterarmos a decisão de cobertura que tomámos quando recusámos a sua solicitação de pagamento.

Para apresentar esse recurso, siga o processo de recurso que descrevemos na Secção 5.3. Para recursos relativos ao reembolso, tenha em atenção:

- Temos de apresentar-lhe a nossa resposta no prazo de 30 dias de calendário depois de recebermos o seu recurso. Se nos solicitar o reembolso por cuidados médicos que já tenha recebido e pago, não tem permissão para solicitar um recurso rápido.
- Se a organização revisora independente decidir que devemos pagar, somos obrigados a enviar o pagamento que solicitou a si ou ao prestador no prazo de 30 dias de calendário. Se a resposta ao seu recurso for positiva em qualquer estado do processo de recurso após o Nível 2, somos obrigados a enviar o pagamento que solicitou a si ou ao prestador de cuidados de saúde no prazo de 60 dias de calendário.

SECÇÃO 7 Os seus medicamentos sujeitos a receita médica da Parte D: Como solicitar uma decisão de cobertura ou apresentar um recurso

Secção 7.1	Esta secção informa o que fazer se tiver problemas para obter um medicamento da Parte D ou se quiser que o reembolsemos por um medicamento da Parte D
-------------------	--

Os seus benefícios incluem cobertura para muitos medicamentos sujeitos a receita médica. Para ser coberto, o medicamento tem de ser usado para uma indicação medicamente aceite. (Consulte o Capítulo 5 para obter mais informações sobre uma indicação medicamente aceite.) Para obter detalhes sobre medicamentos, regras, restrições e custos da Parte D, consulte os Capítulos 5. **Esta secção é apenas sobre seus medicamentos da Parte D.** Para simplificar, usamos sempre geralmente o termo *medicamento* no restante desta secção, em vez de repetirmos sempre *medicamento sujeito a receita médica ambulatorial coberto ou medicamento da Parte D*. Também utilizamos o termo “*Lista de Medicamentos*” em vez de *Lista de Medicamentos Cobertos* ou *Formulário*.

- Se não souber se um medicamento está coberto ou se cumpre as regras, pode perguntar-nos. Alguns medicamentos requerem que obtenha aprovação da nossa parte antes de os cobrirmos.
- Se a sua farmácia lhe disser que a sua receita não pode ser aviada tal como está, dar-lhe-á um aviso por escrito a explicar como nos pode contactar para solicitar uma decisão de cobertura.

Recursos e decisões de cobertura da Parte D

Termo legal
Uma decisão de cobertura inicial sobre os seus medicamentos da Parte D é denominada determinação de cobertura .

Uma decisão de cobertura é uma decisão que tomamos sobre os seus benefícios e cobertura ou sobre o valor que iremos pagar pelos seus medicamentos. Esta secção informa o que você pode fazer se estiver em qualquer uma das situações a seguir:

- Pedido para cobrir um medicamento da Parte D que não consta na *Lista de Medicamentos (Formulário) cobertos do plano*. **Peça uma exceção. Secção 7.2.**
- Pedido de isenção relativamente a uma restrição na cobertura do plano a um medicamento (como sejam limites na quantidade do medicamento que pode obter). **Peça uma exceção. Secção 7.2.**
- Pedido para pré-aprovação de um medicamento. **Solicitar uma decisão de cobertura. Secção 7.4.**
- Pagamento por um medicamento sujeito a receita médica que já comprou. **Pede-nos um reembolso. Secção 7.4.**

Se discordar de uma decisão de cobertura que tomámos, pode recorrer da nossa decisão.

Esta secção explica como solicitar decisões de cobertura e como solicitar um recurso.

Secção 7.2	O que é uma exceção?
-------------------	-----------------------------

Termos legais
O pedido de cobertura de um medicamento que não está na “Lista de Medicamentos” por vezes é denominado pedido de exceção ao formulário .
Pedir a remoção de uma restrição na cobertura de um medicamento por vezes é denominado solicitar uma exceção ao formulário .
Pedir para pagar um preço mais baixo por um medicamento não preferencial coberto é por vezes denominado pedir uma exceção por níveis .

Se um medicamento não for coberto da maneira que pretende, pode solicitar-nos para abrimos uma **exceção**. Uma exceção é um tipo de decisão de cobertura.

Para considerarmos o seu pedido de exceção, o seu médico ou outro prescritor terá de explicar os motivos médicos pelos quais você precisa que a exceção seja aprovada. Seguem-se dois exemplos de exceções que você, o seu médico ou outro prescritor podem solicitar-nos para abirmos:

1. **Cobrir um medicamento da Parte D que não está na nossa “Lista de Medicamentos”.**
2. **Remover uma restrição para um medicamento coberto.** O Capítulo 5 descreve regras ou restrições adicionais que se aplicam a determinados medicamentos na nossa “Lista de Medicamentos.”

Secção 7.3	Coisas importantes a saber sobre como solicitar exceções
-------------------	---

O seu prestador de cuidados de saúde tem de nos informar dos motivos médicos

O seu médico ou outro prescritor tem de fornecer-nos uma declaração a explicar os motivos médicos para solicitar uma exceção. Para uma decisão mais rápida, inclua essas informações médicas do seu médico ou de outro prescritor ao solicitar a exceção.

Normalmente, a nossa “Lista de Medicamentos” inclui mais de um medicamento para o tratamento de uma condição específica. Estas diferentes possibilidades são denominadas medicamentos **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.

Podemos responder positivamente ou negativamente ao seu pedido

- Se aprovarmos a sua solicitação de exceção, a nossa aprovação geralmente é válida até ao final do ano do plano. Tal 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 negativamente ao seu pedido, você pode solicitar outra revisão apresentando um recurso.

Secção 7.4	Passo a passo: Como solicitar uma decisão de cobertura, incluindo uma exceção
-------------------	--

Termo legal

Uma decisão de cobertura rápida é denominada determinação de cobertura acelerada .

Passo 1: Decida se precisa de uma decisão de cobertura normal ou de uma decisão de cobertura rápida.

As **decisões de cobertura normal** são tomadas no prazo de **72 horas** após recebermos a declaração do seu prestador de cuidados de saúde. As **decisões de cobertura rápida** são tomadas no prazo de **24 horas** após recebermos a declaração do seu prestador de cuidados de saúde.

Se a sua saúde o exigir, peça-nos para lhe fornecermos uma decisão rápida de cobertura. Para obter uma decisão de cobertura rápida, tem de satisfazer dois requisitos:

- Tem de pedir um *medicamento que ainda não recebeu*. (Não pode solicitar uma decisão de cobertura rápida para pagamento de um medicamento que já tenha comprado.)
- O seguimento dos prazos normais pode *causar sérios danos à sua saúde ou prejudicar a sua capacidade de funcionar*.
- **Se o seu médico ou outro prescritor nos informar que o seu estado de saúde requer uma decisão de cobertura rápida, dar-lhe-emos automaticamente uma decisão de cobertura rápida.**
- **Se solicitar uma decisão de cobertura rápida por conta própria, sem o apoio do seu médico ou prescritor, decidiremos se o seu plano de saúde requer uma decisão de cobertura rápida.** Se não aprovarmos uma decisão de cobertura rápida, enviar-lhe-emos uma carta que:
 - Explica que vamos utilizar os prazos habituais.
 - Se o seu médico ou outro prescritor solicitar uma decisão de cobertura rápida, fornecemos-lhe automaticamente uma decisão de cobertura rápida.
 - Informará como pode apresentar uma “reclamação rápida” sobre a nossa decisão de lhe apresentar uma decisão de cobertura normal em vez da decisão de cobertura rápida que solicitou. Responderemos à sua reclamação no prazo de 24 horas após a receção.

Passo 2: Solicitar uma decisão de cobertura normal ou uma decisão de cobertura rápida.

Comece por telefonar, escrever ou enviar um fax para o nosso plano para efetuar a sua solicitação para que autorizemos ou forneçamos cobertura para os cuidados médicos que pretende. Também pode aceder ao processo de decisão de cobertura no nosso sítio Web. Somos obrigados a aceitar qualquer pedido por escrito, incluindo um pedido enviado no *CMS Model Coverage Determination Request Form* (Modelo CMS de Formulário de Pedido de Determinação de Cobertura) ou no formulário do nosso plano, que está disponível no nosso sítio Web. O Capítulo 2 inclui informações de contacto. Para nos ajudar a processar o seu pedido, certifique-se de que inclui o seu nome, informações de contacto e informações que identificam qual a reclamação recusada que está a ser alvo de recurso.

Tal pode ser feito por si, pelo seu representante ou pelo seu médico (ou outro prescritor). Também pode ter um advogado a agir em seu nome. A Secção 5 deste capítulo indica como pode entregar uma autorização por escrito a outra pessoa para agir como seu representante.

- **Se estiver a solicitar uma exceção, forneça a declaração de apoio**, que são os motivos médicos para a exceção. O seu médico ou outro prescritor pode enviar-nos a declaração por fax ou correio. Você ou seu médico ou outro profissional de saúde podem informar-nos por telefone e fazer o seguimento por fax ou enviar uma declaração por escrito, se necessário.

Passo 3: Consideramos o seu pedido e damos-lhe a nossa resposta.

Prazos para uma decisão de cobertura rápida

- De um modo geral, somos obrigados a apresentar-lhe a nossa resposta **no prazo de 24 horas** depois de recebermos o seu pedido.
 - Relativamente a exceções, dar-lhe-emos a nossa resposta no prazo de 24 horas após recebermos a declaração de apoio do seu prestador de cuidados de saúde. Daremos a nossa resposta mais cedo se a sua saúde assim o exigir.
 - Se não cumprimos este prazo, somos obrigados a enviar a sua solicitação para o Nível 2 do processo de recurso, nível em que a solicitação será analisada por uma organização revisora independente.
- **Se a nossa resposta for positiva relativamente a uma parte ou a totalidade do que solicitou**, teremos de fornecer a cobertura que concordámos fornecer no prazo de 24 horas após recebermos a sua solicitação ou uma declaração do prestador de cuidados de saúde a apoiar a sua solicitação.

- **Se a nossa resposta for negativa a uma parte ou à totalidade do que solicitou,** enviaremos uma declaração por escrito a explicar o porquê de termos recusado. Também informaremos como pode recorrer.

Prazos para uma decisão de cobertura normal sobre um medicamento que ainda não recebeu

- Temos de apresentar-lhe a nossa resposta **no prazo de 72 horas** depois de recebermos o seu pedido.
 - Relativamente a exceções, dar-lhe-emos a nossa resposta no prazo de 72 horas após recebermos a declaração de apoio do seu prestador de cuidados de saúde. Daremos a nossa resposta mais cedo se a sua saúde assim o exigir.
 - Se não cumprirmos este prazo, somos obrigados a enviar a sua solicitação para o Nível 2 do processo de recurso, nível em que a solicitação será analisada por uma organização revisora independente.
- **Se a nossa resposta for afirmativa para parte ou a totalidade do que solicitou,** teremos de **fornecer a cobertura** que concordámos fornecer **no prazo de 72 horas** após recebermos a sua solicitação ou uma declaração do prestador de cuidados de saúde a apoiar a sua solicitação.
- **Se a nossa resposta for negativa a uma parte ou à totalidade do que solicitou,** enviaremos uma declaração por escrito a explicar o porquê de termos recusado. Também informaremos como pode recorrer.

Prazos para uma decisão de cobertura normal sobre o pagamento de um medicamento que já comprou

- Somos obrigados a apresentar-lhe a nossa resposta **no prazo de 14 dias de calendário** depois de recebermos o seu pedido.
 - Se não cumprirmos este prazo, somos obrigados a enviar a sua solicitação para o Nível 2 do processo de recurso, nível em que a solicitação será analisada por uma organização revisora independente
- **Se a nossa resposta for positiva relativamente a uma parte ou a totalidade do que solicitou,** também somos obrigados a efetuar o pagamento até 14 dias de calendário após recebermos a sua solicitação.
- **Se a nossa resposta for negativa a uma parte ou à totalidade do que solicitou,** enviaremos uma declaração por escrito a explicar o porquê de termos recusado. Também informaremos como pode recorrer.

Passo 4: Se respondermos negativamente ao seu pedido de cobertura, pode apresentar um recurso.

- Se respondermos negativamente, você tem o direito de nos solicitar que reconsideremos essa decisão apresentando um recurso. Tal significa pedir novamente para obter a cobertura de medicamentos que pretende. Se apresentar um recurso, isto significa que vai passar para o Nível 1 do processo de recurso.

Secção 7.5	Passo a passo: Como apresentar um recurso de Nível 1
-------------------	---

Termo legal
Um recurso apresentado ao plano sobre uma decisão de cobertura de medicamentos da Parte D é denominado redeterminação pelo plano.
Um “recurso rápido” também é denominado redeterminação acelerada .

Passo 1: Decida se precisa de um recurso normal ou de um recurso rápido.

Um recurso normal é normalmente apresentado no prazo de 7 dias. Um recurso rápido é geralmente apresentado no prazo de 72 horas. Se a sua saúde assim o exigir, peça um recurso rápido.

- Para recorrer de uma decisão que tomámos sobre um medicamento que ainda não tenha recebido, você e o seu médico ou outro prescritor terão de decidir se necessita 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 6.2 deste capítulo.

Passo 2: Você, o seu representante, médico ou outro prescritor têm de entrar em contacto connosco e iniciar o recurso de Nível 1. Se a sua saúde exigir uma resposta rápida, tem de solicitar um recurso rápido.

- **Para recursos normais, envie um pedido por escrito** ou telefone-nos. O Capítulo 2 inclui informações de contacto.
- **Para recursos rápidos, envie o seu recurso por escrito ou telefone-nos para o** número 866-610-2273 (TTY 711). O Capítulo 2 inclui informações de contacto.
- **Somos obrigados a aceitar qualquer pedido por escrito**, incluindo uma solicitação enviada no Modelo CMS de Formulário de Pedido de Determinação de Cobertura, que está disponível no nosso sítio Web. Certifique-se de que inclui o

seu nome, as suas informações de contacto e informações relativas à sua reclamação para nos ajudar a processar o seu pedido.

- **Você tem de fazer o pedido de recurso no prazo de 60 dias de calendário** a partir da data da notificação por escrito que enviamos para lhe fornecermos a nossa resposta à decisão de cobertura. Se não cumprir esse prazo e tiver um motivo aceitável para não o cumprir, explique o motivo do atraso ao efetuar o seu recurso. Podemos permitir-lhe mais tempo para apresentar o seu recurso. Exemplos de motivos aceitáveis podem incluir uma doença grave que o impediu de entrar em contacto connosco ou termos-lhe fornecido informações incorretas ou incompletas sobre o prazo para solicitar um recurso.
- **Pode solicitar uma cópia das informações no seu recurso e adicionar mais informações.** Você e o seu prestador de cuidados de saúde podem adicionar mais informações para justificar o seu recurso.

Passo 3: Consideramos o seu recurso e daremos a nossa resposta.

- Quando analisamos o seu recurso, analisamos cuidadosamente todas as informações sobre a sua solicitação de cobertura. Verificamos se cumprimos todas as regras quando decidimos negativamente relativamente ao seu pedido. Podemos entrar em contacto consigo, com seu médico ou com outro médico para obtermos mais informações.

Prazos para um recurso rápido

- Para recursos rápidos, temos de lhe dar a nossa resposta **no prazo de 72 horas após recebermos o seu recurso**. Daremos a nossa resposta mais cedo se a sua saúde assim o exigir.
 - Se não fornecermos uma resposta no prazo de 72 horas, seremos obrigados a enviar a sua solicitação para o Nível 2 do processo de recurso, nível em que será analisada por uma organização revisora independente. A **Secção 7.6** explica o processo de recurso de Nível 2.
- **Se a nossa resposta for positiva relativamente a uma parte ou a totalidade do que solicitou**, teremos de fornecer a cobertura que concordámos no prazo de 72 horas após recebermos o seu recurso.
- **Se a nossa resposta for negativa relativamente a uma parte ou à totalidade do que solicitou**, enviaremos uma declaração por escrito a explicar porque recusámos e como poderá recorrer da nossa decisão.

Prazos para recurso normal para um medicamento que ainda não recebeu

- Para recursos normais, somos obrigados a responder **no prazo de 7 dias de calendário** após a receção do recurso. Apresentar-lhe-emos a nossa decisão mais cedo se ainda não tiver recebido o medicamento e se o seu estado de saúde exigir que o façamos.
 - Se não fornecermos uma decisão no prazo de 7 dias de calendário, somos obrigados a enviar a sua solicitação para o Nível 2 do processo de recurso, nível em que será analisada por uma organização revisora independente. A **Secção 7.6** explica o processo de recurso de Nível 2.
- **Se a nossa resposta for afirmativa relativamente a uma parte ou à totalidade do que solicitou**, somos obrigados a fornecer a cobertura tão rapidamente quanto a sua saúde exigir, mas o mais tardar **7 dias de calendário** após recebermos o seu recurso. **Se a nossa resposta for negativa relativamente a uma parte ou à totalidade do que solicitou**, enviaremos uma declaração por escrito a explicar porque recusámos e como poderá recorrer da nossa decisão.

Prazos para um recurso normal sobre o pagamento de um medicamento que já comprou

- Somos obrigados a apresentar-lhe a nossa resposta **no prazo de 14 dias de calendário** depois de recebermos o seu pedido.
 - Se não cumprirmos este prazo, somos obrigados a enviar a sua solicitação para o Nível 2 do processo de recurso, nível em que a solicitação será analisada por uma organização revisora independente.
- **Se a nossa resposta for positiva relativamente a uma parte ou a totalidade do que solicitou**, também somos obrigados a efetuar o pagamento até 30 dias de calendário após recebermos a sua solicitação.
- **Se a nossa resposta for negativa a uma parte ou à totalidade do que solicitou**, enviaremos uma declaração por escrito a explicar o porquê de termos recusado. Também informaremos como pode recorrer.

Passo 4: Se respondermos negativamente ao seu recurso, você decide se pretende continuar com o processo de recurso ou apresentar um novo recurso.

- Se decidir apresentar outro recurso, significa que o mesmo segue para o Nível 2 do processo de recurso.

Secção 7.6	Passo a passo: Como apresentar um recurso de Nível 2
-------------------	---

Termo legal

O nome formal da “organização de revisão independente” é Entidade de Revisão Independente . Por vezes é denominada IRE .
--

A organização revisora independente é uma organização independente contratada pelo Medicare. Não está associada a nós e não é uma agência governamental. Esta organização decide se a decisão que tomámos está correta ou se deve ser alterada. O Medicare supervisiona o seu trabalho.

Passo 1: Você (ou o seu representante, médico ou outro prescritor) tem de entrar em contacto com a organização revisora independente e solicitar uma revisão do seu caso.

- Se respondermos negativamente ao seu recurso de Nível 1, a notificação por escrito que enviamos incluirá **instruções sobre como apresentar um recurso de Nível 2** à organização revisora independente. Estas instruções informarão quem pode apresentar este recurso de Nível 2, que prazos você tem de cumprir e como entrar em contacto com a organização revisora. Se, no entanto, não concluirmos a nossa revisão dentro do prazo aplicável ou tomarmos uma decisão desfavorável relativamente à determinação de **em risco** no âmbito do nosso programa de gestão de medicamentos, encaminharemos automaticamente a sua reclamação para a organização revisora independente.
- Enviaremos as informações sobre o seu recurso a essa organização. Estas informações são denominadas **arquivo do processo**. **Você tem o direito de nos solicitar uma cópia do arquivo do seu processo.**
- Tem o direito de fornecer à organização revisora independente informações adicionais para apoiar o seu recurso.

Passo 2: A organização revisora independente analisa o seu recurso.

Os revisores da organização revisora independente examinarão cuidadosamente todas as informações relacionadas com o seu recurso.

Prazos para um recurso rápido

- Se a sua saúde assim o exigir, peça à organização revisora independente um recurso rápido.

- Se a organização concordar em fornecer-lhe um “recurso rápido”, a organização de avaliação tem de apresentar-lhe uma resposta ao seu recurso de Nível 2 **no prazo de 72 horas** depois de receber a sua solicitação de recurso.

Prazos para um recurso normal

- Relativamente a recursos normais, a organização revisora tem de dar-lhe uma resposta ao seu recurso de Nível 2 **no prazo de 7 dias de calendário** depois de receber o seu recurso se for relativo a um medicamento que ainda não recebeu. Se solicitar o reembolso por um medicamento que já comprou, a organização revisora tem de apresentar-lhe uma resposta ao seu recurso de Nível 2 **no prazo de 14 dias de calendário** depois de receber o seu pedido.

Passo 3: A organização revisora independente apresenta-lhe a sua resposta.

Relativamente a recursos rápidos:

- **Se a organização revisora independente responder positivamente a uma parte ou à totalidade do que solicitou**, teremos de fornecer a cobertura de medicamentos que foi aprovada pela organização revisora **no prazo de 24 horas** depois de recebermos a decisão da organização revisora.

Relativamente a recursos normais:

- **Se a organização revisora independente responder afirmativamente a uma parte ou à totalidade do seu pedido de cobertura**, teremos de fornecer a **cobertura de medicamentos** que foi aprovada pela organização revisora **no prazo de 72 horas** depois de recebermos a decisão da organização revisora.
- **Se a organização revisora independente aprovar parte ou a totalidade do seu pedido de reembolso** por um medicamento que já comprou, somos obrigados a **enviar-lhe o pagamento no prazo de 30 dias de calendário** depois de recebermos a decisão da organização revisora.

E se a organização revisora responder negativamente ao seu recurso?

Se essa organização responder negativamente a uma parte ou à totalidade do seu recurso, significa que concorda com a nossa decisão de não aprovar o seu pedido (ou parte do seu pedido). (Tal é denominado **manter a decisão** ou **recusar o seu recurso**.) Neste caso, a organização revisora independente irá enviar-lhe uma carta:

- Explicando a decisão.
- Notificando-o do direito a um recurso de Nível 3 se o valor em dólares da cobertura de medicamentos cumprir um determinado mínimo. Se o valor em dólares da

cobertura de medicamentos que solicitou for muito baixo, não poderá apresentar outro recurso e a decisão no Nível 2 é definitiva.

- Informando-o do valor em dólares que tem de estar em disputa para continuar com o processo de recurso.

Passo 4: Se o seu caso cumprir os requisitos, poderá escolher se quer levar o seu recurso adiante.

- Há três níveis adicionais no processo de recurso após o Nível 2 (num total de cinco níveis de recurso).
- Se quiser continuar para um recurso de Nível 3, os detalhes sobre como fazê-lo estão no aviso por escrito que recebe após a decisão do seu recurso de Nível 2.
- O recurso de Nível 3 é tratado por um Juiz de Direito Administrativo ou procurador judicial. A Secção 10 deste capítulo apresenta mais informação sobre o processo relativamente a recursos de Nível 3, 4 e 5.

SECÇÃO 8 Como solicitar cobertura relativamente a um internamento hospitalar mais longo se lhe parecer que o prestador de cuidados de saúde lhe dá demasiado cedo

Quando é admitido num hospital, você tem o direito de receber todos os serviços hospitalares cobertos necessários para diagnosticar e tratar a sua doença ou lesão.

Durante o seu internamento hospitalar coberto, o seu prestador de cuidados de saúde e a equipa do hospital irão coordenar-se consigo para o preparar para o dia em que irá deixar o hospital. Ajudá-lo-ão a providenciar os cuidados de que poderá precisar após a sua saída.

- O dia em que sai do hospital é denominado **data da alta**.
- Quando a sua data de alta for decidida, o seu prestador de cuidados de saúde ou a equipa do hospital informá-lo-ão.
- Se considerar que lhe está a ser pedido que saia do hospital demasiado cedo, poderá solicitar um internamento hospitalar mais longo, e o seu pedido será considerado.

Secção 8.1	Durante o internamento hospitalar, receberá uma notificação por escrito do Medicare que trata dos seus direitos
-------------------	--

Nos dois dias após ter sido internado num hospital, ser-lhe-á dada uma notificação por escrito chamada *Uma mensagem importante do Medicare sobre os seus direitos*. Todas as pessoas com Medicare recebem uma cópia deste aviso.

Se não receber o aviso de alguém no hospital (por exemplo, um assistente ou enfermeiro), peça-o a qualquer funcionário do hospital. Se necessitar de ajuda, telefone para o Serviço de Atendimento a Membros ou 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas por dia, 7 dias por semana (TTY 1-877-486-2048).

1. Leia este aviso com atenção e faça perguntas se não o entender. Informa-o sobre:

- O seu direito de receber serviços cobertos pelo Medicare durante e após a sua estadia no hospital, conforme solicitado pelo seu prestador de cuidados de saúde. Tal inclui o direito de saber quais são os serviços, quem os pagará e onde pode obtê-los.
- O seu direito de participar em quaisquer decisões sobre a sua estadia no hospital.
- Onde comunicar quaisquer preocupações que tenha sobre a qualidade do seu atendimento hospitalar.
- O seu direito de **pedir uma revisão imediata** da decisão da alta se lhe parecer que está a receber alta do hospital demasiado cedo. Esta é uma maneira formal e legal de solicitar um atraso na data de alta para que possamos cobrir os seus cuidados hospitalares por mais tempo.

2. Ser-lhe-á pedido que assine o aviso por escrito para mostrar que o recebeu e que compreende os seus direitos.

- Será pedido a si ou a alguém que esteja a agir em seu nome que assine o aviso.
- Assinar o aviso mostra **apenas** que recebeu as informações sobre os seus direitos. O aviso não indica a sua data de alta. A assinatura do aviso **não significa** que esteja a concordar com uma data de alta.

3. Guarde a sua cópia do aviso à mão para que disponha das informações sobre como apresentar um recurso (ou relatar uma preocupação sobre a qualidade dos cuidados), se necessário.

- Se assinar o aviso mais de dois dias antes da data da alta hospitalar, receberá outra cópia antes da data agendada para a alta.

- Para ver uma cópia deste aviso com antecedência, pode telefonar para o Serviço de Atendimento a Membros ou 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. Também pode consultar o aviso online em www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNH/HospitalDischargeappealNotices.

Secção 8.2	Passo a passo: Como apresentar um recurso de Nível 1 para alterar a sua data de alta hospitalar
-------------------	--

Se pretende solicitar que os seus serviços de internamento hospitalar sejam cobertos por nós por mais tempo, terá de cumprir o processo de recurso para efetuar essa solicitação. Antes de começar, entenda o que tem de fazer e quais são os prazos.

- **Cumpra o processo.**
- **Cumpra os prazos.**
- **Peça ajuda se precisar.** Se tiver dúvidas ou precisar de ajuda a qualquer momento, telefone para o Serviço de Atendimento a Membros. Também pode telefonar para o Massachusetts Health Insurance Assistance Program (Programa de Assistência a Seguros de Saúde do Massachusetts), uma organização governamental que oferece assistência personalizada.

Durante um recurso de Nível 1, a Organização de Melhoria da Qualidade analisa o seu recurso. Verifica se a data de alta agendada é medicamente apropriada para si.

A **Organização de Melhoria da Qualidade** é um grupo de médicos e outros prestadores de cuidados de saúde pagos pelo governo federal para verificar e melhorar a qualidade do atendimento prestado a pessoas com Medicare. Tal inclui a revisão das datas de alta hospitalar para pessoas com Medicare. Estes especialistas não fazem parte do nosso plano.

Passo 1: Entre em contacto com a Organização de Melhoria da Qualidade do Massachusetts e peça uma revisão imediata da sua alta hospitalar. Tem de agir rapidamente.

Como pode contactar esta organização?

- A notificação por escrito que recebeu (*Uma mensagem importante do Medicare sobre os seus direitos*) informa como entrar em contacto com esta organização. Também pode encontrar o nome, o endereço e o número de telefone da Organização de Melhoria da Qualidade do Massachusetts no Capítulo 2.

Aja rapidamente:

- Para pedir um recurso, tem de contactar a Organização de Melhoria da Qualidade **antes de sair do hospital e o mais tarde à meia-noite do dia da alta.**
 - **Se cumprir este prazo**, poderá ficar no hospital *depois* da sua data de alta *sem pagar por isso* enquanto espera para obter a decisão da Organização de Melhoria da Qualidade.
 - **Se não cumprir este prazo** e decidir ficar no hospital após a 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 entrar em contacto com a Organização de Melhoria da Qualidade e ainda pretender recorrer, tem de apresentar um recurso diretamente ao nosso plano. Para obter os detalhes sobre essa outra forma de apresentar o seu recurso, consulte a **Secção 8.3** deste capítulo.

Assim que solicitar uma análise imediata da sua alta hospitalar, a Organização de Melhoria da Qualidade irá contactar-nos. Até ao meio-dia do dia seguinte ao nosso contacto, iremos fornecer-lhe uma **Notificação Detalhada de Alta**. Esta notificação informa a data de alta agendada e explica detalhadamente os motivos pelos quais o seu prestador de cuidados de saúde, o hospital e nós pensamos que é correto (cl clinicamente apropriado) que tenha alta nessa data.

Pode obter uma amostra da **Notificação Detalhada da Alta** telefonando para o Serviço de Atendimento a Membros ou 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 1-877-486-2048.) Em alternativa, pode consultar um exemplo de aviso online em www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

Passo 2: A Organização de Melhoria da Qualidade conduz uma revisão independente do seu caso.

- Os profissionais de saúde da Organização de Melhoria da Qualidade (os revisores) perguntar-lhe-ão (ou ao seu representante) porque lhe parece que a cobertura dos serviços deverá continuar. Você não tem de preparar nada por escrito, mas pode fazê-lo, se quiser.
- Os revisores também examinarão as suas Informações Médicas, falarão com seu prestador de cuidados de saúde e analisarão as informações que o hospital e nós lhe fornecermos.

- Até ao meio-dia do dia após os revisores nos informarem sobre o seu recurso, receberá uma notificação por escrito que indica a sua data de alta agendada. Esta notificação também explica detalhadamente os motivos pelos quais o seu prestador de cuidados de saúde, o hospital e nós pensamos que é correto (cl clinicamente apropriado) que tenha alta nessa data.

Passo 3: No prazo de um dia inteiro após ter todas as informações necessárias, a Organização de Melhoria da Qualidade dar-lhe-á a resposta ao seu recurso.

O que acontece se a resposta for positiva?

- Se a organização revisora responder afirmativamente, **somos obrigados a continuar a cobrir os seus serviços hospitalares de internamento cobertos durante o tempo que forem medicamente necessários.**
- Você terá de continuar a pagar a sua parte nos custos (como franquias ou copagamentos se aplicável). Além disso, pode haver limitações nos seus serviços hospitalares cobertos. Como membro CCA Senior Care Options, tem responsabilidade de partilha de custos de \$0.

O que acontece se a resposta for negativa?

- Se a organização revisora responder negativamente, está a afirmar 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** àquele em que a Organização de Melhoria da Qualidade lhe entregar a sua resposta ao seu recurso.
- Se a organização revisora responder negativamente ao seu recurso e você se decidir ficar no hospital, **poderá ter de pagar o custo total** de atendimento hospitalar que receber após o meio-dia do dia seguinte à Organização de Melhoria da Qualidade entregar resposta ao seu recurso.

Passo 4: Se a resposta ao seu recurso de Nível 1 for de rejeição, você decide se pretende apresentar outro recurso.

- 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 outro recurso. Apresentar outro recurso significa que vai passar para o **Nível 2** do processo de recurso.

Secção 8.3	Passo a passo: Como apresentar um recurso de Nível 2 para alterar a data de alta hospitalar
-------------------	--

Num recurso de Nível 2, você pede à Organização de Melhoria da Qualidade que analise novamente a decisão no seu primeiro recurso. Se a Organização de Melhoria da Qualidade recusar o seu recurso de Nível 2, você pode ter de pagar o custo total da sua permanência após a data de alta agendada.

Passo 1: Contacte a Organização de Melhoria da Qualidade novamente e peça outra revisão.

- Pode solicitar esta revisão **no prazo de 60 dias de calendário** após o dia em que a Organização de Melhoria da Qualidade respondeu negativamente ao seu recurso de Nível 1. Pode solicitar essa revisão apenas se permanecer no hospital após a data em que a cobertura do atendimento tiver terminado.

Passo 2: A Organização de Melhoria da Qualidade faz uma segunda revisão da sua situação.

- Os revisores da Organização de Melhoria da Qualidade examinarão cuidadosamente todas as informações relacionadas com o seu recurso.

Passo 3: No prazo de 14 dias de calendário após a receção de um recurso de Nível 2, os revisores decidirão sobre o seu recurso e informá-lo-ão da sua decisão.

Se a organização revisora responder positivamente:

- **Somos obrigados a reembolsá-lo** pela nossa parte dos custos de atendimento hospitalar que recebeu desde o meio-dia do dia seguinte à data em que o seu primeiro recurso foi rejeitado pela Organização de Melhoria da Qualidade. **Somos obrigados a continuar a fornecer cobertura aos seus cuidados hospitalares de internamento enquanto for medicamente necessário.**
- Você tem de continuar a pagar a sua parte dos custos e podem ser aplicadas limitações de cobertura.

Se a organização revisora responder negativamente:

- Significa que concordam com a decisão que tomaram em relação ao seu recurso de Nível 1.
- O aviso que receberá informará por escrito o que pode fazer se pretender continuar com o processo de revisão.

Passo 4: Se a resposta for negativa, terá de decidir se pretende levar o recurso adiante, passando para o Nível 3.

- Há três níveis adicionais no processo de recurso após o Nível 2 (num total de cinco níveis de recurso). Os detalhes sobre como pedir um recurso de Nível 3 estão no aviso por escrito que recebe após a decisão do seu recurso de Nível 2.
- O recurso de Nível 3 é tratado por um Juiz de Direito Administrativo ou procurador judicial. A **Secção 10** deste capítulo apresenta mais informação sobre o processo relativamente a recursos de Nível 3, 4 e 5.

Secção 8.4	E se não cumprir o prazo para apresentar o seu Recurso de Nível 1?
-------------------	---

Termo legal

Uma “revisão rápida” (ou recurso rápido) também é denominada recurso acelerado .

Você pode recorrer perante nós em vez disso

Conforme explicado acima, tem de agir rapidamente para iniciar o seu recurso de Nível 1 relativamente à sua alta hospitalar. Se não cumprir o prazo para entrar em contacto com a Organização de Melhoria da Qualidade, há outra forma de apresentar o seu recurso.

Se recorrer a essa outra forma de apresentar o seu recurso, **os primeiros dois níveis de recurso são diferentes.**

Passo a passo: Como apresentar um recurso Alternativo de Nível 1

Passo 1: Contacte-nos e peça uma “revisão rápida.”

- **Peça uma “revisão rápida.”** Tal significa que nos pede para fornecermos uma resposta usando os prazos “rápidos” em vez dos prazos “normais”. O Capítulo 2 inclui informações de contacto.

Passo 2: Fazemos uma revisão rápida da data de alta agendada, verificando se foi medicamente apropriada.

- Durante esta revisão, verificamos todas as informações sobre a sua permanência no hospital. Verificamos se a data de alta agendada foi medicamente apropriada. Verificamos se a decisão sobre quando deve deixar o hospital foi justa e se seguiu todas as regras.

Passo 3: Informá-lo-emos da nossa decisão no prazo de 72 horas após solicitar uma revisão rápida.

- **Se respondermos afirmativamente ao recurso**, significa que concordámos consigo e que continua a necessitar internamento no hospital após a data da alta. Continuaremos a fornecer os serviços hospitalares abrangidos durante o tempo que for medicamente necessário. Tal também significa que concordamos em reembolsá-lo pela nossa parte nos custos dos cuidados que tenha recebido desde a data em que afirmámos que a sua cobertura iria terminar. (Você tem de pagar a sua parte dos custos e pode haver limitações de cobertura aplicáveis.)
- **Se respondermos negativamente ao seu recurso**, estamos a afirmar que a sua data de alta agendada foi medicamente apropriada. A nossa cobertura relativamente aos seus serviços de internamento hospitalar termina no dia em que declarámos que a cobertura iria terminar.
 - Se permaneceu no hospital *depois* da sua data de alta agendada, **pode ter de pagar o custo total** do atendimento hospitalar recebido após a data de alta agendada.

Passo 4: Se dissermos que *Não* ao seu recurso, o seu caso será automaticamente enviado para o nível seguinte do processo de recurso.

Passo a passo: Processo de recurso de Nível 2 *Alternativo*

Termo legal
O nome formal da organização revisora independente é Entidade de Revisão Independente . Por vezes é denominada IRE .

A organização revisora independente é uma organização independente contratada pelo Medicare. Não está associada ao nosso plano e não é uma agência governamental. Esta organização decide se a decisão que tomámos está correta ou se deve ser alterada. O Medicare supervisiona o seu trabalho.

Passo 1: Encaminharemos automaticamente o seu caso para a organização revisora independente.

- Somos obrigados a enviar as informações do seu recurso de Nível 2 para a organização revisora independente no prazo de 24 horas a partir do momento em que o avisamos de que recusamos o seu primeiro recurso. (Se achar que não estamos a cumprir este ou outros prazos, pode apresentar uma reclamação. A Secção 11 deste capítulo explica como apresentar uma reclamação.)

Passo 2: A organização revisora independente faz uma revisão rápida do seu recurso. Os revisores respondem em 72 horas.

- Os revisores da organização revisora independente examinarão cuidadosamente todas as informações relacionadas com seu recurso de alta hospitalar.
- **Se essa organização responder afirmativamente ao seu recurso**, somos obrigados a devolver-lhe a sua parte dos custos dos cuidados que recebeu desde a data da sua alta agendada. Somos também obrigados a continuar a cobertura do plano dos seus serviços hospitalares como doente internado enquanto for medicamente necessária. Você tem de continuar a pagar a sua parte dos custos. Se houver limitações de cobertura, as mesmas podem limitar quanto reembolsamos ou por quanto tempo continuamos a cobrir os seus serviços.
- **Se essa organização responder negativamente ao seu recurso**, isso significa que concorda que a data de alta hospitalar agendada foi medicamente apropriada.
 - A notificação por escrito que receber da organização revisora independente dir-lhe-á como iniciar um recurso de Nível 3, que é tratado por um Juiz de Direito Administrativo ou procurador judicial.

Passo 3: Se a organização revisora independente recusar o seu recurso, você decide se pretende levá-lo adiante.

- Há três níveis adicionais no processo de recurso após o Nível 2 (num total de cinco níveis de recurso). Se os revisores responderem negativamente ao seu recurso de Nível 2, você decide se aceita a decisão ou se passa para o Nível 3.
- A Secção 10 deste capítulo apresenta mais informação sobre o processo relativamente a recursos de Nível 3, 4 e 5.

SECÇÃO 9 Como solicitar-nos para continuarmos a cobrir determinados serviços médicos se lhe parecer que a sua cobertura está a terminar demasiado cedo

Secção 9.1	Esta secção trata apenas de três serviços: Cuidados de saúde ao domicílio, cuidados de enfermagem especializados e serviços de Centros de Reabilitação Ambulatorial Abrangente (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF)
-------------------	--

Quando recebe **serviços de cuidados de saúde ao domicílio, cuidados de enfermagem especializados ou cuidados de reabilitação (Centro de Reabilitação Ambulatorial**

Abrangente), tem o direito de continuar a receber os seus serviços cobertos para esse tipo de cuidados enquanto os cuidados forem necessários para diagnosticar e tratar a sua doença ou lesão.

Quando decidimos que é o momento de interromper a cobertura de qualquer um dos três tipos de cuidados para si, somos obrigados a informá-lo com antecedência. Quando a sua cobertura para este cuidado terminar, **deixaremos de pagar pelos 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 solicitar um recurso.

Secção 9.2 Avisaremos com antecedência quando a sua cobertura terminar

Termo legal

Notificação de não cobertura Medicare. Informa como pode solicitar um **recurso rápido**. Solicitar um recurso acelerado é uma maneira formal e legal de solicitar uma alteração da nossa decisão de cobertura sobre quando interromper o seu tratamento.

1. **Receberá um aviso por escrito** pelo menos dois dias antes de o nosso plano deixar de cobrir os seus cuidados. O aviso informa sobre:
 - A data em que deixaremos de cobrir os seus cuidados.
 - Como solicitar um “recurso rápido” para nos solicitar que continuemos a cobrir os seus cuidados por um período mais longo.
2. **Será pedido a si ou a alguém que esteja a agir em seu nome que assine o aviso por escrito para demonstrar que o recebeu.** Assinar o aviso *apenas* mostra que recebeu as informações sobre quando a sua cobertura será interrompida. **Assinar não significa que concorda** com o plano e de que é o momento de parar de receber o atendimento.

Secção 9.3 Passo a passo: Como apresentar um recurso de Nível 1 para que o nosso plano cubra os seus cuidados durante mais tempo

Se nos quiser solicitar para cobrirmos os seus cuidados durante um período mais longo, terá de cumprir o processo de recurso e efetuar a solicitação. Antes de começar, entenda o que tem de fazer e quais são os prazos.

- **Cumpra o processo.**

- **Cumpra os prazos.**
- **Peça ajuda se precisar.** Se tiver dúvidas ou precisar de ajuda a qualquer momento, telefone para o Serviço de Atendimento a Membros. Também pode telefonar para o Massachusetts Health Insurance Assistance Program (Programa de Assistência a Seguros de Saúde do Massachusetts), uma organização governamental que oferece assistência personalizada.

Durante um recurso de Nível 1, a Organização de Melhoria da Qualidade analisa o seu recurso. Decide se a data de fim dos seus cuidados é clinicamente adequada.

Passo 1: Apresentar o seu recurso de Nível 1: entre em contacto com a Organização de Melhoria da Qualidade do seu estado e peça um *recurso acelerado*. Tem de agir rapidamente.

Como pode contactar esta organização?

- A notificação por escrito que recebeu (**Notificação de não cobertura Medicare**) informa como entrar em contacto com esta organização. Também pode encontrar o nome, o endereço e o número de telefone da Organização de Melhoria da Qualidade do Massachusetts no Capítulo 2.

Aja rapidamente:

- Tem de entrar em contacto com a Organização de Melhoria da Qualidade para iniciar o seu recurso **até ao meio-dia do dia anterior à data de vigência** do Aviso de Não Cobertura do Medicare.
- Se não cumprir o prazo para contactar a Organização de Melhoria da Qualidade sobre o seu recurso, e ainda assim quiser apresentar um recurso, tem, em vez disso, de apresentar um recurso diretamente a nós. Para obter os detalhes sobre essa outra forma de apresentar o seu recurso, consulte a **Secção 9.4** deste capítulo.

Passo 2: A Organização de Melhoria da Qualidade conduz uma revisão independente do seu caso.

Termo legal
Explicação detalhada da não cobertura. Aviso que fornece detalhes sobre os motivos para terminar a cobertura.

O que acontece durante esta revisão?

- Os profissionais de saúde da Organização de Melhoria da Qualidade (os revisores) perguntar-lhe-ão, a si ou ao seu representante, porque lhe parece que a cobertura dos serviços deverá continuar. Você não tem de preparar nada por escrito, mas pode fazê-lo, se quiser.
- A organização revisora também examinará as suas informações médicas, conversará com o seu prestador de cuidados de saúde e analisará as informações que o nosso plano lhe fornecerá.
- No final do dia em que os revisores nos informem sobre o seu recurso, também receberá a **Explicação detalhada de não cobertura** da nossa parte que explica em detalhe os nossos motivos para terminarmos a cobertura dos seus serviços.

Passo 3: No prazo de um dia completo depois de terem todas as informações de que precisam, os revisores irão informá-lo da sua decisão.

O que acontece se os revisores responderem positivamente?

- Se os revisores responderem positivamente ao seu recurso, **somos obrigados a continuar a fornecer-lhe os seus serviços cobertos pelo tempo que for medicamente necessário.**
- Você terá de continuar a pagar a sua parte nos custos (como franquias ou copagamentos se aplicável). Como membro CCA Senior Care Options, tem responsabilidade de partilha de custos de \$0. Pode haver limitações nos seus serviços cobertos.

O que acontece se os revisores responderem negativamente?

- Se os revisores responderem negativamente, **a sua cobertura terminará na data que lhe referimos.**
- Se decidir continuar a receber os cuidados de saúde domiciliares, cuidados em enfermaria especializada ou serviços de Centros de Reabilitação Ambulatorial Abrangente (CORF) **depois** desta data em que a sua cobertura termina, **terá de pagar o custo total** desse atendimento.

Passo 4: Se a resposta ao seu recurso de Nível 1 for de rejeição, você decide se pretende apresentar outro recurso.

- Se os revisores responderem negativamente ao seu recurso de Nível 1 E se optar por continuar a receber o atendimento após o término da sua cobertura, poderá apresentar um recurso de Nível 2.

Secção 9.4	Passo a passo: Como apresentar um recurso de Nível 2 para que o nosso plano cubra os seus cuidados durante mais tempo
-------------------	--

Durante um recurso de Nível 2, você pede à Organização de Melhoria da Qualidade que analise novamente a decisão tomada no seu primeiro recurso. Se a Organização de Melhoria da Qualidade recusar o seu recurso de Nível 2, você pode ter de pagar pelo custo total dos seus cuidados de saúde domiciliares, cuidados em enfermaria especializada ou serviços de Centros de Reabilitação Ambulatorial Abrangente (CORF) *depois* da data que declarámos como a data de término da sua cobertura.

Passo 1: Contacte a Organização de Melhoria da Qualidade novamente e peça outra revisão.

- Você tem de solicitar esta revisão **no prazo de 60 dias** após o dia em que a Organização de Melhoria da Qualidade respondeu *negativamente* ao seu recurso de Nível 1. Você apenas pode solicitar esta revisão se continuar a receber cuidados após a data em que a sua cobertura de cuidados tiver terminado.

Passo 2: A Organização de Melhoria da Qualidade faz uma segunda revisão da sua situação.

- Os revisores da Organização de Melhoria da Qualidade examinarão cuidadosamente todas as informações relacionadas com o seu recurso.

Passo 3: No prazo de 14 dias após a receção da sua solicitação de recurso, os revisores decidirão sobre o seu recurso e informá-lo-ão da sua decisão.

O que acontece se a organização revisora responder positivamente?

- **Somos obrigados a reembolsar** a nossa parte dos custos de atendimento que recebeu desde a data que declarámos como a data de término da sua cobertura. **Somos obrigados a continuar a fornecer cobertura aos** cuidados enquanto for medicamente necessário.

- Você tem de continuar a pagar a sua parte dos custos e poderá haver limitações de cobertura aplicáveis.

O que acontece se a organização revisora responder negativamente?

- Tal significa que concorda com a decisão tomada no seu recurso de Nível 1.
- O aviso que receberá informará por escrito o que pode fazer se pretender continuar com o processo de revisão. Fornecerá os detalhes sobre como avançar para a próxima instância de recurso, que é tratada por um Juiz de Direito Administrativo ou procurador judicial.

Passo 4: Se a resposta for negativa, você terá de decidir se pretende levar o recurso adiante.

- Existem três níveis adicionais de recurso após o Nível 2, num total de cinco níveis de recurso. Se quiser continuar para um recurso de Nível 3, os detalhes sobre como fazê-lo estão no aviso por escrito que recebe após a decisão do seu recurso de Nível 2.
- O recurso de Nível 3 é tratado por um Juiz de Direito Administrativo ou procurador judicial. A Secção 10 deste capítulo apresenta mais informação sobre o processo relativamente a recursos de Nível 3, 4 e 5.

Secção 9.5	E se você não cumprir o prazo para apresentar o seu Recurso de Nível 1?
-------------------	--

Você pode recorrer perante nós em vez disso

Conforme explicado acima, você tem de agir rapidamente para entrar em contacto com a Organização de Melhoria da Qualidade para iniciar o seu primeiro recurso (no prazo de um ou dois dias, no máximo). Se você não cumprir o prazo para entrar em contacto com esta organização, há outra forma de apresentar o seu recurso. Se recorrer a essa outra forma de apresentar o seu recurso, **os primeiros dois níveis de recurso são diferentes.**

Passo a passo: Como apresentar um recurso Alternativo de Nível 1

Termo legal
Uma revisão rápida (ou “recurso rápido”) também é denominada recurso acelerado .

Passo 1: Contacte-nos e peça uma revisão rápida.

- **Peça uma revisão rápida.** Tal significa que nos pede para fornecermos uma resposta usando os prazos rápidos em vez dos prazos padrão. O Capítulo 2 inclui informações de contacto.

Passo 2: Realizamos uma revisão rápida da decisão que tomámos sobre quando encerrar a cobertura dos seus serviços.

- Nesta revisão, examinamos novamente todas as informações sobre o seu caso. Verificamos se cumprimos todas as regras quando marcámos a data do término da cobertura do plano relativamente aos serviços que você estava a receber.

Passo 3: Informá-lo-emos da nossa decisão no prazo de 72 horas após solicitar uma revisão rápida.

- **Se respondermos afirmativamente ao seu recurso**, significa que concordamos consigo, que você necessita de serviços por mais tempo e que continuaremos a fornecer os seus serviços cobertos pelo tempo que for medicamente necessário. Tal também significa que concordamos em reembolsá-lo pela nossa parte nos custos dos cuidados que tenha recebido desde a data em que afirmámos que a sua cobertura iria terminar. (Você tem de pagar a sua parte dos custos e pode haver limitações de cobertura aplicáveis.)
- **Se respondermos negativamente ao seu recurso**, a sua cobertura terminará na data que lhe referimos e não pagaremos nenhuma parcela dos custos após esta data.
- Se continuou a receber cuidados de saúde domiciliares, cuidados de enfermagem especializados ou serviços de Centro de Reabilitação Ambulatorial Abrangente (CORF) **depois** da data que declarámos como a data de término da sua cobertura, **terá de pagar o custo total** desses cuidados.

Passo 4: Se respondermos negativamente ao seu recurso rápido, o seu caso avançará automaticamente para o nível seguinte do processo de recurso.

Termo legal
O nome formal da organização revisora independente é Entidade de Revisão Independente . Por vezes é denominada IRE .

Passo a passo: Processo de recurso de Nível 2 Alternativo

Durante o recurso de Nível 2, a **organização revisora independente** analisa a decisão que tomámos relativamente ao seu “recurso rápido.” Esta organização decide se a decisão que tomámos deve ser alterada. **A organização revisora independente é uma organização independente contratada pelo Medicare.** Esta organização não está vinculada ao nosso plano e não é uma agência governamental. Esta organização é uma empresa escolhida pelo Medicare para realizar o trabalho de organização revisora independente. O Medicare supervisiona o seu trabalho.

Passo 1: Encaminhamos automaticamente o seu caso para a organização revisora independente.

- Somos obrigados a enviar as informações do seu recurso de Nível 2 para a organização revisora independente no prazo de 24 horas a partir do momento em que o avisamos de que recusamos o seu primeiro recurso. (Se achar que não estamos a cumprir este ou outros prazos, pode apresentar uma reclamação. A Secção 11 deste capítulo explica como apresentar uma reclamação.)

Passo 2: A organização revisora independente faz uma revisão rápida do seu recurso. Os revisores respondem em 72 horas.

- Os revisores da organização revisora independente examinarão cuidadosamente todas as informações relacionadas com o seu recurso.
- **Se essa organização responder positivamente ao seu recurso**, somos obrigados a devolver-lhe a nossa parte dos custos dos cuidados que recebeu desde a data em que afirmámos que a sua cobertura iria terminar. Somos também obrigados a continuar a cobrir os cuidados pelo tempo que for medicamente necessário. Você tem de continuar a pagar a sua parte dos custos. Se houver limitações de cobertura, as mesmas podem limitar quanto reembolsamos ou por quanto tempo continuamos a cobrir os serviços.
- **Se essa organização responder negativamente ao seu recurso**, significa que concordam com a decisão que o nosso plano tomou em relação ao seu primeiro recurso e não a alterarão.
 - O aviso que recebe da organização revisora independente informará por escrito o que pode fazer se pretender continuar para um recurso de Nível 3.

Passo 3: Se a organização revisora independente recusar o seu recurso, o membro decide se pretende levá-lo adiante.

- Existem três níveis adicionais de recurso após o Nível 2, num total de cinco níveis de recurso. Se quiser continuar para um recurso de Nível 3, os detalhes sobre como fazê-lo estão no aviso por escrito que recebe após a decisão do seu recurso de Nível 2.
- Um recurso de Nível 3 é analisado por um Juiz de Direito Administrativo ou procurador judicial. A Secção 10 deste capítulo apresenta mais informação sobre o processo relativamente a recursos de Nível 3, 4 e 5.

SECÇÃO 10 Encaminhar o seu recurso para o Nível 3 e além

Secção 10.1 Níveis de recurso 3, 4 e 5 para pedidos de serviços médicos

Esta secção pode ser apropriada para si se apresentar um recurso de Nível 1 e um recurso de Nível 2 e se ambos os recursos forem rejeitados.

Se o valor em dólares do produto ou serviço médico relativamente ao qual você recorreu satisfazer certos níveis mínimos, você poderá prosseguir para níveis adicionais de recurso. Se o valor em dólares for menor do que o nível mínimo, não poderá recorrer mais. A resposta por escrito que receber ao seu recurso de Nível 2 explicará como solicitar um recurso de Nível 3.

Para a maioria das situações que envolvam recursos, os três últimos níveis de recurso funcionam da mesma maneira. São as seguintes as pessoas que lidam com a revisão do seu recurso em cada um destes níveis.

Recurso de Nível 3 Um Juiz de Direito Administrativo ou procurador judicial que trabalhe para o governo Federal analisará o seu recurso e dará uma resposta.

- **Se o Juiz de Direito Administrativo ou o procurador judicial responderem positivamente ao seu recurso, o processo de recurso pode ou não terminar.** Ao contrário de uma decisão de Nível 2, temos o direito de recorrer de uma decisão de Nível 3 que seja favorável para si. Se decidirmos recorrer, o processo irá para um Recurso de Nível 4.
 - Se decidirmos *não* recorrer, somos obrigados a autorizar ou fornecer o serviço no prazo de 60 dias de calendário após a receção da decisão do Juiz de Direito Administrativo ou procurador judicial.

- Se decidirmos recorrer da decisão, enviaremos uma cópia da solicitação de Recurso de Nível 4 com todos os documentos associados. Podemos esperar pela decisão do Recurso de Nível 4 antes de autorizar ou fornecer o serviço em litígio.
- **Se o Juiz de Direito Administrativo ou o procurador judicial responderem negativamente ao seu recurso, o processo de recurso pode ou não terminar.**
 - Se você decidir aceitar esta decisão que rejeita o seu recurso, o processo de recurso termina.
 - Se não quiser aceitar a decisão, pode continuar para o próximo nível do processo de revisão. O aviso que receber dir-lhe-á o que fazer para um Recurso de Nível 4.

Recurso de Nível 4 **O Appeals Council (Conselho de Recursos) do Medicare (Conselho)** irá rever o seu recurso e apresentar-lhe uma resposta. O Conselho faz parte do governo federal.

- **Se a resposta for afirmativa ou se o Conselho recusar o nosso pedido de revisão de uma decisão de recurso de Nível 3 favorável, o processo de recurso pode ou não terminar.** Ao contrário de uma decisão de Nível 2, temos o direito de recorrer de uma decisão de Nível 4 que seja favorável para si. Decidiremos se recorrer desta decisão para o Nível 5.
 - Se decidirmos *não* recorrer da decisão, somos obrigados a autorizar ou fornecer o serviço no prazo de 60 dias de calendário após a receção da decisão do Conselho.
 - Se decidirmos recorrer da decisão, informá-lo-emos por escrito.
- **Se a resposta for Não ou se o Conselho recusar o pedido de revisão, o processo de recurso *pode* ou *não* terminar.**
 - Se você decidir aceitar esta decisão que rejeita o seu recurso, o processo de recurso termina.
 - Se você não quiser aceitar a decisão, poderá continuar para o nível seguinte do processo de revisão. Se o Conselho responder negativamente ao seu recurso, o aviso que receber informará se as regras permitem que prossiga para um Recurso de Nível 5 e como continuar para um Recurso de Nível 5.

Recurso de Nível 5 Um juiz no **Tribunal Distrital Federal** irá analisar o seu recurso.

- Um juiz irá analisar todas as informações e decidir *positivamente* ou *negativamente* em relação ao seu pedido. Esta é uma resposta final. Não há mais níveis de recurso após o Tribunal Distrital Federal.

Secção 10.2 Recursos adicionais do MassHealth (Medicaid)

Também tem outros direitos de recurso se o seu recurso for relativo a serviços ou itens que o MassHealth (Medicaid) geralmente cobre. A carta que receber do gabinete de Audiência Justa informará o que fazer se pretender continuar com o processo de recurso.

Secção 10.3 Recursos de Nível 3, 4 e 5 para solicitações de medicamentos da Parte D

Esta secção pode ser apropriada para si se apresentar um recurso de Nível 1 e um recurso de Nível 2 e se ambos os recursos forem rejeitados.

Se o valor do medicamento relativamente ao qual você recorreu atingir um determinado valor em dólares, poderá prosseguir para níveis adicionais de recurso. Se o valor em dólares for menor, não poderá recorrer mais. A resposta por escrito que receber ao seu recurso de Nível 2 explicará com quem entrar em contacto e o que fazer para solicitar um recurso de Nível 3.

Para a maioria das situações que envolvam recursos, os três últimos níveis de recurso funcionam da mesma maneira. São as seguintes as pessoas que lidam com a revisão do seu recurso em cada um destes níveis.

Recurso de Nível 3 Um juiz (denominado **Juiz de Direito Administrativo**) ou **procurador judicial que trabalhe para o governo Federal** analisará o seu recurso e dará uma resposta.

- **Se a resposta for positiva, o processo de recurso está encerrado.** Somos obrigados a **autorizar ou fornecer a cobertura de medicamentos** que tenha sido aprovada pelo Juiz de Direito Administrativo ou procurador judicial **no prazo de 72 horas (24 horas relativamente a recursos acelerados) ou efetuar o pagamento até 30 dias de calendário** depois de recebermos a decisão.
- **Se a resposta for negativa, o processo de recurso pode ou não terminar.**
 - Se você decidir aceitar esta decisão que rejeita o seu recurso, o processo de recurso termina.

- Se não quiser aceitar a decisão, pode continuar para o próximo nível do processo de revisão. O aviso que receber dir-lhe-á o que fazer para um Recurso de Nível 4.

Recurso de Nível 4 O **Appeals Council (Conselho de Recursos) do Medicare (Conselho)** irá rever o seu recurso e apresentar-lhe uma resposta. O Conselho faz parte do governo federal.

- **Se a resposta for positiva, o processo de recurso está encerrado.** Somos obrigados a **autorizar ou fornecer a cobertura de medicamentos** que tenha sido aprovada pelo Conselho **no prazo de 72 horas (24 horas relativamente a recursos acelerados) ou efetuar o pagamento até 30 dias de calendário** depois de recebermos a decisão.
- **Se a resposta for negativa, o processo de recurso pode ou não terminar.**
 - Se você decidir aceitar esta decisão que rejeita o seu recurso, o processo de recurso termina.
 - Se você não quiser aceitar a decisão, poderá continuar para o nível seguinte do processo de revisão. Se o Conselho responder negativamente ao seu recurso ou negar o seu pedido de revisão do recurso, a notificação que receberá informará se as regras permitem que prossiga para um Recurso de Nível 5. Também informará quem contactar e o que fazer a seguir se optar por continuar com o seu recurso.

Recurso de Nível 5 Um juiz no **Tribunal Distrital Federal** irá analisar o seu recurso.

- Um juiz irá analisar todas as informações e decidir *positivamente* ou *negativamente* em relação ao seu pedido. Esta é uma resposta final. Não há mais níveis de recurso após o Tribunal Distrital Federal.

SECÇÃO 11 **Como apresentar uma reclamação sobre a qualidade do atendimento, tempo de espera, atendimento ao cliente ou outras questões**

Secção 11.1	Que tipo de problemas são tratados pelo processo de reclamação?
--------------------	--

O processo de reclamação é utilizado *apenas* para certos tipos de problemas. Tal inclui problemas relacionados com a qualidade do atendimento, tempo de espera e atendimento ao

cliente. Seguem-se alguns exemplos dos tipos de problemas tratados pelo processo de reclamação.

Reclamação	Exemplo
Qualidade do seu atendimento médico	• Está insatisfeito com a qualidade do atendimento que recebeu (incluindo atendimento no hospital)?
Respeito pela sua privacidade	• Alguém não respeitou o seu direito à privacidade ou divulgou informações confidenciais?
Desrespeito, mau atendimento ao cliente ou outros comportamentos negativos	• Alguém foi rude ou desrespeitoso consigo? • Está insatisfeito com o nosso Serviço de Apoio a Membros? • Acha que está a ser encorajado a abandonar o plano?
Tempos de espera	• Está a ter problemas para marcar uma consulta ou está a esperar demasiado tempo para o conseguir? • Ficou à espera demasiado tempo por médicos, farmacêuticos ou outros profissionais de saúde? Ou ficou à espera demasiado tempo pelo nosso Serviço de Atendimento a Membros ou por outra equipa do plano? ○ Os exemplos incluem esperar demasiado tempo ao telefone, na sala de espera, na sala de exames ou para obter uma receita.
Limpeza	• Está insatisfeito com a limpeza ou com as condições de uma clínica, hospital ou consultório prestador de cuidados de saúde?
Informações que obtém de nós	• Não lhe demos o aviso necessário? • A nossa informação escrita é difícil de compreender?

Capítulo 8 – O que fazer se tiver um problema ou uma reclamação (decisões de cobertura, recursos e reclamações)

Reclamação	Exemplo
Prontidão (Estes tipos de reclamações estão todos relacionados com a prontidão das nossas ações relacionadas com decisões de cobertura e recursos)	Se nos solicitou uma decisão de cobertura ou apresentou um recurso e lhe parece que não estamos a responder com rapidez suficiente, pode apresentar uma reclamação sobre a nossa lentidão. Seguem-se alguns exemplos: • Pediu-nos uma decisão de cobertura rápida ou um recurso rápido e respondemos negativamente; pode apresentar uma reclamação. • Parece-lhe que não estamos a seguir os prazos para decisões de cobertura ou recursos; pode apresentar uma reclamação. • Parece-lhe que não estamos a seguir os prazos para o cobrir ou reembolsar por determinados serviços médicos ou medicamentos que foram aprovados; pode apresentar uma reclamação. • Parece-lhe que não cumprimos os prazos necessários para encaminhar o seu caso para a organização revisora independente; pode apresentar uma reclamação.

Secção 11.2 Como apresentar uma reclamação

Termos legais

- Uma **Reclamação** também é conhecida como **queixa**.
- **Fazer uma reclamação** também é conhecida como **apresentar uma queixa**.
- **Utilizar o processo para apresentar uma reclamação** também é conhecido como **utilizar o processo para apresentar uma queixa**.
- **Reclamação rápida** também é conhecida como **reclamação acelerada**.

Secção 11.3 Passo a passo: Apresentar uma reclamação

Passo 1: Contacte-nos imediatamente, por telefone ou por escrito.

- **Normalmente, telefonar para o Serviço de Atendimento a Membros é o primeiro passo.** Se houver mais alguma coisa que precise de fazer, o Serviço de Atendimento a Membros informá-lo-á disso.
- **Se não quiser telefonar (ou se telefonou e não ficou satisfeito), pode apresentar uma reclamação por escrito e enviá-la para nós.** Responderemos à sua reclamação por escrito.
- Pode apresentar a reclamação a qualquer momento depois de ter encontrado o problema relativamente ao qual pretende reclamar. Iremos reconhecer a sua reclamação no prazo de um dia útil após a receção da mesma.
- Tem também o direito de apresentar uma reclamação expedita que possa incluir uma reclamação alegando que o CCA Senior Care Options recusou acelerar uma determinação da organização, determinação de cobertura, reconsideração ou nova determinação ou invocou uma extensão relativamente a um período(s) de determinação ou reconsideração de uma organização. O prazo para o CCA Senior Care Options responder a reclamações rápidas é de 24 horas após a receção da sua reclamação.
- **Quer telefone ou escreva, deve entrar em contacto com o Serviço de Atendimento a Membros imediatamente.** Pode apresentar a reclamação a qualquer momento depois de ter encontrado o problema relativamente ao qual pretende reclamar.

Passo 2: Analisaremos a sua reclamação e dar-lhe-emos a nossa resposta.

- **Se possível, responderemos imediatamente.** Se nos telefonar por causa de uma reclamação, poderemos responder-lhe durante a própria chamada.

- **A maioria das reclamações são respondidas no prazo de 30 dias de calendário.** Se precisarmos de mais informações e o atraso for do seu melhor interesse ou se solicitar mais tempo, poderemos demorar até 14 dias de calendário adicionais (44 dias de calendário no total) a responder à sua reclamação. Se decidirmos demorar mais tempo, informá-lo-emos por escrito.
- **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.** Se a sua reclamação for rápida, isso significa que lhe forneceremos **uma resposta no prazo de 24 horas.**
- **Se não concordarmos** com parte ou a totalidade da sua reclamação ou não nos responsabilizarmos pelo problema pelo qual está a reclamar, incluiremos os motivos na resposta que lhe enviarmos.

Secção 11.4	Também pode apresentar reclamações sobre a qualidade do atendimento à Organização de Melhoria da Qualidade
--------------------	---

Se a sua reclamação for sobre a *qualidade do atendimento*, também tem duas opções extra:

- **Pode apresentar a sua reclamação diretamente à Organização de Melhoria da Qualidade. A Organização de Melhoria da Qualidade** é um grupo de médicos e outros especialistas em saúde pagos pelo governo federal para verificar e melhorar o atendimento prestado aos doentes do Medicare. O Capítulo 2 inclui informações de contacto.

Ou

- **Pode apresentar a sua reclamação à Organização de Melhoria da Qualidade e a nós ao mesmo tempo.**

Secção 11.5	O membro também pode informar o Medicare e o MassHealth (Medicaid) sobre a sua reclamação
--------------------	--

Pode enviar uma reclamação sobre o CCA Senior Care Options diretamente ao Medicare. Para enviar uma reclamação ao Medicare, acesse a www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Também pode telefonar para 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Os utilizadores de TTY/TDD podem telefonar para 1-877-486-2048.

Pode enviar uma reclamação sobre o CCA Senior Care Options em qualquer momento diretamente ao MassHealth (Medicare). Pode fazê-lo telefonando para o Centro de

Atendimento ao Cliente do MassHealth (Medicaid) pelo número 1-800-841-2900 (TTY: 1-800-497-4648), de segunda a sexta-feira, das 8:00 a.m. às 5:00 p.m.

Secção 11.6	Reclamações sobre paridade de saúde mental
--------------------	---

As leis federais e estaduais exigem que todas as organizações de cuidados geridos, incluindo o CCA Senior Care Options, forneçam serviços de saúde comportamental aos membros do MassHealth (Medicaid) da mesma forma que prestam serviços de saúde física. Tal é conhecido como paridade. Em geral, significa que:

1. O CCA Senior Care Options tem de fornecer soluções para qualquer problema de saúde comportamental e uso de drogas que você possa ter com o mesmo nível de benefícios que fornece para outros problemas físicos.
2. No que se refere a serviços de saúde comportamental e de uso de drogas, o CCA Senior Care Options tem de ter requisitos de autorização prévia e limitações de tratamento semelhantes aos dos serviços de saúde física.
3. O CCA Senior Care Options tem de facultar a si ou ao seu prestador os critérios de necessidade médica usados pelo plano para autorização prévia mediante solicitação sua ou do seu prestador; e
4. O CCA Senior Care Options também tem de apresentar-lhe, num período razoável, o motivo de qualquer negação de autorização para serviços de saúde comportamental ou de uso de drogas.

Se lhe parecer que o CCA Senior Care Options não está a garantir paridade conforme explicado acima, tem o direito de registar uma reclamação junto do CCA Senior Care Options. Para obter mais informações sobre Queixas e como as apresentar, consulte a secção sobre como apresentar uma reclamação acima neste capítulo.

O membro também pode registar uma reclamação junto do MassHealth (Medicaid). Pode fazê-lo telefonando para o Centro de Atendimento ao Cliente do MassHealth (Medicaid) pelo número 1-800-841-2900 (TTY: 1-800-497-4648), de segunda a sexta-feira, das 8 am às 5 pm.

PROBLEMAS RELATIVOS AOS SEUS BENEFÍCIOS DO MASSHEALTH (MEDICAID)

SECÇÃO 12 Lidar com problemas relativos aos seus benefícios do MassHealth (Medicaid)

Direitos de recurso de Nível 2 do MassHealth (Medicaid) perante o Conselho de Audiências do MassHealth

Como membro do plano, você está coberto pelo Medicare e pelo MassHealth (Medicaid). Portanto, se estiver insatisfeito com qualquer ação ou omissão por parte do nosso plano (por exemplo, uma negação de um recurso de serviço), também tem o direito de recorrer para o MassHealth (Medicaid). A cada decisão sobre o recurso que tomarmos, enviar-lhe-emos informações por escrito sobre os seus direitos de recurso da nossa decisão perante o Conselho de Audiências do MassHealth (Medicaid).

Passo 1: Entre em contacto com o Conselho de Audiências do MassHealth (Medicaid) para solicitar a revisão do seu recurso

Pode solicitar uma audiência justa por meio do processo de recurso do Conselho de Audiências do MassHealth (Medicaid).

- Para apresentar um recurso de audiência do MassHealth (Medicaid), o MassHealth (Medicaid) tem de receber a sua solicitação de uma audiência justa até 30 dias de calendário a partir da data de envio da notificação por escrito de negação do recurso pelo CCA Senior Care Options.
- O pedido, juntamente com uma cópia do aviso de recusa final do plano, tem de ser enviado para:

Executive Office of Health & Human Services — Office of Medicaid
Board of Hearings
100 Hancock Street, 6th Floor
Quincy, MA 02171
Fax: 617-847-1204

Guarde uma cópia do pedido de audiência justa para sua informação.

- Para obter o “Formulário de Solicitação de Audiência Justa” ou para obter mais informações sobre os seus direitos de recurso, pode entrar em contacto com o Conselho de Audiências (Board of Hearings) pelo telefone 617-847-1200 ou 1-800-655-0338. O formulário também está disponível em: <https://www.mass.gov/doc/fair-hearing-request-form-2/download>.

Capítulo 8 – O que fazer se tiver um problema ou uma reclamação (decisões de cobertura, recursos e reclamações)

- Se o seu recurso for acelerado (revisto rapidamente) durante o processo de recurso interno do nosso plano (recurso de Nível 1), o Conselho de Audiências tem de receber o seu formulário de solicitação de audiência justa no prazo de 20 dias de calendário a partir da data de envio da notificação da rejeição do recurso por escrito pelo CCA Senior Care Options para que o seu recurso seja encaminhado para o Conselho de Audiências. No entanto, se o Conselho de Audiências receber o seu formulário de solicitação de audiência justa entre 21 e 30 dias de calendário a partir da data de envio da notificação da rejeição do recurso por escrito pelo plano, o Conselho de Audiências processará o seu recurso seguindo o prazo normal de recurso.
- Também pode optar por continuar a receber os serviços relativamente aos quais está a recorrer durante o processo de recurso do Conselho de Audiências. Se pretender que os serviços continuem durante o recurso, tem de enviar a sua solicitação de recurso ao Conselho de Audiências até dez (10) dias de calendário a partir da data de envio da decisão sobre o recurso do CCA Senior Care Options. Tem de informar o Conselho de Audiências de que pretende continuar a receber o serviço enquanto faz o recurso. Se continuar a receber serviços durante o processo de recurso do Conselho de Audiências, poderá ser responsável pelos custos destes serviços. Também pode optar por não continuar a receber serviços durante o seu recurso.

Passo 2: A área de recursos do Conselho de Audiências do MassHealth (Medicaid) analisa a argumentação do seu recurso e informa-o da resposta

O Conselho de Audiências analisará a argumentação do seu recurso e notificará-lo sobre a sua decisão.

- Se o Conselho de Audiências responder positivamente a uma parte ou à totalidade do que solicitou, somos obrigados a autorizar ou fornecer o serviço no prazo de 72 horas ou tão rapidamente quanto o seu estado de saúde o exigir.
- Se o Conselho de Audiências responder negativamente a uma parte ou à totalidade do que solicitou, isso significa que concorda com a decisão do nosso plano sobre o recurso.

Passo 3: Se a decisão for não a uma parte ou à totalidade do que solicitou, terá mais direitos de recurso no âmbito do MassHealth (Medicaid).

- Se não concordar com a decisão de audiência justa, terá mais direitos de recurso no âmbito do MassHealth (Medicaid). Será notificado sobre esses direitos de recurso se isso acontecer.

Pode entrar em contacto com o Serviço de Atendimento a Membros para solicitar ajuda relativamente ao processo de recurso ou para obter mais informações sobre os seus direitos de recurso.

SECÇÃO 13 Denúncia de fraude, desperdício ou abuso

Se lhe parece que possa ter observado fraude, desperdício ou abuso:

- **Telefone** para a linha direta de Conformidade CCA através do número 1-866-457-4953

ou
- **Envie um e-mail para** cca_compliance@commonwealthcare.org

Estamos empenhados em prevenir e/ou resolver qualquer fraude, desperdício ou abuso.

O membro, o seu familiar ou cuidador podem realizar uma denúncia. Os relatórios são confidenciais. O relatório pode ser anónimo. Não afetará os seus serviços.

O que são fraude, desperdício e abuso?

São todos os tipos de uso indevido de recursos, dinheiro ou propriedade da Commonwealth Care Alliance, Inc. ou do governo federal ou estadual.

- **Fraude:** Ações desonestas, realizadas propositadamente e sabendo que os recursos irão para alguém a quem não se destinam
- **Desperdício:** Quando um recurso é usado em excesso. O desperdício não é propositado.
- **Abuso:** Ações que resultam em custos ou pagamentos por serviços que não são medicamente necessários ou não são os cuidados habituais aceites

Exemplos:

- Faturação de serviços não fornecidos
- Não ser verdadeiro ao cobrar por serviços, como:
 - Mudar o tipo
 - Mudar as cobranças

- Mudar a data
- Mudar o prestador ou a pessoa que obteve os serviços
- Usar o cartão de identificação de membro de outra pessoa
- Entrega de equipamentos ou produtos a um membro num momento em que não precisava dos mesmos

Sugestões para se proteger de fraudes

Ofertas de ajuda médica gratuita ou tratamentos em anúncios, uma chamada telefónica ou visitas ao domicílio **podem ser fraude.**

O que fazer:

- Tenha cuidado!
- Leia a documentação da Commonwealth Care Alliance, Inc. e certifique-se de que recebeu os tratamentos cobrados. Questione tudo o não pareça correto.
- Não forneça as suas informações do Medicare, da Segurança Social, de conta bancária ou de cartão de crédito por telefone.
- Se alguém bater à sua porta, peça a identificação. Ninguém da Commonwealth Care Alliance, Inc. pode entrar em sua casa sem a sua permissão.

Para saber mais, aceda a www.ccama.org

CAPÍTULO 9:

Encerrar a sua associação ao plano

SECÇÃO 1 Introdução para rescindir a sua associação ao nosso plano

A rescisão da sua associação ao CCA Senior Care Options pode ser **voluntária** (é escolha sua) ou **involuntária** (não é escolha sua):

- Pode sair do nosso plano porque decidiu que *quer* fazê-lo. As Secções 2 e 3 fornecem informações sobre como rescindir a sua adesão voluntariamente.
- Existem também situações limitadas em que você não opta por sair, mas em que somos obrigados a encerrar a sua associação. A Secção 5 informa sobre situações em que temos de encerrar a sua associação.

Se vai deixar o nosso plano, o nosso plano tem de continuar a fornecer os seus cuidados médicos e medicamentos com receita médica e o membro irá continuar a pagar a partilha de custos até ao fim da adesão.

SECÇÃO 2 Quando pode encerrar a sua associação ao nosso plano?

Secção 2.1 Pode ocorrer você poder encerrar a sua associação porque tem Medicare eMassHealth (Medicaid)

A maioria das pessoas com Medicare pode encerrar a sua associação apenas durante determinadas épocas do ano. Por ter o MassHealth (Medicaid), pode rescindir a adesão ao nosso plano ou mudar para um plano diferente uma vez durante cada um dos seguintes Períodos Especiais de Inscrição:

- Janeiro a março
- Abril a junho
- Julho a setembro

Caso se tenha inscrito no nosso plano durante um destes períodos, terá de esperar pelo próximo período para encerrar a sua associação ou mudar para um plano diferente. O membro não pode usar este Período de Inscrição Especial para encerrar a sua associação ao nosso plano entre outubro e dezembro. No entanto, todas as pessoas com Medicare podem efetuar alterações de 15 de outubro a 7 de dezembro durante o Período de Inscrição Anual. A Secção 2.2 fornece mais informações sobre o Período de Inscrição Anual.

- Escolher qualquer um dos seguintes tipos de planos Medicare:
 - Outro plano de saúde Medicare com ou sem cobertura de medicamentos sujeitos a receita médica

- Original Medicare *com* um plano separado de medicamentos sujeitos a receita médica do Medicare
- Original Medicare sem um plano separado de medicamentos sujeitos a receita médica do Medicare
 - Se escolher esta opção, a Medicare pode inscrevê-lo num plano de medicamentos, a menos que tenha optado por não aderir à inscrição automática.

Nota: Se cancelar a cobertura de medicamentos sujeitos a receita médica do Medicare e ficar sem cobertura de medicamentos sujeitos a receita médica creditável por um período contínuo de 63 dias ou mais, poderá ter que pagar uma multa de inscrição tardia na Parte D se aderir a um plano de medicamentos do Medicare posteriormente.

Entre em contacto com o gabinete do MassHealth (Medicaid) para saber mais sobre as opções do plano MassHealth (Medicaid) (os números de telefone encontram-se no Capítulo 2, Secção 6 deste documento).

- **Quando é que a sua associação terminará?** A sua associação termina geralmente no primeiro dia do mês depois de recebermos a sua solicitação para mudar de plano. A sua inscrição no seu novo plano também começará neste dia.

Secção 2.2	Pode encerrar a sua associação durante o Período de Inscrição Anual
-------------------	--

Pode encerrar a sua associação durante o **Período de Inscrição Anual** (também conhecido como Período de Inscrição Aberta Anual). Durante este período, reveja a sua cobertura de saúde e medicamentos e decida sobre a cobertura para o próximo ano.

- O **Período de Inscrição Anual** é de **15 de outubro a 7 de dezembro**.
 - **Pode optar por manter a sua cobertura atual ou efetuar alterações à sua cobertura para o próximo ano.** Se decidir mudar para um novo plano, pode escolher qualquer um dos seguintes tipos de planos:
 - Outro plano de saúde Medicare com ou sem cobertura de medicamentos sujeitos a receita médica.
 - Original Medicare *com* um plano separado de medicamentos sujeitos a receita médica do Medicare
- OU*
- Original Medicare *sem* um plano separado de medicamentos sujeitos a receita médica do Medicare.

- **A sua associação ao nosso plano terminará** quando a cobertura do seu novo plano começar, a 1 de janeiro.

Se receber “Ajuda Extra” do Medicare para pagar pelos seus medicamentos sujeitos a receita médica: Se mudar para o Original Medicare 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 tenha optado pela inscrição automática.

Nota: Se cancelar a cobertura de medicamentos sujeitos a receita médica do Medicare e ficar sem cobertura de medicamentos sujeitos a receita médica creditável por 63 dias ou mais consecutivos, poderá ter que pagar uma multa de inscrição tardia na Parte D se aderir a um plano de medicamentos do Medicare posteriormente.

Secção 2.3	Pode encerrar a sua associação durante o Período de Inscrição Aberta do Medicare Advantage
-------------------	---

Tem a oportunidade de efetuar *uma* alteração à sua cobertura de saúde durante o **Período de Inscrição Aberta do Medicare Advantage**.

- **O Período de Inscrição Aberta anual do Medicare Advantage** é de 1 de janeiro a 31 de março.
- **Durante Período de Inscrição Anual do Medicare Advantage pode:**
 - Mudar para outro Plano Medicare Advantage com ou sem cobertura de medicamentos sujeitos a receita médica.
 - Cancelar a inscrição no nosso plano e obter cobertura por meio do Original Medicare. Se optar por mudar para o Original Medicare durante este período, também poderá aderir a um plano separado de medicamentos sujeitos a receita médica do Medicare nesse momento.
- **A sua associação terminará** no primeiro dia do mês após se inscrever noutro plano Medicare Advantage ou recebermos a sua solicitação para mudar para o Original Medicare. Se também optar por se inscrever num plano de medicamentos sujeitos a receita médica do Medicare, a sua participação no plano de medicamentos começará no primeiro dia do mês após o plano de medicamentos receber a sua solicitação de inscrição.

Secção 2.4	Em determinadas situações, pode encerrar a sua associação durante um Período Especial de Inscrição
-------------------	---

Em determinadas situações, você pode ser elegível para encerrar a sua associação noutras épocas do ano. Tal é conhecido como **Período de Inscrição Especial**.

Você pode ser elegível para rescindir a adesão durante um Período de Inscrição Especial se qualquer uma das seguintes situações se aplicar a si. Estes são apenas exemplos. Para obter a lista completa, pode entrar em contacto com o plano, telefonar para o Medicare ou aceder ao sítio Web do Medicare (www.medicare.gov):

- Normalmente, quando muda de casa.
- Se tem MassHealth (Medicaid).
- Se for elegível para “Ajuda Extra” para o pagamento das suas receitas do Medicare.
- Se violarmos o nosso contrato consigo.
- Se estiver a receber cuidados numa instituição, tal como um lar de idosos com acompanhamento médico ou um hospital de cuidados prolongados (long-term care, LTC).
- Se se inscrever no Programa de Cuidados Integrados para Idosos (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE).

Nota: Se estiver num programa de gestão de medicamentos, talvez não consiga mudar de plano. O Capítulo 5, Secção 10, fornece mais informações sobre os programas de gestão de medicamentos.

Nota: A Secção 2.1 fornece mais informações sobre o Período de Inscrição Especial para pessoas com o MassHealth (Medicaid).

Os períodos de inscrição variam dependendo da sua situação.

Para saber se é elegível para um Período de Inscrição Especial, 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 1-877-486-2048. Se for elegível para encerrar a sua associação devido a uma situação especial, poderá optar por alterar a cobertura de saúde do Medicare e a cobertura de medicamentos sujeitos a receita médica. Pode escolher:

- Outro plano de saúde Medicare com ou sem cobertura de medicamentos sujeitos a receita médica.
- Original Medicare **com** um plano separado de medicamentos sujeitos a receita médica do Medicare
- **OU** Original Medicare **sem** um plano separado de medicamentos sujeitos a receita médica do Medicare.

Nota: Se cancelar a cobertura de medicamentos sujeitos a receita médica do Medicare e ficar sem cobertura de medicamentos sujeitos a receita médica creditável por 63 dias ou mais consecutivos, poderá ter que pagar uma multa de inscrição tardia na Parte D se aderir a um plano de medicamentos do Medicare posteriormente.

Se receber “Ajuda Extra” do Medicare para pagar pelos seus medicamentos sujeitos a receita médica: Se mudar para o Original Medicare 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 tenha optado pela inscrição automática.

A sua associação termina geralmente no primeiro dia do mês após o recebimento da sua solicitação para mudar de plano.

Nota: As secções 2.1 e 2.2 informam mais sobre o Período de Inscrição Especial para pessoas com MassHealth (Medicaid) e Ajuda Extra.

Secção 2.5	Onde pode obter mais informações sobre quando poderá encerrar a sua associação?
-------------------	--

Se tiver alguma dúvida sobre como terminar a sua associação, pode:

- **Telefonar para o Serviço de Atendimento a Membros.**
- Pode encontrar as informações no manual ***Medicare & You 2024 (O Medicare e Você 2024)***.
- Contactar o **Medicare** através do número 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas por dia, 7 dias por semana. (TTY 1-877-486-2048).

SECÇÃO 3 **Como encerra a sua associação ao nosso plano?**

A tabela abaixo explica como deve encerrar a sua associação ao nosso plano.

Se pretende mudar do nosso plano para:	Deve fazer o seguinte:
Outro plano de saúde Medicare	• Inscreva-se no novo plano de saúde Medicare. A sua nova cobertura começará no primeiro dia do mês seguinte. • A sua inscrição no CCA Senior Care Options será automaticamente cancelada quando a cobertura do seu novo plano começar.

Se pretende mudar do nosso plano para:	Deve fazer o seguinte:
Original Medicare <i>com</i> um plano separado de medicamentos sujeitos a receita médica do Medicare	• Inscreva-se no novo plano de medicamentos sujeitos a receita médica do Medicare. A sua nova cobertura começará no primeiro dia do mês seguinte. • A sua inscrição no CCA Senior Care Options será automaticamente cancelada quando a cobertura do seu novo plano começar.
Original Medicare <i>sem</i> um plano separado de medicamentos sujeitos a receita médica do Medicare ○ Se mudar para o Original Medicare 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 tenha optado pela inscrição automática. ○ Se cancelar a cobertura de medicamentos sujeitos a receita médica do Medicare e ficar sem cobertura de medicamentos controlados creditável por um período de 63 dias consecutivos ou mais, poderá ter de pagar uma multa de inscrição tardia se aderir a um plano de medicamentos Medicare posteriormente.	• Envie-nos um pedido por escrito para cancelar a sua adesão. Contactar o Serviço de Atendimento a Membros se precisar de mais informações sobre como fazê-lo. • Também pode entrar em contacto com o Medicare, pelo 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas por dia, 7 dias por semana, e solicitar o cancelamento. Os utilizadores de TTY devem telefonar para o número 1-877-486-2048. • A sua inscrição no CCA Senior Care Options será automaticamente cancelada quando a sua cobertura no Original Medicare começar.

Nota: Se cancelar a cobertura de medicamentos sujeitos a receita médica do Medicare e ficar sem cobertura de medicamentos sujeitos a receita médica creditável por 63 dias ou mais consecutivos, poderá ter que pagar uma multa de inscrição tardia na Parte D se aderir a um plano de medicamentos do Medicare posteriormente.

Para fazer perguntas sobre os benefícios da MassHealth (Medicaid), entre em contacto com o MassHealth através do número 1-800-841-2900 (TTY 800-497-4648), de segunda a sexta-feira,

das 8 am às 5 pm. Também pode obter ajuda com perguntas sobre os seus benefícios MassHealth (Medicaid) do My Ombudsman (Provedor de Justiça) através do número 855-781-9898 (vídeo (VP) 339-224-6831), de segunda a sexta-feira, das 9 am às 4 pm. Pergunte como é que a associação a outro plano ou o regresso ao Original Medicare afeta o modo como obtém a cobertura do MassHealth (Medicaid).

SECÇÃO 4 Até ao fim da sua associação, tem de continuar a receber os seus serviços médicos e medicamentos através do nosso plano

Até que a sua associação ao CCA Senior Care Options termine e a sua nova cobertura Medicare MassHealth (Medicaid) comece, tem de continuar a obter os seus cuidados médicos e medicamentos sujeitos a receita médica através do nosso plano.

- **Continue a utilizar os nossos prestadores dentro da rede para receber cuidados médicos.**
- **Continue a utilizar as nossas farmácias dentro da rede ou encomenda por correio para aviar as suas receitas.**
- **Se for hospitalizado no dia em que a sua associação terminar, o seu internamento será coberto pelo nosso plano até que receba alta** (mesmo se receber alta após o início da nova cobertura).

SECÇÃO 5 O CCA Senior Care Options tem de rescindir a sua associação ao plano em determinadas situações

Secção 5.1 Quando temos de encerrar a sua associação ao plano?

O CCA Senior Care Options tem de encerrar a sua associação ao plano se alguma das situações a seguir acontecer:

- Se já não tiver Medicare Parte A e Parte B
- Se já não for elegível para o MassHealth (Standard) Medicaid. Conforme referido no Capítulo 1, Secção 2.1, o nosso plano destina-se a pessoas elegíveis para o Medicare e o MassHealth Standard (Medicaid).
- Se perder a elegibilidade para os benefícios do MassHealth Standard (Medicaid), o CCA Senior Care Options continuará a prestar cuidados desde que seja razoavelmente esperado que recupere a sua cobertura do MassHealth Standard (Medicaid) no prazo de um mês. Continuaremos a sua associação durante o resto do mês em que recebermos uma

Capítulo 9 – Rescindir a sua adesão ao plano

notificação do MassHealth (Medicaid) sobre a sua perda de elegibilidade, juntamente com um mês adicional. Se recuperar a sua cobertura MassHealth Standard (Medicaid) durante este período, não iremos rescindir a sua associação.

- Se sair da nossa área de serviço
- Se estiver fora da nossa área de serviço durante mais de seis meses
 - Caso se mude ou fizer uma viagem longa, telefone para o Serviço de Atendimento a Membros para saber se o local para o qual se vai mudar ou viajar está dentro da área do nosso plano.
- Se for encarcerado (for preso)
- Se já não for um cidadão dos Estados Unidos ou não tiver residência legal nos Estados Unidos
- Se mentir ou omitir informações sobre outro seguro que tenha que forneça cobertura para medicamentos sujeitos a receita médica
- Se nos fornecer informações incorretas intencionalmente ao inscrever-se no nosso plano e essas informações afetarem a sua elegibilidade relativamente ao nosso plano. (Não podemos fazê-lo sair do nosso plano por este motivo, a menos que obtenhamos permissão do Medicare primeiro.)
- Se continuamente se comportar de maneira perturbadora e tornar difícil que lhe forneçamos cuidados médicos a si e a outros membros do nosso plano. (Não podemos fazê-lo sair do nosso plano por este motivo, a menos que obtenhamos permissão do Medicare primeiro.)
- Se permitir que outra pessoa use o seu cartão de membro para obter cuidados médicos. (Não podemos fazê-lo sair do nosso plano por este motivo, a menos que obtenhamos permissão do Medicare primeiro.)
 - Se encerrarmos a sua associação por este motivo, o Inspetor Geral do Medicare poderá investigar o seu caso.
- Se for obrigado a pagar o valor extra da Parte D devido ao seu rendimento e não pagar, o Medicare irá cancelar a sua associação ao nosso plano

Onde pode obter mais informações?

Se tiver dúvidas ou quiser mais informações sobre quando podemos rescindir a sua associação, contacte o Serviço de Atendimento a Membros.

Secção 5.2	Nós <u>não podemos</u> pedir-lhe que saia do nosso plano por qualquer motivo relacionado com a saúde
-------------------	---

O CCA Senior Care Options não tem permissão para solicitar-lhe que saia do nosso plano por qualquer motivo relacionado com a saúde.

O que deve fazer se isto acontecer?

Se lhe parecer que lhe está a ser solicitado que deixe o nosso plano por um motivo relacionado com a saúde, telefone para o Medicare através do número 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas por dia, 7 dias por semana (TTY 1-877-486-2048).

Secção 5.3	Tem de o direito de apresentar uma reclamação se encerrarmos a sua associação ao nosso plano
-------------------	---

Se encerrarmos a sua associação ao nosso plano, somos obrigados a informar por escrito os nossos motivos para o ter feito. Somos obrigados também a explicar como pode registar uma reclamação ou apresentar uma reclamação sobre a nossa decisão de encerrarmos a sua associação.

CAPÍTULO 10:

Avisos legais

SECÇÃO 1 Aviso sobre a legislação aplicável

A principal lei que se aplica a esta *Prova de Cobertura* é o Artigo XVIII do Social Security Act (Lei da Segurança Social) e os regulamentos criados ao abrigo da Lei da Segurança Social pelos Centros de Serviços Medicare e Medicaid ou CMS. Além disso, outras leis federais podem ser aplicadas e, sob certas circunstâncias, também as leis do estado em que vive. Tal pode afetar os seus direitos e responsabilidades, mesmo que as leis não estejam incluídas ou explicadas neste documento.

SECÇÃO 2 Aviso de não discriminação

Não discriminamos com base em raça, etnia, origem nacional, cor, religião, sexo, género, idade, orientação sexual, deficiência comportamental ou física, estado de saúde, experiência de reclamações, histórico clínico, informação genética, prova de segurabilidade ou localização geográfica dentro da área de serviço. Todas as organizações que fornecem planos Medicare Advantage, como o nosso plano, têm de obedecer às leis federais contra a discriminação, incluindo o Título VI do Civil Rights Act (Lei dos Direitos Cívicos) de 1964, o Rehabilitation Act (Lei de Reabilitação) de 1973, o Age Discrimination Act (Lei de Discriminação por Idade) de 1975, o Americans with Disabilities Act (Lei dos Americanos com Deficiências), Secção 1557 do Affordable Care Act (Lei de Cuidados Acessíveis), e a todas as outras leis que se aplicam a organizações que recebem financiamento federal e quaisquer outras leis e regras que se aplicam por qualquer outro motivo.

Se quiser mais informações ou tiver dúvidas sobre discriminação ou tratamento injusto, telefone para o Department of Health and Human Services (Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos Estados Unidos) – **Office for Civil Rights (Escritório de Direitos Cívicos)** através do número 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) ou no seu escritório de direitos cívicos local. Também pode consultar informações do Department of Health and Human Services' Office for Civil Rights (Gabinete de Direitos Cívicos do Departamento de Saúde e Serviços Humanos) em <https://www.hhs.gov/ocr/index.html>.

Todas as organizações que fornecem planos Medicare Advantage, como o nosso plano, têm de obedecer às leis federais contra a discriminação, incluindo o Título VI do Civil Rights Act (Lei dos Direitos Cívicos) de 1964, o Rehabilitation Act (Lei de Reabilitação) de 1973, o Age Discrimination Act (Lei de Discriminação por Idade) de 1975, o Americans with Disabilities Act (Lei dos Americanos com Deficiências), Secção 1557 do Affordable Care Act (Lei de Cuidados Acessíveis), e a todas as outras leis que se aplicam a organizações que recebem financiamento federal e quaisquer outras leis e regras que se aplicam por qualquer outro motivo.

A Commonwealth Care Alliance, Inc.[®] cumpre as leis federais aplicáveis relativas a direitos cívicos e não discrimina, não exclui e não trata pessoas de forma diferente por causa de condição médica, estado de saúde, recebimento de cuidados de saúde, experiência relativa a

Capítulo 10 – Avisos legais

reclamações, historial médico, incapacidade (incluindo incapacidade comportamental), 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.

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 noutros formatos (impressão grande, 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 noutros idiomas

Se precisar destes serviços, contacte o Serviço de Atendimento a Membros.

Se acredita que a Commonwealth Care Alliance, Inc. não prestou estes serviços ou discriminou de outra forma com base em condição médica, estado de saúde, recebimento de cuidados de saúde, experiência relativa a reclamações, historial médico, incapacidade (incluindo incapacidade comportamental), 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:

Commonwealth Care Alliance, Inc.

Civil Rights Coordinator (Coordenador dos Direitos Cívicos)

30 Winter Street

Boston, MA 02108

Telefone: 617-960-0474, extensão. 3932 (TTY 711) Fax: 857-453-4517

E-mail: civilrightscoordinator@commonwealthcare.org

Pode registar uma reclamação pessoalmente ou por correio, fax ou e-mail. Caso precise de ajuda para apresentar uma reclamação, o Coordenador dos Direitos Cívicos estará disponível para o ajudar.

Também pode apresentar uma queixa sobre direitos cívicos ao U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights (Departamento de Serviços Humanos e de Saúde dos Estados Unidos, Departamento para os Direitos Cívicos) eletronicamente pelo Office for Civil Rights Complaint Portal (Portal de Reclamações do Departamento para os Direitos Cívicos), 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: 1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD)

Estão disponíveis formulários de reclamação em: www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

Se tiver deficiência e precisar de ajuda no acesso a cuidados, telefone para o Serviço de Atendimento a Membros. Se tiver uma reclamação a apresentar – por exemplo, um problema de acesso para cadeiras de rodas – o Serviço de Atendimento a Membros pode ajudar.

SECÇÃO 3 Aviso sobre os direitos de sub-rogação do Pagador Secundário do Medicare

Temos o direito e a responsabilidade de cobrar pelos serviços cobertos do Medicare para os quais o Medicare não é o pagador principal. De acordo com os regulamentos do CMS nas secções 42 CFR 422.108 e 423.462, o CCA Senior Care Options, na condição de organização Medicare Advantage, exercerá os mesmos direitos de recuperação que o secretário exerce nos termos dos regulamentos CMS nas subpartes B a D da parte 411 do 42 CFR e as regras estabelecidas nesta secção substituem quaisquer leis estaduais.

SECÇÃO 4 Quem recebe o pagamento nos termos deste contrato

O CCA Senior Care Options ou o seu administrador subcontratado fará o pagamento pelos serviços prestados e autorizados pela sua equipa de atendimento nos termos deste contrato diretamente ao prestador do plano. O membro não pode ser obrigado a efetuar qualquer pagamento que seja devido pela Commonwealth Care Alliance, Inc.

SECÇÃO 5 Notificações

Qualquer aviso que lhe fornecermos nos termos deste contrato será enviado para o seu endereço que constar nos nossos registos. Tem de notificar-nos imediatamente sobre qualquer mudança ao seu endereço. Quando necessitar de nos notificar, deve fazê-lo para Commonwealth Care Alliance, Inc., 30 Winter Street, Boston, MA 02108 ou telefonar diretamente para 866-610-2273 (TTY 711).

SECÇÃO 6 Informação a pedido

Como membro do CCA Senior Care Options, tem o direito de solicitar informações sobre o seguinte:

- Informações gerais de cobertura e de comparações de planos
- Procedimentos de controlo de utilização
- Programas de melhoria da qualidade
- Dados estatísticos sobre queixas e recursos
- A condição financeira da Commonwealth Care Alliance, Inc. ou de uma das suas afiliadas.

SECÇÃO 7 Avisos relativamente a determinados eventos

Iremos notificá-lo se tivermos de rescindir um contrato ou deixarmos de poder utilizar um prestador ou serviço do qual receba serviços. Tal inclui hospitais, médicos ou qualquer outra pessoa com quem tenhamos um contrato para fornecimento de serviços ou benefícios. Providenciaremos uma forma de que receba serviços de outro prestador.

SECÇÃO 8 Nova tecnologia

Reveremos regularmente novos procedimentos, dispositivos, tratamentos e medicamentos para determinar se são seguros e eficazes para os membros. Novas tecnologias consideradas seguras e eficazes são elegíveis para se tornarem Serviços Cobertos. Se a tecnologia se tornar um Serviço Coberto, estará sujeita a todos os outros termos e condições do plano, incluindo necessidade médica e qualquer comparticipação, cosseguro, franquia ou outras contribuições de pagamento aplicáveis. Como membro do CCA Senior Care Options, tem \$0 de prémios, \$0 de cosseguro, \$0 de franquias e \$0 de responsabilidades no que se refere a partilha de custos.

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 necessárias e estão excluídas da cobertura, a menos que sejam explicitamente cobertas pelo Medicare ou pelos documentos do plano do CCA.

Quando determinamos se cobriremos novas tecnologias no caso de um membro 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 membro, revendo evidências em publicações científicas e, quando

Capítulo 10 – Avisos legais

apropriado, consultando um profissional com especialidade relevante ou experiência profissional relevantes.

CAPÍTULO 11:

Definições de palavras importantes

Capítulo 11 – Definições de palavras importantes

Centro Cirúrgico Ambulatorial – Um Centro Cirúrgico Ambulatorial é uma entidade que atua exclusivamente com a finalidade de fornecer atendimento cirúrgico em ambulatório a doentes que não necessitem de internamento e cuja permanência prevista no centro não ultrapasse 24 horas.

Recurso – Um recurso é uma ação que você empreende se discordar da nossa decisão de negar uma solicitação de cobertura de serviços de saúde ou de medicamentos sujeitos a receita médica ou pagamento para serviços ou medicamentos que já tenha recebido. Você também pode apresentar um recurso se discordar da nossa decisão de interromper os serviços que esteja a receber.

Período de benefício – a maneira como o nosso plano e o Original Medicare mede a sua utilização de serviços hospitalares e de enfermaria especializada (skilled nursing facility, SNF). O período de benefício começa no dia em que ingressar num hospital ou numa enfermaria especializada. O período de benefício termina após 60 dias consecutivos sem receber qualquer atendimento como doente internado (ou atendimento especializado numa SNF). Se ingressar num hospital ou enfermaria especializada após o término de um período de benefício, será iniciado um novo período de benefício. Não há limite para o número de períodos de benefício.

Produto biológico – Um medicamento sujeito a receita médica que é produzido a partir de fontes naturais e vivas, como células animais, células vegetais, bactérias ou leveduras. Os produtos biológicos são mais complexos do que outros medicamentos e não podem ser copiados exatamente, por isso as formas alternativas são chamadas biossimilares. Os biossimilares geralmente funcionam tão bem e são tão seguros como os produtos biológicos originais.

Biossimilar – Um medicamento sujeito a receita médica que é considerado muito semelhante, mas não idêntico, ao produto biológico original. Os biossimilares geralmente funcionam tão bem e são tão seguros como o produto biológico original; no entanto, os biossimilares geralmente requerem uma nova prescrição para substituir o produto biológico original. Os biossimilares intercambiáveis cumpriram requisitos adicionais que lhes permitem ser substituídos pelo produto biológico original na farmácia sem uma nova receita, sujeito às leis estaduais.

Medicamento de marca – Um medicamento sujeito a receita médica que é fabricado e vendido pela empresa farmacêutica que originalmente investigou e desenvolveu o medicamento. Os medicamentos de marca têm na fórmula o mesmo princípio ativo que a versão genérica do medicamento. No entanto, os medicamentos genéricos são fabricados e vendidos por outros fabricantes de medicamentos e geralmente não estão disponíveis até que a patente do medicamento de marca tenha expirado.

Parceiro de Cuidados – Uma pessoa principal que interage consigo, com o CCA Massachusetts e com os seus prestadores de cuidados para garantir que recebe os cuidados de que precisa.

Equipa de atendimento – Uma equipa que pode ser composta pelo seu prestador de cuidados primários (primary care provider, PCP), um profissional de enfermagem (nurse practitioner), um profissional de enfermagem registado (registered nurse), um médico assistente, um agente comunitário de saúde ou/e um coordenador de serviços de apoio geriátrico (geriatric support services coordinator, GSSC) que são responsáveis por coordenar todos os seus cuidados médicos. “Coordenar” os seus serviços inclui verificar consigo ou consultá-lo e a outros prestadores do plano sobre os seus cuidados e como estão a correr. Consulte o Capítulo 3, Secção 2.1 para obter informações sobre a equipa de atendimento.

Centers for Medicare & Medicaid Services (Centros de Serviços Medicare e Medicaid) (CMS) – a agência federal que administra o Medicare.

Registo centralizado de inscrito – Outro termo para registo de membro, que contém a sua informação de saúde e demográfica.

Agente de saúde comunitário – os agentes de saúde comunitários auxiliam os membros na gestão dos seus determinantes sociais de saúde (social determinants of health, SDOH), identificando e proporcionando aos membros contacto com serviços e recursos dentro das próprias comunidades; segue uma abordagem centrada no membro que visa melhorar a saúde dos membros 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 MassHealth Standard (Medicaid).

Queixa – o nome formal para efetuar uma queixa é **apresentar uma reclamação**. O processo de reclamação é utilizado *apenas* para determinados tipos de problemas. Tal inclui problemas relacionados com a qualidade do atendimento, tempo de espera e atendimento ao cliente que recebe. Também inclui reclamações se o seu plano não cumprir os períodos de tempo no processo de recurso.

Centro de Reabilitação Ambulatorial Abrangente (CORF) – Uma instalação que fornece principalmente serviços de reabilitação após uma doença ou lesão, incluindo fisioterapia, serviços sociais ou psicológicos, terapia respiratória, terapia ocupacional e serviços de patologia da fala e linguagem, bem como serviços de avaliação do ambiente doméstico.

Continuidade de Cuidados (Continuity of Care, COC) – o período durante o qual pode continuar a ter consultas com os seus prestadores de cuidados de saúde e a receber os seus serviços atuais depois de se tornar um membro do CCA Senior Care Options. O período de

Capítulo 11 – Definições de palavras importantes

Continuidade de Cuidados dura 90 dias ou até que a sua avaliação abrangente e o seu Plano de Cuidados Individualizados sejam concluídos.

Determinação da Cobertura – Uma decisão sobre se um medicamento sujeito a receita médica está coberto pelo plano e o valor, se houver, que tem de pagar pela receita. Em geral, se apresentar a sua receita a uma farmácia e esta declarar que a receita não está coberta pelo seu plano, não se trata de uma determinação de cobertura. Tem de telefonar ou escrever ao seu plano para solicitar uma decisão formal sobre a cobertura. As determinações de cobertura são denominadas “decisões de cobertura” neste documento.

Medicamentos cobertos – o termo que usamos para todos os medicamentos sujeitos a receita médica cobertos pelo nosso plano.

Serviços cobertos – o termo que usamos para todos os serviços e produtos de saúde cobertos pelo nosso plano.

Cobertura de medicamentos sujeitos a receita médica creditável – Cobertura de medicamentos sujeitos a receita médica (por exemplo, de um empregador ou sindicato) que se espera que pague, em média, pelo menos tanto quanto a cobertura de medicamentos sujeitos a receita médica normal do Medicare. As pessoas que tenham este tipo de cobertura quando se tornam elegíveis para o Medicare podem manter esta cobertura sem pagar multa se decidirem inscrever-se na cobertura de medicamentos sujeitos a receita médica do Medicare posteriormente.

Cuidados de custódia – os cuidados de custódia são os cuidados pessoais prestados num lar de idosos com acompanhamento médico, numa unidade de cuidados paliativos ou noutra instalação quando não precisar de cuidados médicos qualificados ou cuidados em enfermaria especializada. O cuidado de custódia, prestado por pessoas que não possuem qualificação profissional ou formação, inclui ajuda nas atividades da vida diária, como tomar banho, vestir-se, comer, deitar-se ou levantar da cama, sentar-se ou levantar-se de uma cadeira, movimentar-se e usar a casa de banho. Também pode incluir o tipo de cuidados de saúde que a maioria das pessoas realizam sozinhas, como o uso de colírios. O Medicare não paga por cuidados de custódia.

Cancelar a associação ou cancelamento da associação – o processo de encerramento da sua associação ao nosso plano.

Planos de Necessidades Especiais Elegíveis Duplas (Dual Eligible Special Needs Plans, D-SNP) – os D-SNP inscrevem indivíduos que têm direito ao Medicare (artigo XVIII da Lei da Segurança Social) e assistência médica de um plano estadual ao abrigo do Medicaid

Capítulo 11 – Definições de palavras importantes

(artigo XIX). Os estados cobrem alguns custos da Medicare, dependendo do estado e da elegibilidade do indivíduo.

Indivíduo duplamente elegível – Uma pessoa que se qualifica para o Medicare e o MassHealth (Medicaid).

Equipamento Médico Durável (Durable Medical Equipment, DME) – determinados equipamentos médicos solicitados pelo seu prestador de cuidados de saúde por motivos médicos. Entre os exemplos incluem-se andarilhos, cadeiras de rodas, muletas, sistemas de colchões elétricos, produtos para diabéticos, bombas de perfusão IV, dispositivos geradores de fala, equipamentos de oxigénio, nebulizadores ou camas hospitalares encomendadas por um prestador para uso em casa.

Emergência – Uma emergência médica ocorre quando a você ou a qualquer outro leigo prudente com um conhecimento médio de saúde e medicina lhe parece que você tem sintomas médicos que requerem atenção médica imediata para evitar a perda de vida, a perda de um membro ou a perda da função de um membro ou a perda de ou incapacidade grave de uma função corporal. Os sintomas médicos podem ser uma doença, lesão, dor intensa ou uma condição médica que esteja a piorar rapidamente.

Cuidados de emergência – serviços cobertos que são: (1) fornecidos por um prestador qualificado para fornecer serviços de emergência; e (2) necessários para tratar, avaliar ou estabilizar uma condição médica de emergência.

Prova de Cobertura (Evidence of Coverage, EOC) e Informações de Divulgação – Este documento, juntamente com o seu formulário de inscrição e quaisquer outros anexos, cláusulas adicionais ou outra cobertura opcional selecionada, que explicam a sua cobertura, o que temos de fazer, os seus direitos e o que tem de fazer como membro do nosso plano.

Exceção – um tipo de decisão de cobertura que, se aprovada, permite que obtenha um medicamento que não está no nosso formulário (uma exceção ao formulário) ou que obtenha um medicamento de marca não preferencial num nível mais baixo de partilha de custos (uma exceção de nível). O membro também pode solicitar uma exceção se o nosso plano exigir que experimente outro medicamento antes de receber o medicamento que estiver a solicitar ou se o nosso plano limitar a quantidade ou dosagem do medicamento que estiver a solicitar (uma exceção ao formulário).

Ajuda Extra – um programa do Medicare ou estadual que ajuda pessoas com rendimentos e recursos limitados a pagar custos do programa de medicamentos sujeitos a receita médica do Medicare, tais como prémios, franquias e cosseguro.

Capítulo 11 – Definições de palavras importantes

Medicamento genérico – Um medicamento sujeito a receita médica aprovado pela Food and Drug Administration (Agência dos Medicamentos e da Alimentação, FDA) por ter o(s) mesmo(s) ingrediente(s) ativo(s) que o medicamento de marca. Geralmente, um medicamento genérico funciona da mesma forma que um medicamento de marca e geralmente é mais barato.

Auxiliar de saúde ao domicílio – Um auxiliar de saúde ao domicílio fornece serviços que não requerem competências de enfermagem ou competências de terapeuta licenciado, como ajuda com cuidados pessoais (por exemplo, tomar banho, usar a casa de banho, vestir-se ou realizar exercícios prescritos).

Cuidados paliativos – um benefício que fornece tratamento especial a um membro que tenha sido medicamente certificado como doente terminal, o que significa ter uma esperança de vida de 6 meses ou menos. Nós, o seu plano, somos obrigados a fornecer-lhe uma lista de cuidados paliativos na sua área geográfica. Se escolher cuidados paliativos e continuar a pagar os prémios, continua a ser membro do nosso plano. Poderá continuar a receber todos os serviços médicos necessários, bem como os benefícios complementares que oferecemos.

Internamento hospitalar – Um internamento hospitalar quando tiver sido formalmente admitido no hospital para receber serviços médicos qualificados. Mesmo que fique no hospital durante a noite, poderá ainda assim ser considerado um doente de ambulatório.

Montante do ajuste mensal relacionado com o rendimento (Income Related Monthly Adjustment Amount, IRMAA) – Se o seu rendimento bruto ajustado modificado, conforme a sua declaração de IRS de há 2 anos, estiver acima de um determinado valor, pagará o valor do prémio normal e o Montante do ajuste mensal relacionado com o rendimento, também conhecido como IRMAA. O IRMAA é um encargo extra adicionado ao seu prémio. Menos de 5% das pessoas com Medicare são afetadas, por isso a maioria das pessoas não pagará um prémio mais elevado.

Período de Inscrição Inicial – Quando o membro é elegível para o Medicare pela primeira vez, o período em que pode inscrever-se no Medicare Parte A e Parte B. Se for elegível para o Medicare ao completar 65 anos, o seu período de inscrição inicial é o período de 7 meses que começa 3 meses antes do mês em que completa 65 anos, inclui o mês em que completa 65 e termina 3 meses após o mês em que completa 65.

Queixa integrada – Um tipo de reclamação que o membro apresenta relativamente ao nosso plano, prestadores ou farmácias, incluindo uma reclamação sobre a qualidade do seu atendimento. Não envolve litígios sobre cobertura ou pagamento.

Determinação da organização integrada – Uma decisão que o nosso plano faz sobre se determinados itens ou serviços estão cobertos ou quanto o membro tem de pagar pelos itens

Capítulo 11 – Definições de palavras importantes

ou serviços cobertos. As determinações da organização são denominadas decisões de cobertura neste documento.

Lista de medicamentos cobertos (formulário ou “Lista de Medicamentos”) – Uma lista de medicamentos sujeitos a receita médica cobertos pelo plano.

Subsídio de baixo rendimento (Low Income Subsidy, LIS) – Consulte “Ajuda Extra”

MassHealth (Medicaid) (ou Assistência Médica) – Um programa federal e estadual conjunto que ajuda a pagar os custos médicos de algumas pessoas com baixo rendimento e recursos limitados. Os programas estaduais do Medicaid variam, mas a maioria dos custos de saúde são cobertos no caso das pessoas que se qualificam para o Medicare e o Medicaid.

Indicação clinicamente aceite – Um uso de um medicamento que está aprovado pela FDA ou é apoiado por determinados manuais de referência.

Clinicamente necessário – Serviços, produtos ou medicamentos necessários para a prevenção, diagnóstico ou tratamento da sua condição médica e que cumprem os padrões aceites da prática médica.

Medicare – o programa de seguro de saúde federal para pessoas com 65 anos de idade ou mais, algumas pessoas com menos de 65 anos com determinadas incapacidades e pessoas com doença renal em estado terminal (geralmente, pessoas com insuficiência renal permanente que precisem de diálise ou transplante renal).

Período de Inscrição Aberta no Medicare Advantage – Entre 1 de janeiro e 31 de março quando membros num plano Medicare Advantage podem cancelar a inscrição no plano e mudar para outro plano Medicare Advantage ou obter cobertura através do Original Medicare. Se optar por mudar para o Original Medicare durante este período, também poderá aderir a um plano separado de medicamentos sujeitos a receita médica do Medicare nesse momento. O período de inscrição do Medicare Advantage também está disponível durante um período de 3 meses após o indivíduo se qualificar pela primeira vez para o Medicare.

Plano Medicare Advantage (MA) – Por vezes denominado Medicare Parte C. Um plano oferecido por uma empresa privada contratada pelo Medicare para lhe fornecer todos os benefícios do Medicare Parte A e Parte B. Um plano Medicare Advantage pode ser um i) HMO, ii) PPO, iii) plano Private Fee-for-Service (PFFS) ou um iv) plano Medicare Medical Savings Account (MSA). Além de escolher entre estes tipos de planos, um plano Medicare Advantage HMO ou PPO também pode ser um Plano de Necessidades Especiais (Special Needs Plan, SNP). Na maioria dos casos, os Planos Medicare Advantage também oferecem Medicare Parte

Capítulo 11 – Definições de palavras importantes

D (cobertura de medicamentos sujeitos a receita médica). Estes planos são denominados **planos Medicare Advantage com cobertura de medicamentos prescritos**.

Serviços cobertos pelo Medicare – serviços cobertos pelo Medicare Parte A e Parte B. Todos os planos de saúde Medicare têm de cobrir todos os serviços cobertos pelo Medicare Parte A e B. O termo Serviços cobertos pelo Medicare não inclui os benefícios adicionais, como visão, odontologia ou audição, que um plano Medicare Advantage pode oferecer.

Plano de saúde Medicare – Um plano de saúde Medicare é oferecido por uma empresa privada contratada pelo Medicare para fornecer os benefícios da Parte A e da Parte B a pessoas com Medicare que se inscreverem no plano. Este termo inclui todos os planos Medicare Advantage, Planos Medicare Cost, Planos de Necessidades Especiais, Programas de Demonstração/Piloto e Programas de Cuidados Completos para Idosos (Programs of All-inclusive Care for the Elderly, PACE).

Cobertura de medicamentos com receita médica do Medicare (Medicare Parte D) – Seguro para ajudar a pagar por medicamentos sujeitos a receita médica para doentes ambulatoriais, vacinas, produtos biológicos e alguns fornecimentos não cobertos pelo Medicare Parte A ou Parte B.

Apólice Medigap (Seguro de suplemento do Medicare) – Suplemento de seguro Medicare vendido por companhias de seguros privadas para preencher “lacunas” do Original Medicare. As apólices Medigap só funcionam com o Original Medicare. (Um Plano Medicare Advantage não é uma apólice Medigap.)

Membro (membro do nosso plano ou membro do plano) – uma pessoa com Medicare que se qualifica para obter os serviços cobertos, que se inscreveu no nosso plano e cuja inscrição foi confirmada pelos Centros de Serviços Medicare e Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS).

Serviço de Atendimento a Membros – Um departamento dentro do nosso plano responsável por responder às suas perguntas sobre a sua associação, benefícios, reclamações e recursos.

Lei da paridade da saúde mental e igualdade na dependência (Mental Health Parity and Addiction Equity Act, MHPAEA) de 2008 – uma lei federal que requer que os emitentes de planos e seguros de saúde garantam que os requisitos financeiros (como participações, franquias) e limitações de tratamento (como limites de consultas) aplicáveis aos benefícios de saúde comportamental ou transtorno por uso de drogas não sejam mais restritivos do que os requisitos ou limitações de planos que se aplicam a todos os outros benefícios médicos, cirúrgicos, comunitários e de apoio.

Capítulo 11 – Definições de palavras importantes

Farmácia dentro da rede – Uma farmácia que estabelece contrato com o nosso plano na qual os membros do nosso plano podem obter os seus benefícios de medicamentos sujeitos a receita médica. Na maioria dos casos, as suas receitas são cobertas apenas se forem aviadadas numa das farmácias da nossa rede.

Prestador dentro da rede – Prestador é o termo geral para designar médicos, outros profissionais de saúde, hospitais e outras instalações de saúde licenciadas ou certificadas pelo Medicare e pelo Estado para fornecerem serviços de saúde. Os **Prestadores dentro da rede** têm um acordo com o nosso plano para aceitarem o nosso pagamento como pagamento integral e, nalguns casos, para coordenarem e fornecerem serviços cobertos aos membros do nosso plano. Os prestadores dentro da rede também são denominados “prestadores do plano”

Original Medicare (Medicare tradicional ou Medicare com taxa por serviço) – o Original Medicare é oferecido pelo governo e não por um plano de saúde privado como os planos Medicare Advantage e planos de medicamentos sujeitos a receita médica. Nos termos do Original Medicare, os serviços do Medicare são cobertos por pagamentos a médicos, hospitais e outros prestadores de cuidados de saúde estabelecidos pelo Congresso. Pode consultar qualquer médico, hospital ou outro prestador de cuidados de saúde que aceite o Medicare. Terá de pagar a franquia. O Medicare paga a sua parte do valor aprovado pelo Medicare e você paga a sua parte. O Original Medicare é composto por duas partes: Parte A (Seguro Hospitalar) e Parte B (Seguro Médico) e está disponível em todos os Estados Unidos.

Farmácia fora da rede – uma farmácia que não tem um acordo com o nosso plano para coordenar ou fornecer medicamentos cobertos aos membros 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 se apliquem.

Prestador fora da rede ou instalação fora da rede – um prestador ou instalação que não tem um contrato com o nosso plano para a coordenação ou o fornecimento de serviços cobertos aos membros do nosso plano. Os prestadores fora da rede são prestadores que não são empregados pelo nosso plano, não pertencem ao nosso plano e não são operados pelo nosso plano.

Plano PACE – Um Programa de Cuidados Integrados para Idosos (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE) combina serviços médicos, sociais e cuidados continuados (long-term care, LTC) para ajudar pessoas frágeis a permanecerem independentes e a viverem nas suas comunidades (em vez de se mudarem para um lar de idosos com acompanhamento médico) o maior tempo possível. As pessoas inscritas nos planos PACE recebem os benefícios do Medicare e do MassHealth (Medicaid) por meio do plano.

Parte C – consulte Plano Medicare Advantage (MA).

Capítulo 11 – Definições de palavras importantes

Parte D – O programa voluntário de benefícios de medicamentos sujeitos a receita médica do Medicare.

Medicamentos da Parte D – Medicamentos que podem ser cobertos ao abrigo da Parte D. Podemos ou não disponibilizar todos os medicamentos da Parte D. Determinadas categorias de medicamentos foram excluídas da cobertura da Parte D pelo Congresso. Determinadas categorias de medicamentos da Parte D têm de ser cobertas por todos os planos.

Multa de inscrição tardia na Parte D – Um valor adicionado ao seu prémio mensal da cobertura de medicamentos do Medicare se ficar sem cobertura creditável (cobertura que se espera que pague, em média, pelo menos tanto quanto a cobertura de medicamentos sujeitos a receita médica do Medicare normal) durante um período contínuo de 63 dias ou mais após se tornar elegível para se inscrever num plano da Parte D. Se não aproveitar a Ajuda Extra, poderá estar sujeito a multa por inscrição tardia se passar 63 dias ou mais consecutivos sem a Parte D ou outra cobertura de medicamentos sujeitos a receita médica creditável.

Prémio – o pagamento periódico ao Medicare, a uma companhia de seguros ou a um plano de saúde pela cobertura de saúde ou de medicamentos sujeitos a receita médica. Os membros do CCA Senior Care Options não têm um prémio.

Prestador de cuidados primários (Primary Care Provider, PCP) – o médico ou outro prestador a quem você recorre primeiramente para a maioria dos problemas de saúde. Em muitos planos de saúde Medicare, tem de consultar o seu prestador de cuidados primários antes de consultar qualquer outro prestador de cuidados de saúde.

Autorização prévia – aprovação prévia para obter serviços ou determinados medicamentos. Os serviços cobertos que precisam de autorização prévia estão assinalados na Tabela de Benefícios Médicos no Capítulo 4. Os medicamentos cobertos que precisam de autorização prévia estão assinalados no formulário.

Próteses e órteses – Dispositivos médicos, incluindo, 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 (Quality Improvement Organization, QIO) – Um grupo de médicos e outros especialistas em saúde pagos pelo governo federal para verificar e melhorar o atendimento prestado aos doentes do Medicare.

Limites de quantidade – Uma ferramenta de gestão projetada para limitar o uso de medicamentos selecionados por motivos de qualidade, segurança ou utilização. Os limites

podem ser na quantidade do medicamento que cobrimos por receita ou por um período definido.

Ferramenta de benefícios em tempo real – Um portal ou aplicação informática em que os inscritos podem procurar informações específicas para o inscrito sobre o formulário e sobre benefícios que são completas, precisas, atempadas e clinicamente apropriadas. Tal inclui valores de partilha de custos, medicamentos de receituário alternativos que podem ser utilizados para o mesmo estado de saúde que um determinado medicamento e restrições de cobertura (Autorização Anterior, Terapêutica por Etapas, Limites de Quantidade) que se aplicam a medicamentos alternativos.

Serviços de reabilitação – Estes serviços incluem fisioterapia, terapia da fala e da linguagem e terapia ocupacional.

Área de serviço – uma área geográfica onde tem de viver para aderir a um plano de saúde específico. 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). O plano tem de cancelar a sua associação caso se mude permanentemente para fora da área de serviço do plano.

Cuidados em instituição de enfermagem especializada (Skilled Nursing Facility, SNF) – serviços de enfermagem qualificados e serviços de reabilitação fornecidos continuamente, diariamente, numa instituição de enfermagem especializada. Entre os exemplos de cuidados incluem-se fisioterapia ou injeções intravenosas que só podem ser administradas por um enfermeiro ou médico registado.

Plano de necessidades especiais – Um tipo especial de Plano Medicare Advantage que fornece cuidados de saúde sobretudo direcionados para grupos específicos de pessoas, como pessoas que têm Medicare e MassHealth (Medicaid), que residam num lar de idosos com acompanhamento médico ou que tenham determinadas condições médicas crónicas.

Terapia por etapas – Uma ferramenta de utilização que requer que experimente primeiro outro medicamento para tratar a sua condição médica antes de cobrirmos o medicamento que o seu médico possa ter prescrito inicialmente.

Subsídio de Segurança Suplementar (Supplemental Security Income, SSI) – Um benefício mensal pago pela Segurança Social a para pessoas com rendimentos e recursos limitados, deficientes, cegas ou com 65 anos ou mais. Os benefícios do SSI não são iguais aos benefícios da Segurança Social.

Serviços de necessidade urgente – serviços cobertos que não são serviços de emergência, prestados quando os prestadores dentro da rede estão temporariamente indisponíveis ou

Capítulo 11 – Definições de palavras importantes

inacessíveis ou quando o inscrito está fora da área de serviço. Por exemplo, precisa de cuidados imediatos durante o fim de semana. Os serviços têm de ser imediata e medicamente necessários.

Serviço de Atendimento a Membros do CCA Senior Care Options

Método	Serviço de Atendimento a Membros – Informações de contacto
TELEFONE PARA	866-610-2273 As ligações para este número são gratuitas. 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 As ligações para este número são gratuitas.
FAX	617-426-1311
POR ESCRITO	CCA Senior Care Options Member Services 30 Winter Street Boston, MA 02108
SÍTIO WEB	www.ccama.org

SHINE (Serving the Health Information Needs of Everyone [“Satisfazer as necessidades de informação sobre saúde de todas as pessoas”]) (SHIP do Massachusetts)

O SHINE é um programa estadual que recebe recursos financeiros do governo federal para fornecer aconselhamento gratuito local sobre seguros de saúde a pessoas com Medicare.

Método	SHINE (SHIP do Massachusetts) – Informações de contacto
TELEFONE PARA	1-800-AGE-INFO (1-800-243-4636)
TTY	711 ou TTY/ASCII 800-439-2370 Este número requer equipamento telefónico especial e destina-se apenas a pessoas com dificuldades em ouvir ou falar.
POR ESCRITO	Telefone para o número acima para encontrar o endereço do programa SHINE na sua cidade ou região.
SÍTIO WEB	www.mass.gov/health-insurance-counseling

Declaração de Divulgação PRA: De acordo com a Lei de Redução da Documentação Burocrática (Paperwork Reduction Act) de 1995, nenhuma pessoa é obrigada a responder a uma recolha de informações a menos que a recolha apresente um número de controlo OMB válido. O número de controlo OMB válido para esta recolha é 0938-1051. Se tiver comentário ou sugestões para melhorar este formulário, escreva para: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.