



Manual do Associado do CCA One Care (HMO D-SNP)

1 de janeiro de 2026 – 31 de dezembro de 2026.

Sua cobertura de saúde e medicamentos no CCA One Care (HMO D-SNP)

Introdução ao Manual do Associado

Este *Manual do associado*, também conhecido como *Evidência de Cobertura*, informa sobre sua cobertura sob nosso plano até 31 de dezembro de 2026. Ele explica os serviços de assistência médica, serviços de saúde comportamental (saúde mental e transtorno por uso de substâncias), cobertura de medicamentos e serviços e suporte de longa duração. Os termos principais e suas definições aparecem em ordem alfabética no **Capítulo 12** deste *Manual do Associado*.

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

Quando este *Manual do Associado* diz “nós”, “nos”, “nosso” ou “nosso plano”, significa o CCA One Care (HMO D-SNP)

Este documento está disponível gratuitamente em espanhol.

Você pode obter este documento gratuitamente em outros formatos, como impressão em tamanho grande, braile e/ou áudio, ligando para o Serviços ao associados no número que se encontra na parte inferior desta página. A ligação é gratuita.

Manteremos sua solicitação de formatos alternativos e linguagem especial arquivada para futuras correspondências. Entre em contato com o Serviços ao associados no telefone 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana, para alterar seu idioma e/ou formato preferido.

H1486_26_EOC_C_PT

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)



Em caso de dúvidas, ligue para o CCA One Care (HMO D-SNP) no telefone 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. A ligação é gratuita. **Para obter mais informações**, acesse www.ccama.org.

Notice of Availability Interpreter Services

English: If you speak English, free language assistance services are available. Auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call 1-866-610-2273 (TTY: 711).

Spanish: Si habla español, tiene a su disposición servicios de asistencia lingüística gratuitos. También están disponibles sin costo recursos auxiliares y servicios para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 1-866-610-2273 (TTY: 711).

Chinese Mandarin: 如果您讲普通话，我们可以提供免费的语言协助服务。此外，还免费提供以无障碍格式提供信息的辅助工具和服务。请致电 1-866-610-2273 (TTY: 711)。

Chinese Cantonese: 如果您講粵語，我們可以提供免費的語言協助服務。此外，還免費提供以無障礙格式提供資訊的輔助工具和服务。請致電 1-866-610-2273 (TTY: 711)。

Tagalog: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit ang mga libreng serbisyo sa tulong sa wika. Ang mga pantulong na tulong at serbisyo para magbigay ng impormasyon sa mga na-access na format ay makukuha rin nang walang bayad. Tumawag sa 1-866-610-2273 (TTY: 711).

French: Si vous parlez français, des services d'assistance linguistique gratuits sont disponibles. Des aides et services auxiliaires permettant de fournir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le 1-866-610-2273 (TTY : 711).

Vietnamese: Nếu quý vị nói tiếng Việt, chúng tôi cung cấp dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí. Các dịch vụ và phương tiện phụ trợ cung cấp thông tin ở định dạng dễ tiếp cận cũng được miễn phí. Gọi 1-866-610-2273 (TTY: 711).

German: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachunterstützungsdienste zur Verfügung. Hilfsmittel und Dienstleistungen zur Bereitstellung von Informationen in barrierefreien Formaten sind ebenfalls kostenlos verfügbar. Rufen Sie die Nummer 1-866-610-2273 (TTY: 711) an.

Korean: 한국어를 구사하는 경우, 무료 언어 지원 서비스를 이용할 수 있습니다. 접근 가능한 형식으로 정보를 제공하는 보조 도구와 서비스도 무료로 제공됩니다. 1-866-610-2273 (TTY: 711) 으로 전화하세요.

Russian: Если вы говорите на русском языке, вам могут предоставить бесплатные услуги переводчика. Также бесплатно предоставляются вспомогательные средства и услуги, позволяющие получать информацию в доступных форматах. Звоните по номеру 1-866-610-2273 (TTY: 711).

Em caso de dúvidas, ligue para o CCA One Care (HMO D-SNP) no telefone 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. A ligação é gratuita. **Para obter mais informações,** acesse www.ccama.org.



Arabic: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، تتوفر خدمات المساعدة اللغوية المجانية. وتتوفر أيضًا مساعدات وخدمات إضافية لتوفير المعلومات بتنسيقات يسهل الوصول إليها مجانًا. اتصل على الرقم 1-866-610-2273 (TTY: 711).

Hindi: यदि आप हिन्दी बोलते हैं, तो निःशुल्क भाषा सहायता सेवाएँ उपलब्ध हैं। सुलभ प्रारूप में सूचना उपलब्ध कराने के लिए सहायक साधन और सेवाएँ भी निःशुल्क उपलब्ध हैं। 1-866-610-2273 (TTY: 711) पर कॉल करें।

Italian: Se parla italiano, può usufruire di servizi di assistenza linguistica gratuiti. Sono disponibili gratuitamente anche dei servizi e supporti ausiliari che forniscono informazioni in formati accessibili. Chiami il numero 1-866-610-2273 (TTY: 711).

Portuguese: se você fala português, serviços de assistência linguística gratuitos estão disponíveis. Recursos e serviços auxiliares para fornecer informações em formatos acessíveis também estão disponíveis gratuitamente. Ligue para 1-866-610-2273 (TTY: 711).

Cape Verdean Creole: Si bu ta papia Kriolu di Kabu Verdi, sirvisus di apoiu lingustikui ta sta dispunível. També ta sta dispunível apoiu y sirvisus ausiliaris pa da informason na formatus asesível. Txoma pa 1-866-610-2273 (TTY: 711).

Haitian Creole: Si ou pale kreyòl Ayisyen, gen sèvis asistans lang gratis ki disponib. Gen èd ak sèvis oksilyè pou bay enfòmasyon nan fòm aksèsib ki disponib gratis tou. Rele 1-866-610-2273 (TTY: 711).

Polish: Jeśli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnych usług pomocy językowej. Dodatkowe pomoce i usługi zapewniające informacje w dostępnych formatach są również dostępne bezpłatnie. Zadzwoń pod numer 1-866-610-2273 (TTY: 711).

Japanese: 日本語を話せる方は、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。受け入れ可能な方法で情報を入手するための補助手段やサービスも無料でご利用いただけます。1-866-610-2273 (TTY: 711) にお電話ください。

Gujarati: જો તમે ગુજરાતી બોલનાર છો, તો મફત ભાષા સહાય સેવા ઉપલબ્ધ છે. માહિતીને સુલભ ફોર્મેટમાં પ્રદાન કરવા માટે સહાયક સહાય અને સેવા પણ મફતમાં ઉપલબ્ધ છે. 1-866-610-2273 (TTY: 711) પર કોલ કરો.

Lao/Laotian: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ, ມີບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາຟຣີ. ການຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ການບໍລິການເພື່ອສະໜອງຂໍ້ມູນໃນຮູບແບບທີ່ສາມາດເຂົ້າເຖິງໄດ້ແມ່ນຍັງສາມາດໃຊ້ໄດ້ໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ. ໂທ 1-866-610-2273 (TTY: 711).

Greek: Εάν μιλάτε ελληνικά, διατίθενται δωρεάν υπηρεσίες γλωσσικής βοήθειας. Διατίθενται επίσης δωρεάν βοηθητικά μέσα και υπηρεσίες για την παροχή πληροφοριών σε προσβάσιμη μορφή. Καλέστε στο 1-866-610-2273 (TTY: 711).

Khmer: ប្រសិនបើអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ នោះនឹងមានការផ្តល់ជូនសេវាជំនួយផ្នែកភាសាដោយឥតគិតថ្លៃ។ ជំនួយ និងសេវាក្នុងការផ្តល់ព័ត៌មានជាទម្រង់ដែលអាចចូលប្រើបានក៏នឹងមានផ្តល់ជូនដោយឥតគិតថ្លៃផងដែរ។ ទូរសព្ទទៅ 1-866-610-2273 (TTY: 711)។

Em caso de dúvidas, ligue para o CCA One Care (HMO D-SNP) no telefone 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. A ligação é gratuita. **Para obter mais informações,** acesse www.ccama.org.



Manual do Associado 2026

Índice

Capítulo 1: Como começar como associado	6
Capítulo 2: Números de telefone e recursos importantes.....	18
Capítulo 3: Como usar a cobertura do nosso plano para sua assistência médica e outros serviços cobertos	33
Capítulo 4: Tabela de benefícios	56
Capítulo 5: Como obter seus medicamentos ambulatoriais	124
Capítulo 6: Quanto você paga pelo seus medicamentos do Medicare e MassHealth (Medicaid)	143
Capítulo 7: Como nos solicitar o pagamento de uma fatura que você recebeu por serviços ou medicamentos cobertos	148
Capítulo 8: Seus direitos e responsabilidades	157
Capítulo 9. O que fazer se você tiver um problema ou reclamação (decisões de cobertura, recursos, reclamações).....	177
Capítulo 10: Como encerrar sua associação ao nosso plano	221
Capítulo 11: Avisos legais.....	231
Capítulo 12: Definições de palavras importantes	236



Isenções de responsabilidade

- ❖ Os benefícios podem ser alterados em 1º de janeiro de 2027.
- ❖ Nossos medicamentos cobertos, rede de farmácias e/ou rede de prestadores podem mudar a qualquer momento. Você receberá um aviso sobre quaisquer alterações que possam afetá-lo quando necessário.
- ❖ CCA One Care (HMO D-SNP) é um Plano de Necessidades Especiais para Duplamente Elegíveis (D-SNP) que possui contrato com o Medicare e o MassHealth (Medicaid) para oferecer os benefícios de ambos os programas aos seus associados. A adesão ao plano depende da renovação do contrato com o Medicare.
- ❖ Podem ser aplicadas limitações e restrições. Para obter mais informações, ligue para o Serviços ao associados ou leia o Manual do Associado do CCA One Care. Isso significa que você pode ter que pagar por alguns serviços e que precisa seguir certas regras para que o CCA One Care pague pelos seus serviços.
- ❖ ATTENTION: If you speak Spanish, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 866-610-2273 (TTY 711), 8 am to 8 pm, 7 days a week. This call is free.
- ❖ ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios de asistencia lingüística gratuitos. Llame al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 am a 8 pm 7, días a la semana. La llamada es gratuita.
- ❖ Conscientização sobre recuperação de patrimônio: O MassHealth (Medicaid) é obrigado por lei federal a recuperar dinheiro dos espólios de certos associados do MassHealth (Medicaid) que tenham 55 anos ou mais, ou de pessoas de qualquer idade que esteja recebendo cuidados de longo prazo em uma instituição de permanência longa para idosos ou outra instituição médica. Para obter mais informações sobre a recuperação de patrimônio do MassHealth (Medicaid), visite www.mass.gov/estaterecovery.
- ❖ A cobertura do CCA One Care é uma cobertura de saúde qualificada denominada “cobertura mínima essencial”. Ela cumpre o requisito de responsabilidade individual compartilhada da Patient Protection and Affordable Care Act’s (ACA). Acesse o site do Internal Revenue Service (IRS) em www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obter mais informações sobre o requisito de responsabilidade compartilhada individual.

Em caso de dúvidas, ligue para o CCA One Care (HMO D-SNP) no telefone 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. A ligação é gratuita. **Para obter mais informações**, acesse www.ccama.org.



Capítulo 1: Como começar como associado

Introdução

Este capítulo inclui informações sobre o CCA One Care (HMO D-SNP), um plano de saúde que cobre todos os serviços do Medicare e do MassHealth (Medicaid), e sobre a sua associação a ele. Ele também lhe diz o que esperar e que outras informações lhe serão fornecidas por nós. Os principais termos e suas definições aparecem em ordem alfabética no último capítulo deste *Manual do Associado*.

Índice

A. Bem-vindo ao nosso plano	8
B. Informações sobre o Medicare e o MassHealth (Medicaid)	8
B1. Medicare:	8
B2. MassHealth (Medicaid)	8
C. Vantagens do nosso plano	9
D. Área de cobertura do nosso plano	10
E. O que o torna elegível para ser um associado do plano	10
F. O que esperar quando você aderir ao nosso plano de saúde	11
G. Sua equipe de cuidados e seu plano de cuidados	12
G1. Equipe de cuidados	12
G2. Plano de cuidados	12
H. Resumo dos custos importantes	12
H1. Prêmio mensal do Medicare Parte B	13
I. Este <i>Manual do Associado</i>	13
J. Outras informações importantes que fornecemos a você	13
J1. Seu cartão de identificação de associado	14
J2. <i>Diretório de Prestadores e Farmácias</i>	14

Em caso de dúvidas, ligue para o CCA One Care (HMO D-SNP) no telefone 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. A ligação é gratuita. **Para obter mais informações**, acesse www.ccama.org.



J3. <i>Lista de Medicamentos Cobertos</i>	15
J4. <i>A Explicação dos Benefícios</i>	16
K. Como manter atualizado o registro centralizado de cadastrado	16
K1. Privacidade das informações pessoais de saúde (PHI)	17



A. Bem-vindo ao nosso plano

O CCA One Care (HMO D-SNP) é um plano Plano MassHealth (Medicaid) mais Medicare. Um plano One Care é composto por médicos, hospitais, farmácias, prestadores de Serviços e Suportes de Longa Duração (LTSS), prestadores de serviços de saúde comportamental, prestadores de serviços de transtorno por uso de substâncias, organizações comunitárias que podem ajudar com necessidades sociais relacionadas à saúde e outros profissionais de saúde. Em um plano One Care, um Coordenador de cuidados trabalhará com você para desenvolver um plano que atenda às suas necessidades específicas de saúde. Um Coordenador de cuidados também o ajudará a gerenciar todos os seus prestadores, serviços e apoios. Todos eles trabalham juntos para oferecer-lhe o atendimento de que você precisa.

O One Care é um programa administrado por Massachusetts e pelo governo federal para oferecer melhor assistência médica a pessoas que têm tanto o Medicare quanto o MassHealth (Medicaid) (Massachusetts Medicaid).

B. Informações sobre o Medicare e o MassHealth (Medicaid)

B1. Medicare:

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

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

B2. MassHealth (Medicaid)

MassHealth (Medicaid) é o nome do programa Medicaid de Massachusetts. O MassHealth (Medicaid) é administrado por Massachusetts e é pago por Massachusetts e pelo governo federal. O MassHealth (Medicaid) ajuda pessoas com renda e recursos limitados a pagar por Serviços e Suportes de Longa Duração (LTSS) e custos médicos. Ele cobre serviços extras e medicamentos não cobertos pelo Medicare.

Cada estado decide:

- o que conta como renda e recursos,
- quem é elegível,
- quais serviços são cobertos, e
- o custo dos serviços.

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

Em caso de dúvidas, ligue para o CCA One Care (HMO D-SNP) no telefone 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. A ligação é gratuita. **Para obter mais informações**, acesse www.ccama.org.



O Medicare e o Commonwealth de Massachusetts aprovaram nosso plano. Você pode obter serviços do Medicare e do MassHealth (Medicaid) por meio do nosso plano, desde que

- seja elegível para participar do One Care;
- nós ofereçamos o plano em seu condado, e
- o Medicare e o Commonwealth de Massachusetts permitam que continuemos a oferecer esse plano.

Mesmo que nosso plano pare de operar no futuro, sua elegibilidade para os serviços do Medicare e do MassHealth (Medicaid) não será afetada.

C. Vantagens do nosso plano

Agora, você terá todos os serviços cobertos do Medicare e do MassHealth (Medicaid) em nosso plano, inclusive medicamentos. **Você não paga nada a mais para aderir a este plano de saúde.**

Ajudamos você a fazer com que seus benefícios do Medicare e do Medicaid funcionem melhor juntos e para você. Algumas das vantagens incluem:

- Você pode trabalhar conosco para **a maioria** das suas necessidades de assistência médica.
- Você tem uma equipe de cuidados que você ajuda a montar. Sua equipe de cuidados pode incluir você mesmo, seu cuidador, médicos, enfermeiros, conselheiros ou outros profissionais de saúde.
- Você tem acesso a um coordenador de cuidados. Essa é uma pessoa que trabalha com você, com o nosso plano e com a sua equipe de cuidados para ajudar a elaborar um plano de cuidados.
- Você também pode optar por ter um Coordenador de Suportes de Longa Duração (LTS). Os serviços e suportes de longa duração são voltados para pessoas que precisam de assistência para realizar tarefas cotidianas, como tomar banho, ir ao banheiro, se vestir, preparar comida e tomar remédios.
- Um Coordenador de LTS irá ajudá-lo a encontrar e obter os LTSS adequados e/ou outros serviços comunitários ou de saúde comportamental.
 - Tanto o Coordenador de cuidados como o Coordenador de LTS trabalham com a sua equipe de cuidados para garantir que você receba os cuidados de que necessita.
- Você pode direcionar seus próprios cuidados com a ajuda da sua equipe de cuidados e do coordenador de cuidados.
- A equipe de cuidados e o coordenador de cuidados trabalham com você para elaborar um plano de cuidados projetado para atender às **suas** necessidades de saúde. A equipe de cuidados ajuda a coordenar os serviços de que você precisa. Por exemplo, isso significa que sua equipe de cuidados garante que:

Em caso de dúvidas, ligue para o CCA One Care (HMO D-SNP) no telefone 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. A ligação é gratuita. **Para obter mais informações**, acesse www.ccama.org.



- Seus médicos saibam sobre todos os medicamentos que você toma, para que possam garantir que você esteja tomando os medicamentos certos e possam reduzir os efeitos colaterais que você possa ter com os medicamentos.
- Os resultados dos seus testes são compartilhados com todos os seus médicos e outros prestadores de serviços, conforme apropriado.

D. Área de cobertura do nosso plano

Somente pessoas que moram na nossa área de cobertura podem aderir ao nosso plano.

Você não poderá permanecer no nosso plano se você se mudar para fora da nossa área de cobertura. Consulte o **Capítulo 8** deste *Manual do Associado* para obter mais informações sobre os efeitos de se mudar para fora da nossa área de cobertura.



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

Você é elegível para o nosso plano desde que:

- more na nossa área de cobertura (presidiários não são considerados como morando na área de cobertura, mesmo que estejam fisicamente localizados nela), e
- tenha o Medicare Parte A e o Medicare Parte B, e
- seja cidadão dos Estados Unidos ou esteja legalmente presente nos Estados Unidos, e
- seja atualmente elegível para o MassHealth Standard ou o MassHealth (Medicaid) CommonHealth, e
- não esteja cadastrado no programa MassHealth (Medicaid) Home and Community-based Services (HCBS) Waiver; e

Em caso de dúvidas, ligue para o CCA One Care (HMO D-SNP) no telefone 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. A ligação é gratuita. **Para obter mais informações**, acesse www.ccama.org.



- não tenha outro seguro de saúde.

Se você perder a elegibilidade para o MassHealth (Medicaid), mas houver expectativa de recuperação dentro de um mês, continuaremos a oferecer todos os benefícios cobertos pelo Medicare Advantage durante esse período de um mês. No entanto, durante esse tempo em que a elegibilidade para o Medicaid estiver suspensa, não cobriremos os benefícios do MassHealth (Medicaid) que estejam incluídos no Medicaid State Plan aplicável, nem pagaremos as mensalidades do Medicare ou a coparticipação referente a custos pelos quais o estado seria responsável caso você não tivesse perdido a elegibilidade do Medicaid. Os valores de coparticipação do Medicare para benefícios básicos e complementares não mudam durante esse período. Se você recuperar a elegibilidade para o Medicaid dentro desse período de um mês, continuará sendo elegível para o nosso plano e terá novamente direito a todos os benefícios do Medicaid. Isso inclui a cobertura estadual das mensalidades do Medicare e da coparticipação, que voltará a valer a partir do primeiro mês em que a cobertura do Medicaid for restabelecida. **Capítulo 4, Seção C** informa sobre a cobertura e o compartilhamento de custos durante este período.

Ligue para o Serviços ao associados para obter mais informações.

F. O que esperar quando você aderir ao nosso plano de saúde

Quando você aderir ao nosso plano, você receberá uma avaliação de risco à saúde (HRA), também conhecida como “Avaliação completa”, dentro de 90 dias após sua adesão ao plano.

Devemos preencher uma HRA para você. Essa HRA é a base para o desenvolvimento do seu plano de cuidados. A HRA inclui perguntas para identificar suas necessidades médicas, de saúde comportamental e funcionais. A HRA também incluirá:

- Uma avaliação médica do seu estado de saúde, incluindo necessidades imediatas e serviços atuais, condições de saúde, medicamentos e histórico médico contendo estado funcional e bem-estar físico
- Informações sobre estilo de vida e sociais, incluindo requisitos de acessibilidade, necessidades de equipamentos e considerações ambientais Uma avaliação de sua necessidade de serviços e suporte de longa duração, incluindo a avaliação de suas necessidades para ajudá-lo a viver de forma independente ou segura na comunidade e para ajudá-lo a entender quais opções de serviços e apoios de longa duração podem ser melhores para você
- Preferências e objetivos
- E outros tópicos baseados em nossa discussão

Entraremos em contato com você para preencher a HRA. Podemos preencher a HRA por meio de uma consulta presencial em um local de sua escolha, ligação telefônica ou consulta virtual.

Enviaremos mais informações sobre esta HRA.

Em caso de dúvidas, ligue para o CCA One Care (HMO D-SNP) no telefone 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. A ligação é gratuita. **Para obter mais informações**, acesse www.ccama.org.



Se o CCA One Care for um plano novo para você, você poderá continuar usando seus médicos e recebendo seus serviços atuais por 90 dias ou até que sua HRA e seu Plano de cuidados individualizado (ICP) estejam concluídos. Este é o chamado período de Continuidade de Cuidados. Se você estiver tomando algum medicamento do Medicare Parte D ao aderir ao nosso plano, você poderá obter um fornecimento temporário. Nós o ajudaremos na transição para outro medicamento, se necessário.

Após os primeiros 90 dias, você precisará usar médicos e outros prestadores da rede do CCA One Care (HMO D-SNP). Um prestador da rede é um prestador que trabalha com o plano de saúde. Consulte o **Capítulo 3**, Seção D, para obter mais informações sobre como obter atendimento das redes de prestadores.

G. Sua equipe de cuidados e seu plano de cuidados

G1. Equipe de cuidados

Uma equipe de cuidados pode ajudá-lo a continuar recebendo o cuidado de que precisa e deseja. Uma equipe de cuidados pode incluir seu médico, um coordenador de cuidados ou outro profissional de saúde de sua escolha. Juntos, você e sua equipe de cuidados elaborarão seu Plano de cuidados individualizado (ICP).

Um coordenador de cuidados é uma pessoa treinada para ajudá-lo a gerenciar os cuidados de que você precisa e deseja. Você terá um coordenador de cuidados ao aderir ao nosso plano. Essa pessoa também o encaminhará a outros recursos comunitários que nosso plano pode não oferecer e trabalhará com sua equipe de cuidados para ajudar a coordenar seus cuidados. Ligue para os números na parte inferior da página para obter mais informações sobre seu coordenador de cuidados e equipe de cuidados.

G2. Plano de cuidados

Após sua avaliação abrangente, sua equipe de cuidados se reunirá com você para conversar sobre os serviços de saúde de que você precisa e deseja. Juntos, você e sua equipe de cuidados elaborarão seu ICP. Você estará no centro do processo de elaboração do seu plano de cuidados e poderá incluir sua família, amigos e defensores, se assim desejar.

Seu ICP incluirá os serviços de que você precisa para sua saúde física e comportamental, além de serviços e suportes de longa duração. Você poderá listar suas metas de saúde, vida independente e recuperação, bem como quaisquer preocupações que possa ter e as medidas necessárias para resolvê-las. Sua equipe de cuidados trabalhará com você para atualizar seu ICP à medida que suas metas ou necessidades mudarem ao longo do ano.

H. Resumo dos custos importantes

Nosso plano não tem prêmio.

Seus custos podem incluir o seguinte:

Em caso de dúvidas, ligue para o CCA One Care (HMO D-SNP) no telefone 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. A ligação é gratuita. **Para obter mais informações**, acesse www.ccama.org.



- Prêmio mensal do Medicare Parte B (**Seção H1**)

Você não pagará nenhum prêmio mensal ao CCA One Care pela sua cobertura de saúde. Se você pagar um prêmio ao MassHealth (Medicaid) pelo CommonHealth, deverá continuar pagando o prêmio ao MassHealth (Medicaid) para manter sua cobertura. Os associados que ingressarem em uma unidade de enfermagem especializada podem ter que pagar um valor pago pelo paciente para manter sua cobertura MassHealth (Medicaid). O valor pago pelo paciente é a contribuição do associado para o custo do cuidado na unidade. O MassHealth (Medicaid) enviará um aviso detalhado caso você deva pagar um valor pago pelo paciente.

H1. Prêmio mensal do Medicare Parte B

Muitos associados são obrigados a pagar outros prêmios do Medicare

Alguns associados são obrigados a pagar outros prêmios do Medicare. Conforme explicado na Seção E acima, para ser elegível para o nosso plano, você deve manter sua elegibilidade para o Medicaid, bem como ter o Medicare Parte A e o Medicare Parte B. Para a maioria dos associados do CCA One Care (HMO D-SNP), o Medicaid paga o prêmio do Medicare Parte A (se você não se qualificar automaticamente para ele) e o prêmio da Parte B.

Se o Medicaid não estiver pagando seus prêmios do Medicare, você deve continuar a pagá-los para permanecer como associado do nosso plano. Isso inclui seu prêmio do Medicare Parte B. **Além disso, entre em contato com o Serviços ao associados ou seu coordenador de cuidados e informe-os sobre essa mudança.**

I. Este *Manual do Associado*

Este *Manual do Associado* faz parte do nosso contrato com você. Isso significa que devemos seguir todas as regras deste documento. Se achar que fizemos algo que vai contra essas regras, você pode recorrer da nossa decisão. Para obter informações sobre recursos, consulte o **Capítulo 9** deste *Manual do Associado* ou ligue para 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Você pode solicitar um *Manual do Associado* ligando para o Serviços ao associados nos números indicados na parte inferior da página. Você também pode consultar o *Manual do Associado* disponível em nosso site.

O contrato está em vigor para os meses em que você estiver cadastrado no nosso plano entre 1º de janeiro de 2026 e 31 de dezembro de 2026.

J. Outras informações importantes que fornecemos a você

Outras informações importantes que fornecemos a você incluem seu cartão de identificação de associado, informações sobre como acessar um *Diretório de Prestadores e Farmácias*, uma Lista de Equipamentos Médicos Duráveis (DME) e informações sobre como acessar uma *Lista de Medicamentos Cobertos*, também conhecida como *Lista de Medicamentos* ou *Formulário*.

Em caso de dúvidas, ligue para o CCA One Care (HMO D-SNP) no telefone 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. A ligação é gratuita. **Para obter mais informações**, acesse www.ccama.org.



J1. Seu cartão de identificação de associado

Em nosso plano, você tem um cartão para seus serviços do Medicare e MassHealth (Medicaid), incluindo LTSS, determinados serviços de saúde comportamental e prescrições. Você deve apresentar este cartão quando receber qualquer serviço ou prescrição. Aqui está um exemplo de cartão de identificação de associado:



Se o seu cartão de identificação de associado for danificado, perdido ou roubado, ligue imediatamente para o Serviços ao associados no número indicado na parte inferior da página. Enviaremos um novo cartão para você.

Desde que seja associado ao nosso plano, você não precisará usar seu cartão vermelho, branco e azul do Medicare ou seu cartão do MassHealth (Medicaid) para obter a maioria dos serviços. Guarde esses cartões em um local seguro, caso precise deles mais tarde. Se você mostrar o seu cartão do Medicare em vez do seu cartão de identificação de associado, o prestador poderá cobrar o Medicare em vez do nosso plano, e você poderá receber uma fatura. Poderá ser solicitado que você apresente o seu cartão do Medicare se precisar de serviços hospitalares, serviços de cuidados paliativos ou se participar de estudos de pesquisa clínica aprovados pelo Medicare (também chamados de estudos clínicos). Consulte o **Capítulo 7** deste *Manual do Associado* para saber o que fazer se receber uma fatura de um prestador.

J2. Diretório de Prestadores e Farmácias

O *Diretório de Prestadores e Farmácias* lista os prestadores e farmácias da rede do nosso plano. Enquanto estiver associado ao nosso plano, você deverá usar os prestadores da rede para obter os serviços cobertos.

Você pode solicitar um *Diretório de Prestadores e Farmácias* (eletronicamente ou em cópia impressa) ligando para o Serviços ao associados nos números na parte inferior da página. As solicitações de cópias impressas dos *Diretórios de Prestadores e Farmácias* serão enviadas a você dentro de três dias úteis. Você também pode consultar o *Diretório de Prestadores e Farmácias* no endereço da Web no final da página.

Em caso de dúvidas, ligue para o CCA One Care (HMO D-SNP) no telefone 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. A ligação é gratuita. **Para obter mais informações,** acesse www.ccama.org.



Tanto o Serviços ao associados quanto o site podem lhe fornecer as informações mais atualizadas sobre os prestadores da rede, médicos de cuidados primários, especialistas, hospitais, fornecedores de equipamentos médicos duráveis, farmácias da rede, instalações de enfermagem especializadas e outros prestadores.

Definição de prestadores da rede

- Os prestadores de nossa rede incluem:
 - médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde que você pode usar como associado do nosso plano;
 - clínicas, hospitais, instalações de enfermagem e outros locais que prestam serviços de saúde em nosso plano; e
 - agências de saúde domiciliar, fornecedores de equipamentos médicos duráveis (DME) e outros que fornecem bens e serviços que você obtém por meio do Medicare ou do MassHealth (Medicaid).

Os prestadores da rede concordam em aceitar o pagamento do nosso plano pelos serviços cobertos como pagamento integral. Você não terá que pagar nada a mais pelos serviços cobertos.

Definição de farmácias da rede

- As farmácias da rede são farmácias que aceitam que os associados do nosso plano retirem medicamentos. Use o *Diretório de Prestadores e Farmácias* para encontrar a farmácia da rede que deseja usar.
- Exceto em caso de emergência, você deve retirar seus medicamentos em uma das farmácias da rede se quiser que nosso plano o ajude a pagar por eles.

Para obter mais informações, entre em contato com o Serviços ao associados pelos números indicados na parte inferior da página. Tanto o Serviços ao associados quanto o nosso site podem lhe fornecer as informações mais atualizadas sobre mudanças nas farmácias e prestadores da rede.

Lista de Equipamentos Médicos Duráveis (DME)

Incluimos nossa Lista de DME com este *Manual do Associado*. Essa lista informa as marcas e os fabricantes de DME que cobrimos. A lista mais recente de marcas, fabricantes e fornecedores também está disponível em nosso website, no endereço no final da página. Consulte os **Capítulos 3 e 4** deste *Manual do Associado* para saber mais sobre o equipamento DME.

J3. Lista de Medicamentos Cobertos

Nosso plano tem uma *Lista de Medicamentos Cobertos*. Nós a chamamos de *Lista de Medicamentos*, para abreviar. Ela informa quais medicamentos são cobertos pelo nosso plano. Os medicamentos dessa lista são selecionados pelo nosso plano com a ajuda de médicos e farmacêuticos. A *Lista de Medicamentos* deve atender aos requisitos do Medicare. Os medicamentos com preços negociados de acordo com o Medicare Drug Price Negotiation Program do Medicare serão incluídos na sua *Lista de Medicamentos*, a menos que tenham sido



removidos e substituídos, conforme descrito no **Capítulo 5, Seção E**. O Medicare aprovou a *Lista de Medicamentos* do CCA One Care (HMO D-SNP).

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

Todos os anos, enviamos a você informações sobre como acessar a *Lista de Medicamentos*, mas algumas alterações podem ocorrer durante o ano. Para obter as informações mais atualizadas sobre os medicamentos cobertos, ligue para o Serviços ao associados ou visite nosso website no endereço no final da página.

J4. A Explicação dos Benefícios

Quando você usa os benefícios de medicamentos do Medicare Parte D, enviamos um resumo para ajudá-lo a entender e acompanhar os pagamentos de medicamentos do Medicare Parte D. Esse resumo é chamado de *Explicação dos Benefícios* (EOB).

A EOB informa o valor total que você, ou outras pessoas em seu nome, gastou com seus medicamentos Medicare Parte D e o valor integral que pagamos por cada um dos seus medicamentos Medicare Parte D durante o mês. Essa EOB não é uma fatura. A EOB contém mais informações sobre os medicamentos que você toma. O **Capítulo 6** deste *Manual do Associado* fornece mais informações sobre a EOB e como ela o ajuda a acompanhar sua cobertura de medicamentos.

Você também pode solicitar uma EOB. Para obter uma cópia, entre em contato com o Serviços ao associados pelos números indicados na parte inferior da página.

K. Como manter atualizado o registro centralizado de cadastrado

Você pode manter seu registro centralizado de cadastrado atualizado, informando-nos quando suas informações mudarem.

Precisamos dessas informações para nos certificarmos de que temos suas informações corretas em nossos registros. Os médicos, hospitais, farmacêuticos e outros prestadores da rede do nosso plano **usam o seu registro centralizado de cadastrado para saber quais serviços e medicamentos são cobertos e os valores de coparticipação**. Por isso, é muito importante nos ajudar a manter suas informações atualizadas.

Informe-nos imediatamente sobre o seguinte:

- alterações em seu nome, endereço ou número de telefone;
- alterações em qualquer outra cobertura de seguro de saúde, como a do seu empregador, do empregador do seu cônjuge ou do empregador do seu parceiro doméstico, ou compensação de trabalhadores;
- quaisquer reclamações de responsabilidade, como reclamações de um acidente automobilístico;
- internação em uma unidade de enfermagem especializada ou hospital;

Em caso de dúvidas, ligue para o CCA One Care (HMO D-SNP) no telefone 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. A ligação é gratuita. **Para obter mais informações**, acesse www.ccama.org.



- cuidados em um hospital ou pronto-socorro;
- mudanças no seu cuidador (ou qualquer pessoa responsável por você); e
- se você participar de um estudo de pesquisa clínica. (**Observação:** você não é obrigado a nos informar sobre um estudo de pesquisa clínica do qual pretende participar, mas recomendamos que o faça).

Se alguma informação for alterada, entre em contato com o Serviços ao associados pelos números indicados na parte inferior da página.

K1. Privacidade das informações pessoais de saúde (PHI)

As informações do seu registro de associado podem incluir informações pessoais de saúde (PHI). As leis federais e estaduais exigem que mantenhamos a privacidade de suas PHI. Nós protegemos suas PHI. Para obter mais detalhes sobre como protegemos suas PHI, consulte o **Capítulo 8** deste *Manual do Associado*.



Capítulo 2: Números de telefone e recursos importantes

Introdução

Este capítulo fornece informações de contato de recursos importantes que podem ajudá-lo a responder suas perguntas sobre nosso plano e seus benefícios de assistência médica. Este capítulo também pode ser usado para obter informações sobre como entrar em contato com o coordenador de cuidados e outras pessoas que podem representá-lo. Os principais termos e suas definições aparecem em ordem alfabética no último capítulo deste *Manual do Associado*.

Índice

A. Serviços ao associados.....	19
B. Seu coordenador de cuidados	22
C. SHINE (Serving the Health Insurance Needs of Everyone)	23
D. Quality Improvement Organization (QIO)	24
E. Medicare	25
F. MassHealth (Medicaid).....	27
G. Ombudsman.....	28
H. Programa do Ombudsman para Cuidados de Longa Duração	29
I. Programas para ajudar as pessoas a pagar por medicamentos.....	30
I1. Extra Help do Medicare.....	30
J. Social Security.....	31
K. Railroad Retirement Board (RRB).....	32



A. Serviços ao associados

LIGUE PARA	866-610-2273. A ligação é gratuita. Dias e horários de funcionamento: das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. Temos serviços de intérprete gratuitos para pessoas que não falam inglês.
TTY	711. A ligação é gratuita. Das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana
FAX	617-426-1311
ESCREVA PARA	Commonwealth Care Alliance, Inc. Attn: Member Services Department 2 Avenue de Lafayette, 5 th Floor Boston, MA 02111
SITE	www.ccama.org

Entre em contato com o Serviços ao associados para obter ajuda com:

- dúvidas sobre o plano
- dúvidas sobre reclamações ou faturas
- decisões de cobertura sobre sua assistência médica
 - Uma decisão de cobertura sobre sua assistência médica é uma decisão sobre:
 - seus benefícios e serviços cobertos **ou**
 - o valor que pagamos pelos seus serviços de saúde.
 - Ligue para nós se tiver dúvidas sobre uma decisão de cobertura sobre sua assistência médica.
 - Para saber mais sobre decisões de cobertura, consulte o **Capítulo 9** deste *Manual do Associado*.
- recursos sobre sua assistência médica



Em caso de dúvidas, ligue para o CCA One Care (HMO D-SNP) no telefone 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. A ligação é gratuita. **Para obter mais informações**, acesse www.ccama.org.

- Um recurso é uma maneira formal de nos pedir para revisar uma decisão que tomamos sobre sua cobertura e nos pedir para alterá-la se você achar que cometemos um erro ou discordar da decisão.
- Para saber mais sobre como entrar com um recurso, consulte o **Capítulo 9** deste *Manual do Associado* ou entre em contato com o Serviços ao associados.
- reclamações sobre sua assistência médica
 - Você pode fazer uma reclamação sobre nós ou sobre qualquer prestador (inclusive prestadores da rede ou de fora da rede). Um prestador da rede é um prestador que trabalha com nosso plano. Você também pode fazer uma reclamação para nós ou para a Quality Improvement Organization (QIO) sobre a qualidade do cuidado que recebeu (consulte a **Seção D**).
 - Você pode entrar em contato conosco e explicar sua reclamação pelo telefone 866-610-2273.
 - Se a sua reclamação for sobre uma decisão de cobertura sobre o sua assistência médica, você pode entrar com um recurso (consulte a seção acima).
 - Você pode enviar uma reclamação sobre o nosso plano para o Medicare. Você pode usar um formulário on-line em www.medicare.gov/my/medicare-complaint. Ou você pode ligar para 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para pedir ajuda.
 - Você também pode ligar para o My Ombudsman para obter ajuda com **qualquer** reclamação ou para ajudá-lo a entrar com um recurso. (Consulte a **Seção G** para obter as informações de contato do My Ombudsman).
 - Para saber mais sobre como fazer uma reclamação sobre sua assistência médica, consulte o **Capítulo 9** deste *Manual do Associado*.
- decisões de cobertura sobre seus medicamentos
 - Uma decisão de cobertura sobre seus medicamentos é uma decisão sobre:
 - seus benefícios e medicamentos cobertos **ou**
 - o valor que pagamos por seus medicamentos.
 - Isso se aplica aos seus medicamentos do Medicare Parte D, medicamentos prescritos do MassHealth (Medicaid) e medicamentos de venda livre do MassHealth (Medicaid).
 - Para saber mais sobre as decisões de cobertura de seus medicamentos, consulte o **Capítulo 9** deste *Manual do Associado*.
- recursos sobre seus medicamentos
 - Um recurso é uma forma de nos pedir para alterar uma decisão de cobertura.
 - Para saber mais sobre como entrar com um recurso sobre seus medicamentos, consulte o **Capítulo 9** deste *Manual do Associado*.



Em caso de dúvidas, ligue para o CCA One Care (HMO D-SNP) no telefone 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. A ligação é gratuita. **Para obter mais informações**, acesse www.ccama.org.

- reclamações sobre seus medicamentos
 - Você pode fazer uma reclamação sobre nós ou sobre qualquer farmácia. Isso inclui uma reclamação sobre seus medicamentos.
 - Se sua reclamação for sobre uma decisão de cobertura sobre seus medicamentos, você pode entrar com um recurso. (Consulte a seção acima).
 - Você pode enviar uma reclamação sobre o nosso plano para o Medicare. Você pode usar um formulário on-line em www.medicare.gov/my/medicare-complaint. Ou você pode ligar para 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para pedir ajuda.
 - Para saber mais sobre como fazer uma reclamação sobre seus medicamentos, consulte o **Capítulo 9** deste *Manual do Associado*.
- pagamento de assistência médica ou medicamentos pelos quais você já pagou
 - Para saber mais sobre como nos pedir para reembolsá-lo ou para pagar uma fatura que você recebeu, consulte o **Capítulo 7** deste *Manual do Associado*.
 - Se você nos pedir para pagar uma fatura e negarmos qualquer parte da sua solicitação, você pode entrar com recurso contra nossa decisão. Consulte o **Capítulo 9** deste *Manual do Associado*.



B. Seu coordenador de cuidados

O coordenador de cuidados é a pessoa que trabalha com você, com o plano de saúde e com a sua equipe de cuidados para garantir que você receba os cuidados de que precisa. Ao se tornar associado do nosso plano, um coordenador de cuidados lhe será designado. Consulte o Capítulo 3, Seção C para obter mais informações sobre os coordenadores de cuidados e como você pode trocar seu coordenador de cuidados se ele não for adequado para você.

LIGUE PARA	866-610-2273. A ligação é gratuita. De 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. Temos serviços de intérprete gratuitos para pessoas que não falam inglês.
TTY	711 Esta chamada é gratuita. De 8 am às 8 pm, 7 dias por semana.
FAX	617-426-1311
ESCREVA PARA	Commonwealth Care Alliance, Inc. Attn: Member Services Department 2 Avenue de Lafayette, 5 th Floor Boston, MA 02111
SITE	www.ccama.org

Entre em contato com seu coordenador de cuidados para obter ajuda com:

- dúvidas sobre sua assistência médica
- dúvidas sobre como obter serviços de saúde comportamental (saúde mental e transtorno por uso de substâncias)
- dúvidas sobre transporte
- dúvidas sobre como obter serviços médicos e serviços e suportes de longa duração (LTSS)
- dúvidas sobre como obter ajuda com alimentação, moradia, emprego e outras necessidades sociais relacionadas à saúde
- dúvidas sobre seu plano de cuidados
- dúvidas sobre aprovações de serviços que seus prestadores solicitaram
- dúvidas sobre os benefícios dos Serviços Cobertos Flexíveis e como eles podem ser solicitados



Em caso de dúvidas, ligue para o CCA One Care (HMO D-SNP) no telefone 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. A ligação é gratuita. **Para obter mais informações**, acesse www.ccama.org.

C. SHINE (Serving the Health Insurance Needs of Everyone)

O State Health Insurance Assistance Program (SHIP) é um programa do governo com conselheiros treinados em todos os estados que oferece ajuda gratuita, informações e respostas às suas perguntas sobre o Medicare. Em Massachusetts, o SHIP é chamado de SHINE (Serving the Health Insurance Needs of Everyone).

O SHINE é um programa estadual independente (não ligado a nenhuma seguradora ou plano de saúde) que recebe dinheiro do governo federal para oferecer aconselhamento local gratuito sobre seguro de saúde a pessoas com Medicare.

LIGUE PARA	1-800-AGE-INFO (1-800-243-4636)
TTY	1-800-439-2370 (<i>somente em Massachusetts</i>) Esse número é para pessoas que têm dificuldade para ouvir ou falar. É necessário ter um equipamento telefônico especial para ligar para ele.
ESCREVA PARA	Ligue para o número acima para obter o endereço do programa SHINE em sua região.
SITE	www.mass.gov/health-insurance-counseling

Entre em contato com o SHINE para obter ajuda com:

- dúvidas sobre o Medicare
- Os conselheiros do SHINE podem responder às suas dúvidas sobre a mudança para um novo plano e ajudá-lo a:
 - entender seus direitos,
 - entender suas opções de plano,
 - responder perguntas sobre a mudança de plano,
 - fazer reclamações sobre sua assistência médica ou tratamento, e
 - resolver problemas com suas faturas.



Em caso de dúvidas, ligue para o CCA One Care (HMO D-SNP) no telefone 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. A ligação é gratuita. **Para obter mais informações**, acesse www.ccama.org.

D. Quality Improvement Organization (QIO)

Nosso estado tem uma organização chamada Acentra Health. Trata-se de um grupo de médicos e outros profissionais saúde que ajudam a melhorar a qualidade do cuidado das pessoas com o Medicare. A Acentra Health é uma organização independente. Ela não está ligada ao nosso plano.

LIGUE PARA	1-888-319-8452
TTY	711
ESCREVA PARA	Acentra Health QIO 5201 West Kennedy Blvd. Suite 900 Tampa, FL 33609
SITE	www.acentraqio.com

Entre em contato com a Acentra Health para obter ajuda com:

- dúvidas sobre seus direitos de assistência médica
- fazer uma reclamação sobre o cuidado recebido se você:
 - tiver um problema com a qualidade do cuidado, como receber medicação errada, testes ou procedimentos desnecessários ou um diagnóstico incorreto,
 - achar que sua internação hospitalar está terminando muito cedo, **ou**
 - achar que sua assistência médica domiciliar, cuidados em unidades de enfermagem especializada ou serviços de unidade ambulatorial de reabilitação abrangente (CORF) estão terminando muito cedo.



Em caso de dúvidas, ligue para o CCA One Care (HMO D-SNP) no telefone 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. A ligação é gratuita. **Para obter mais informações**, acesse www.ccama.org.

E. Medicare

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

A agência federal responsável pelo Medicare é o Centers for Medicare & Medicaid Services, ou CMS. Esta agência tem contratos com organizações Medicare Advantage, incluindo o nosso plano.

LIGUE PARA	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) As chamadas para esse número são gratuitas, 24 horas por dia, 7 dias por semana.
TTY	1-877-486-2048. A ligação é gratuita. Esse número é para pessoas que têm dificuldade para ouvir ou falar. É necessário ter um equipamento telefônico especial para ligar para ele.
CHAT AO VIVO	Fale com um representante ao vivo no chat em www.Medicare.gov/talk-to-someone
ESCREVA PARA	Escreva para o Medicare no endereço PO Box 1270, Lawrence, KS 66044



Em caso de dúvidas, ligue para o CCA One Care (HMO D-SNP) no telefone 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. A ligação é gratuita. **Para obter mais informações**, acesse www.ccama.org.

SITE

www.medicare.gov

- Obtenha informações sobre os planos de saúde e medicamentos do Medicare na sua área, incluindo os custos e os serviços oferecidos.
- Encontre médicos ou outros profissionais de saúde e fornecedores de assistência médica participantes do Medicare.
- Descubra o que o Medicare cobre, incluindo serviços preventivos (como exames, vacinas e consultas anuais de “bem-estar”).
- Obtenha informações e formulários de recurso do Medicare.
- Obtenha informações sobre a qualidade do cuidado prestado por planos, lares de idosos, hospitais, médicos, agências de saúde domiciliar, centros de diálise, centros de cuidados paliativos, centros de reabilitação para pacientes internados e hospitais de cuidados de longa duração.
- Procure sites e números de telefone úteis.

Para enviar uma reclamação ao Medicare, acesse www.medicare.gov/my/medicare-complaint. O Medicare leva suas reclamações a sério e as usará para ajudar a melhorar a qualidade do programa Medicare.



F. MassHealth (Medicaid)

O MassHealth (Medicaid de Massachusetts) ajuda com serviços médicos e de longa duração e suporta os custos para pessoas com renda e recursos limitados.

Você está cadastrado no Medicare e no MassHealth (Medicaid). Se tiver dúvidas sobre a ajuda que recebe do MassHealth (Medicaid), as informações de contato estão abaixo.

LIGUE PARA	1-800-841-2900
TTY	711
ESCREVA PARA	MassHealth (Medicaid) Customer Service 55 Summer Street Boston, MA 02110
E-MAIL	membersupport@mahealth.net
SITE	www.mass.gov/MassHealth (Medicaid)



Em caso de dúvidas, ligue para o CCA One Care (HMO D-SNP) no telefone 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. A ligação é gratuita. **Para obter mais informações**, acesse www.ccama.org.

G. Ombudsman

My Ombudsman é um programa independente que pode ajudar você em caso de dúvidas, preocupações ou problemas relacionados ao One Care. Os serviços My Ombudsman são gratuitos. A equipe do My Ombudsman:

- Pode responder às suas perguntas ou encaminhá-lo ao lugar certo para encontrar o que precisa.
- Pode ajudar você a resolver um problema ou preocupação com o One Care ou seu plano One Care, que é o CCA One Care (HMO D-SNP). A equipe do My Ombudsman ouvirá, investigará o problema e discutirá as opções com você para ajudar a resolvê-lo.
- Ajuda com recursos. Um recurso é uma maneira formal de solicitar ao seu plano One Care, MassHealth (Medicaid) ou Medicare a revisão de uma decisão sobre seus serviços. A equipe do My Ombudsman pode conversar com você sobre como entrar com um recurso e o que esperar durante este processo.
- Você pode ligar ou escrever para o My Ombudsman. Consulte o site do My Ombudsman ou entre em contato diretamente com eles para obter informações atualizadas sobre localização e horário de atendimento.

LIGUE PARA	1-855-781-9898 (ligação gratuita)
MassRelay e videofone (VP)	Use o 7-1-1 para ligar para 1-855-781-9898 Esse número é para pessoas que têm dificuldade para ouvir ou falar. É necessário ter um equipamento telefônico especial para ligar para ele. Videofone (VP): 339-224-6831 Este número é para pessoas surdas, com deficiência auditiva.
ESCREVA PARA	My Ombudsman 25 Kingston Street, 4 th floor Boston, MA 02111
E-MAIL	info@myombudsman.org
SITE	www.myombudsman.org



Em caso de dúvidas, ligue para o CCA One Care (HMO D-SNP) no telefone 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. A ligação é gratuita. **Para obter mais informações**, acesse www.ccama.org.

H. Programa do Ombudsman para Cuidados de Longa Duração

O Ombudsman para Cuidados de Longa Duração ajuda as pessoas a obter informações sobre lares de idosos e a resolver problemas entre lares de idosos e residentes ou suas famílias.

O Ombudsman para Cuidados de Longa Duração não está vinculado ao nosso plano nem a nenhuma seguradora ou plano de saúde.

LIGUE PARA	617-222-7495
-------------------	--------------



Em caso de dúvidas, ligue para o CCA One Care (HMO D-SNP) no telefone 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. A ligação é gratuita. **Para obter mais informações**, acesse www.ccama.org.

I. Programas para ajudar as pessoas a pagar por medicamentos

O site do Medicare (www.medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs) fornece informações sobre como reduzir seus custos com medicamentos. Para pessoas com renda limitada, há também outros programas de assistência, conforme descrito abaixo.

I1. Extra Help do Medicare

Como você é elegível para o Medicaid, você se qualifica e está recebendo “Extra Help” do Medicare para pagar os custos do seu plano de medicamentos. Você não precisa fazer nada para obter esta “Extra Help”.

LIGUE PARA	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) As chamadas para esse número são gratuitas, 24 horas por dia, 7 dias por semana.
TTY	1-877-486-2048 Esta chamada é gratuita. Esse número é para pessoas que têm dificuldade para ouvir ou falar. É necessário ter um equipamento telefônico especial para ligar para ele.
SITE	www.medicare.gov



Em caso de dúvidas, ligue para o CCA One Care (HMO D-SNP) no telefone 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. A ligação é gratuita. **Para obter mais informações**, acesse www.ccama.org.

J. Social Security

O Social Security determina a elegibilidade ao Medicare e lida com a adesão a ele.

Se você se mudar ou alterar seu endereço postal, é importante entrar em contato com o Social Security para informá-los.

LIGUE PARA	1-800-772-1213 As ligações para este número são gratuitas. Disponível das 8 am às 7 pm, de segunda a sexta-feira. Você pode usar os serviços telefônicos automatizados para obter informações gravadas e realizar algumas negociações 24 horas por dia.
TTY	1-800-325-0778 Esse número é para pessoas que têm dificuldade para ouvir ou falar. É necessário ter um equipamento telefônico especial para ligar para ele.
SITE	www.ssa.gov



Em caso de dúvidas, ligue para o CCA One Care (HMO D-SNP) no telefone 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. A ligação é gratuita. **Para obter mais informações**, acesse www.ccama.org.

K. Railroad Retirement Board (RRB)

O RRB é uma agência federal independente que administra programas abrangentes de benefícios para os trabalhadores ferroviários do país e suas famílias. Se você recebe o Medicare por meio do RRB, informe-os caso mude de endereço ou altere seu endereço postal. Em caso de dúvidas sobre seus benefícios do RRB, entre em contato com a agência.

LIGUE PARA	<p>1-877-772-5772</p> <p>As ligações para este número são gratuitas.</p> <p>Pressione “0” para falar com um representante do RRB das 9 am às 3:30 pm, de segunda a sexta, e das 9 am às 12 pm na quarta-feira.</p> <p>Pressione “1” para acessar a Linha de Ajuda automatizada do RRB e obter informações gravadas 24 horas por dia, incluindo fins de semana e feriados.</p>
TTY	<p>1-312-751-4701</p> <p>Esse número é para pessoas que têm dificuldade para ouvir ou falar. É necessário ter um equipamento telefônico especial para ligar para ele.</p> <p>As chamadas para esse número não são gratuitas.</p>
SITE	<p>www.rrb.gov</p>



Em caso de dúvidas, ligue para o CCA One Care (HMO D-SNP) no telefone 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. A ligação é gratuita. **Para obter mais informações**, acesse www.ccama.org.

Capítulo 3: Como usar a cobertura do nosso plano para sua assistência médica e outros serviços cobertos

Introdução

Este capítulo tem termos e regras específicos que você precisa saber para obter assistência médica e outros serviços cobertos pelo nosso plano. Ele também informa sobre seu coordenador de cuidados, como obter cuidados de diferentes tipos de prestadores sob certas circunstâncias especiais (incluindo prestadores ou farmácias fora da rede), o que fazer se você for cobrado diretamente pelos serviços que cobrimos e as regras para possuir Equipamentos Médicos Duráveis (DME). Os principais termos e suas definições aparecem em ordem alfabética no último capítulo deste *Manual do Associado*.

Índice

A. Informações sobre serviços e prestadores	35
B. Regras para obter os serviços cobertos pelo nosso plano	35
C. Seu coordenador de cuidados	37
C1. O que é um coordenador de cuidados	37
C2. Como entrar em contato com seu coordenador de cuidados ou coordenador de suporte de longa duração	38
C3. Como você pode trocar seu coordenador de cuidados	38
D. Cuidados oferecidos pelos prestadores	38
D1. Cuidado oferecido por um médico de cuidados primários (PCP)	38
D2. Cuidados de especialistas e outros prestadores da rede	40
D3. Quando um prestador deixa nosso plano	41
D4. Prestadores fora da rede	42
E. Serviços e suportes de longa duração (LTSS)	43
F. Serviços de saúde comportamental (saúde mental e transtorno por uso de substâncias)	44
G. Como obter cuidados autogeridos	44
G1. O que são cuidados autogeridos	44
G2. Quem pode obter cuidados autogeridos	45



G3. Como obter ajuda para contratar prestadores de cuidados pessoais (se aplicável).....	45
G4. Como solicitar que uma cópia de todos os avisos por escrito seja enviada aos participantes da equipe de cuidados identificados pelo associado	45
H. Serviços de transporte	45
I. Serviços odontológicos e oftalmológicos	46
J. Serviços cobertos em caso de emergência médica, quando necessário com urgência, ou durante um desastre	46
J1. Cuidados em caso de emergência médica	46
J2. Cuidados urgentes	49
J3. Cuidados durante um desastre	50
K. E se você for cobrado diretamente pelos serviços cobertos?	50
K1. O que fazer se o nosso plano não cobrir os serviços	50
L. Cobertura de serviços de assistência médica em um estudo de pesquisa clínica	51
L1. Definição de um estudo de pesquisa clínica	51
L2. Pagamento por serviços quando você estiver participando de um estudo de pesquisa clínica	51
L3. Mais informações sobre estudos de pesquisa clínica	52
M. Como seus serviços de assistência médica são cobertos em uma instituição religiosa não médica que oferece assistência médica	52
M1. Definição de uma instituição religiosa não médica que oferece assistência médica	52
M2. Cuidados de uma instituição religiosa não médica que oferece assistência médica	52
N. Equipamentos médicos duráveis (DME)	53
N1. DME como integrante do nosso plano.....	53
N2. Propriedade do DME se você mudar para o Original Medicare	53
N3. Benefícios do equipamento de oxigênio como associado do nosso plano	54
N4. Equipamento de oxigênio quando você mudar para o Original Medicare ou outro plano Medicare Advantage (MA)	54



A. Informações sobre serviços e prestadores

Os **serviços** incluem assistência médica, serviços e suportes de longa duração (LTSS), suprimentos, serviços de saúde comportamental, medicamentos com e sem prescrição, equipamentos e outros serviços. **Serviços cobertos** são quaisquer dos serviços que o nosso plano paga. Assistência médica coberta, saúde comportamental e LTSS estão no **Capítulo 4** deste *Manual do Associado*. Seus serviços cobertos para medicamentos prescritos e de venda livre estão no **Capítulo 5** deste *Manual do Associado*.

Os **prestadores** são médicos, enfermeiros e outras pessoas que prestam serviços e cuidados e são licenciados pelo estado. Os prestadores também incluem hospitais, agências de saúde domiciliar, clínicas e outros locais que oferecem serviços de assistência médica, serviços de saúde comportamental, equipamentos médicos e alguns LTSS.

Os **prestadores da rede** são prestadores que trabalham com nosso plano. Esses prestadores concordam em aceitar nosso pagamento como pagamento integral. Nós providenciamos para que esses prestadores forneçam serviços cobertos a você. Os prestadores da rede nos cobram diretamente pelo cuidado que oferecem a você. Ao utilizar um prestador da rede, você normalmente não paga nada pelos serviços cobertos.

B. Regras para obter os serviços cobertos pelo nosso plano

Nosso plano cobre todos os serviços cobertos pelo Medicare e MassHealth (Medicaid). Isso inclui saúde comportamental, LTSS e medicamentos prescritos e de venda livre (OTC).

Nosso plano pagará pelos serviços de assistência médica, serviços de saúde comportamental e LTSS que você recebe ao seguir nossas regras. Para ser coberto pelo nosso plano:

- Os cuidados que você recebe devem estar incluídos em nossa Tabela de Benefícios Médicos no **Capítulo 4** deste *Manual do Associado*.
- O cuidado deve ser **cl clinicamente necessário**. Por clinicamente necessário, entendemos que os serviços são razoáveis e necessários:
 - Para o diagnóstico e tratamento da sua doença ou lesão; ou
 - Para melhorar o funcionamento de uma parte malformada do corpo; **ou**
 - Caso contrário, seja clinicamente necessário de acordo com a lei do Medicare
- De acordo com a lei e regulamentação do Medicaid e de acordo com o MassHealth (Medicaid), os serviços são clinicamente necessários se:
 - Eles puderem ser razoavelmente calculados para prevenir, diagnosticar, impedir o agravamento, aliviar, corrigir ou curar condições que colocam



Em caso de dúvidas, ligue para o CCA One Care (HMO D-SNP) no telefone 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. A ligação é gratuita. **Para obter mais informações**, acesse www.ccama.org.

sua vida em risco, causam sofrimento ou dor, causam deformidade física ou disfunção, ameaçam causar ou agravar uma deficiência ou resultam em doença ou enfermidade; e

- Não há outro serviço médico ou local de atendimento disponível, que funcione tão bem e seja adequado para você e que seja mais barato. A qualidade dos serviços clinicamente necessários deve atender aos padrões profissionalmente reconhecidos de assistência médica, e os serviços clinicamente necessários também devem ser comprovados por registros que incluam evidências de tal necessidade médica e qualidade.
- Caso tenha dúvidas sobre se um serviço é clinicamente necessário ou não, entre em contato com o Serviços ao associados pelo telefone 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. A ligação é gratuita.
- Para serviços médicos, você deve ter um **médico de cuidados primários (PCP)** da rede fornecendo e supervisionando seus cuidados. Como associado do plano, você deve escolher um prestador da rede para ser seu PCP (para mais informações, vá para a **Seção D1** deste capítulo).
 - Na maioria dos casos, nosso plano deve dar sua aprovação antes que você possa usar um prestador que não seja seu PCP ou usar outros prestadores na rede do nosso plano. Isso é chamado de **autorização prévia**. Se você não obtiver aprovação, poderemos não cobrir os serviços.
 - Você não precisa de encaminhamentos do seu PCP para cuidados emergenciais ou urgentes, nem para usar um profissional de saúde da mulher. Você pode obter outros tipos de cuidados sem precisar de encaminhamento do seu PCP (para obter mais informações, consulte a **Seção D1** deste capítulo).
- **Seus cuidados devem ser prestados por prestadores da rede** (para obter mais informações, consulte a **Seção D** deste capítulo). Normalmente, não cobrimos cuidados de um prestador que não trabalha com nosso plano de saúde. Isso significa que você terá que pagar ao prestador o valor integral pelos serviços recebidos. Aqui estão alguns casos em que esta regra não se aplica:
 - Cobrimos cuidados emergenciais ou urgentes de um prestador fora da rede (para obter mais informações, acesse a **Seção I** deste capítulo).
 - Se precisar de cuidados cobertos pelo nosso plano e nossos prestadores da rede não puderem fornecê-los, você pode obter cuidados de um prestador fora da rede. Você deve obter aprovação prévia (autorização prévia) do nosso plano antes de procurar atendimento de um prestador fora da rede. Nessa situação, cobrimos o cuidado sem nenhum custo para você. Para obter informações sobre como obter aprovação para usar um prestador fora da rede, vá para a **Seção D4** deste capítulo.



- Cobrimos serviços de diálise renal quando você estiver fora da área de cobertura do nosso plano por um curto período ou quando seu prestador estiver temporariamente indisponível ou inacessível. Se possível, ligue para o Serviços ao associados no número no final da página antes de sair da área de cobertura para que possamos providenciar a diálise de manutenção enquanto você estiver fora.

C. Seu coordenador de cuidados

C1. O que é um coordenador de cuidados

Seu coordenador de cuidados ajuda você a:

- Entender e acessar seus benefícios.
- Continuar no caminho certo com seu plano de cuidados.
- Conectar-se com recursos da comunidade e programas de apoio social, como moradia e alimentação.

Seu coordenador de cuidados trabalha com outros prestadores da sua equipe. Isso pode incluir:

- Enfermeiros
- Clínico de prática avançada
- Médico de cuidados primários e especialistas
- Coordenador de LTS
- E outros

Todos que se cadastram em um plano One Care também têm o direito de ter um Coordenador de Suportes de Longa Duração (LTS) independente em sua equipe de cuidados.

Um coordenador de LTS trabalhará com você como integrante do seu plano One Care para encontrar recursos e serviços na sua comunidade que possam apoiar suas metas de bem-estar, independência e recuperação. Esses serviços às vezes são chamados de serviços e suportes de longa duração (LTSS). Os Coordenadores de LTS também podem ajudá-lo a acessar recursos e serviços de saúde comportamental.

Os coordenadores de LTS não trabalham para os planos One Care. Eles vêm de organizações comunitárias independentes e são especialistas em áreas como vida independente, recuperação e envelhecimento. Isso significa que eles podem trabalhar para você e ajudá-lo a defender suas necessidades.

Você pode optar por ter um Coordenador de LTS trabalhando com você como integrante pleno de sua equipe de cuidados a qualquer momento. Este é um serviço gratuito para você.



Em caso de dúvidas, ligue para o CCA One Care (HMO D-SNP) no telefone 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. A ligação é gratuita. **Para obter mais informações**, acesse www.ccama.org.

C2. Como entrar em contato com seu coordenador de cuidados ou coordenador de suporte de longa duração

Se precisar entrar em contato com seu coordenador de cuidados ou coordenador de LTS, ligue para o Serviços ao associados pelo telefone 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana.

C3. Como você pode trocar seu coordenador de cuidados

Você pode solicitar a troca de seu Coordenador de cuidados se ele não for o profissional adequado para você. Se precisar de mais informações ou ajuda para trocar seu Coordenador de cuidados, ligue para o Serviços ao associados pelo telefone 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana.

D. Cuidados oferecidos pelos prestadores

D1. Cuidado oferecido por um médico de cuidados primários (PCP)

Você deve escolher um PCP para prestar e gerenciar seus cuidados.

Definição de um PCP e o que um PCP faz por você

Seu médico de cuidados primários (PCP) é o médico ou outro profissional que você utiliza primeiro para a maioria dos problemas de saúde. Eles garantem que você receba os cuidados necessários para se manter saudável. Eles trabalharão com sua equipe de cuidados. Eles também podem conversar com outros médicos e prestadores sobre seus cuidados e encaminhá-lo a eles.

Nosso plano contrata médicos de cuidados primários que conhecem sua comunidade e que desenvolveram relacionamentos de trabalho com especialistas, hospitais, prestadores de cuidados domiciliares comunitários e instalações de enfermagem especializada em sua área. Isso pode incluir Rural Health Centers (RHC) e Federally Qualified Health Centers (FQHC), conforme listados em nossa rede.

Seu PCP pode ser um médico de cuidados primários licenciado, um enfermeiro, um médico assistente ou um especialista em saúde da mulher que atenda aos requisitos estaduais e seja treinado para fornecer-lhe assistência médica geral abrangente. O papel de um PCP

- **Coordenação dos serviços cobertos** Seu PCP, juntamente com os outros integrantes da sua equipe de cuidados, é responsável por coordenar todos os seus cuidados médicos. Sua equipe de cuidados pode ser composta por seu PCP, seu coordenador de cuidados, coordenador de serviços de longa duração (coordenador de LTS ou LTSC) e outros, se necessário.

Auxilia na tomada de decisões sobre autorização prévia (aprovação antes que você possa obter um serviço). A aprovação prévia (autorização prévia) do CCA One Care é necessária para determinados serviços antes de você recebê-los. Seu PCP trabalha em estreita colaboração com a Commonwealth Care Alliance para providenciar esses serviços quando necessário. Para obter uma lista completa de serviços que exigem autorização prévia, consulte as Tabelas de Benefícios no Capítulo 4, Seção D. Embora alguns serviços não exijam autorização prévia, sempre recomendamos que você fale com seu PCP e sua equipe de cuidados para garantir que receberá todos os serviços apropriados.



Em caso de dúvidas, ligue para o CCA One Care (HMO D-SNP) no telefone 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. A ligação é gratuita. **Para obter mais informações**, acesse www.ccama.org.

Depois de cadastrado, seu coordenador de cuidados, PCP e qualquer outra pessoa que você escolher envolver como parte de sua equipe de cuidados, como um cuidador, trabalhará com você para desenvolver um **Plano de cuidados individualizado (ICP)** para atender às suas necessidades de saúde e suporte, refletindo suas necessidades e objetivos pessoais. Você e sua equipe de cuidados reavaliarão suas necessidades pelo menos uma vez por ano, mas com mais frequência, se necessário. Seu Coordenador de cuidados sempre se comunicará com você para confirmar quaisquer alterações. Uma clínica pode ser seu médico de cuidados primários se você receber atendimento em um Rural Health Center (RHC) ou em um Centro de Saúde Qualificado Federalmente (FQHC).

Sua opção de PCP

Cada um dos nossos associados deve ter um médico de cuidados primários (PCP) contratado pelo nosso plano. O PCP que você escolher pode ser um médico de cuidados primários licenciado, um enfermeiro, um médico assistente ou um especialista em saúde da mulher. Nos primeiros 90 dias do nosso plano, um especialista em integração trabalhará com você para escolher um PCP, caso você não tenha um. Caso não identifique um PCP atual ou selecione um PCP dentro de 90 dias após a adesão, atribuiremos um PCP a você. Você pode ligar para o Serviços ao associados se precisar de mais informações ou desejar trocar seu PCP pelo telefone 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana.

Opção para trocar seu PCP

Você pode trocar de PCP por qualquer motivo e a qualquer momento. Também é possível que seu PCP saia da rede do nosso plano. Se o seu PCP sair da nossa rede, podemos ajudá-lo a encontrar um novo PCP em nossa rede.

Os coordenadores de cuidado e nossos representantes do Serviços ao associados informam e orientam os cadastrados a escolher novos ou diferentes PCPs que melhor atendam às suas preferências (por exemplo, consultas fora do horário comercial; idioma; acessibilidade). As seleções ou trocas de PCP entram em vigor no primeiro dia do mês da data da solicitação.

Se o seu PCP sair da nossa rede, você será informado por e-mail ou telefone. Seu coordenador de cuidados e o Serviços ao associados o ajudarão a escolher outro PCP para que você possa continuar a receber os serviços cobertos. Para obter mais informações ou ajuda, ligue para o Serviços ao associados pelo telefone 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana.

Serviços que você pode obter sem a aprovação do seu PCP

Na maioria dos casos, você precisa da aprovação do seu PCP antes de usar outros prestadores. Essa aprovação é chamada de **encaminhamento**. Você pode obter serviços como os listados abaixo sem precisar primeiro da aprovação do seu PCP:

- Serviços de emergência de prestadores da rede ou de prestadores fora da rede.
- Serviços cobertos de necessidade urgente que exigem atenção médica imediata (mas não uma emergência) se você estiver temporariamente fora da área de cobertura do nosso plano ou se não for razoável, dado o seu tempo, local e circunstâncias, obter esse serviço de prestadores da rede. Exemplos de serviços urgentes necessários são doenças e lesões médicas imprevistas ou



Em caso de dúvidas, ligue para o CCA One Care (HMO D-SNP) no telefone 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. A ligação é gratuita. **Para obter mais informações**, acesse www.ccama.org.

agravamentos inesperados de condições existentes. Consultas médicas de rotina necessárias (como exames anuais) não são consideradas urgentes, mesmo se você estiver fora da área de cobertura do nosso plano ou se nossa rede estiver temporariamente indisponível.

- Serviços de diálise renal que você recebe em uma unidade de diálise certificada pelo Medicare quando você está fora da área de cobertura do nosso plano. Ligue para o Serviços ao associados antes de sair da área de cobertura. Podemos ajudar você a fazer diálise enquanto estiver fora.
- Vacinas contra a gripe e contra a COVID-19, bem como vacinas contra hepatite B e pneumonia, desde que você as receba de um prestador da rede.
- Serviços de rotina de saúde da mulher e planejamento familiar. Isso inclui exames de mama, mamografias de rastreamento (raios-X da mama), testes de Papanicolau e exames pélvicos, desde que sejam feitos por um prestador da rede.
- Além disso, se for elegível para obter serviços de prestadores de serviços de saúde indígenas, você poderá usar esses prestadores sem um encaminhamento.

Se você não tiver certeza se precisa de um encaminhamento para obter um serviço ou usar outro prestador, pergunte ao seu Coordenador de cuidados, PCP ou ligue para o Serviços ao associados em 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. A ligação é gratuita.

D2. Cuidados de especialistas e outros prestadores da rede

Um especialista é um médico que fornece atendimento médico para uma doença ou parte do corpo específicas. Existem muitos tipos de especialistas, como:

- Oncologistas cuidam de pacientes com câncer.
- Cardiologistas cuidam de pacientes com problemas cardíacos.
- Ortopedistas cuidam de pacientes com problemas ósseos, articulares ou musculares.

Os médicos de cuidados primários (PCPs) têm certos especialistas que usam para encaminhamentos. No entanto, você está coberto por qualquer especialista que faça parte da nossa rede. Se houver especialistas específicos que você queira consultar, pergunte ao seu PCP se ele trabalha com esses especialistas e se eles estão em nossa rede. Você pode trocar de PCP dentro da nossa rede se quiser consultar um especialista para o qual seu PCP atual não pode encaminhá-lo. Para obter mais informações sobre como trocar seu PCP, consulte a seção Opção para trocar seu PCP anteriormente neste capítulo. Você também pode ligar para o Serviços ao associados se precisar de mais informações ou ajuda.

Nosso plano tem contratos com algumas instalações que oferecem cuidados agudos, crônicos e de reabilitação. Como associado do nosso plano, você será encaminhado para hospitais conveniados nos quais seu PCP tem privilégios de internação. Essas instalações devem ser



Em caso de dúvidas, ligue para o CCA One Care (HMO D-SNP) no telefone 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. A ligação é gratuita. **Para obter mais informações**, acesse www.ccama.org.

familiares para você e geralmente estão localizadas em sua comunidade. Consulte o Diretório de Prestadores e Farmácia em www.ccama.org para localizar instalações na rede do plano.

Você tem um médico de cuidados primários (PCP) e uma equipe de cuidados que estão fornecendo e supervisionando seus cuidados. Sua equipe de cuidados trabalhará com você e com seus especialistas para garantir que você receba os serviços de que precisa.

A autorização prévia (aprovação antecipada) do nosso plano é necessária para determinados serviços antes que você os receba. Seu PCP/equipe de cuidados trabalha em estreita colaboração com nosso plano para providenciar esses serviços quando necessário. Para obter uma lista completa de serviços que exigem autorização prévia, consulte as Tabelas de Benefícios no Capítulo 4, Seção D. Embora alguns serviços não exijam autorização prévia, sempre recomendamos que você fale com seu PCP e sua equipe de cuidados para garantir que receberá todos os serviços apropriados.

D3. Quando um prestador deixa nosso plano

Um prestador da rede que você usa pode deixar nosso plano. Se um de seus prestadores deixar nosso plano, você terá os direitos e proteções resumidos abaixo:

- Mesmo que nossa rede de prestadores mude durante o ano, devemos lhe fornecer acesso ininterrupto a prestadores qualificados.
- Nós o notificaremos de que seu prestador está deixando nosso plano para que você tenha tempo de escolher um novo.
 - Se o seu médico de cuidados primários ou de saúde comportamental deixar nosso plano, nós o notificaremos se você o tiver consultado nos últimos três anos.
 - Se algum dos seus outros prestadores deixar o nosso plano, nós o notificaremos se estiver designado para o prestador, se atualmente receber cuidados dele ou se o tiver consultado nos últimos três meses.
- Nós o ajudamos a selecionar um novo prestador qualificado da rede para continuar a gerenciar suas necessidades de assistência médica.
- Se estiver fazendo tratamento médico ou terapias com seu prestador atual, você tem o direito de pedir para continuar recebendo tratamentos ou terapias clinicamente necessários. Trabalharemos com você para que possa continuar a receber cuidados.
- Forneceremos informações sobre os períodos de adesão disponíveis e as opções que você pode ter para mudar de plano.
- Se não conseguirmos encontrar um especialista qualificado da rede que seja acessível a você, deveremos providenciar um especialista de fora da rede para prestar seus cuidados quando um prestador da rede ou benefício não estiver disponível ou for inadequado para atender às suas necessidades médicas. Os cuidados que você receber de prestadores fora da rede devem ser previamente autorizados pelo nosso plano antes de serem solicitados.



- Se você descobrir que um dos seus prestadores está deixando nosso plano, entre em contato conosco. Podemos ajudá-lo a escolher um novo prestador para gerenciar seu cuidado.
- Se você acha que não substituímos seu prestador anterior por um prestador qualificado ou que não estamos administrando bem seu cuidado, você tem o direito de registrar uma reclamação sobre a qualidade do atendimento à Quality Improvement Organization (QIO), uma queixa sobre a qualidade do atendimento ou ambos. (Consulte o **Capítulo 9** para obter mais informações).

D4. Prestadores fora da rede

Você deve obter seus cuidados de prestadores da rede. Normalmente, o plano não cobrirá os cuidados de um prestador que não trabalhe com nosso plano. Há algumas exceções a serem observadas:

- O plano cobre cuidados emergenciais ou urgentes de um prestador fora da rede em qualquer lugar dos Estados Unidos e de seus territórios. Para saber mais sobre o significado de cuidados emergenciais ou urgentes, consulte a Seção I deste capítulo.
- Se precisar de cuidados cobertos pelo nosso plano e os prestadores da nossa rede não puderem fornecê-los, você poderá recebê-los de um prestador fora da rede. Os cuidados que você receber de prestadores fora da rede devem ser previamente autorizados pelo nosso plano antes de serem solicitados. Nessa situação, o plano cobrirá o cuidado sem nenhum custo para você.
- O plano cobre cuidados fora da rede em circunstâncias incomuns. Os cuidados que você receber de prestadores fora da rede devem ser previamente autorizados pelo nosso plano antes de serem solicitados. Em tal situação, o plano cobrirá esses serviços sem nenhum custo para você. Se não obtiver autorização para cuidados fora da rede com antecedência, você será responsável pelo pagamento do serviço. Alguns exemplos de circunstâncias incomuns que podem levar a cuidados fora da rede são os seguintes:
 - Você tem uma condição médica única e os serviços não estão disponíveis nos prestadores da rede.
 - Os serviços estão disponíveis na rede, mas não estão disponíveis em tempo hábil, conforme garantido por sua condição médica.
 - O seu PCP/equipe de cuidados determina que um prestador fora da rede pode prestar o serviço da melhor forma possível ou a transição para outro prestador pode colocar a sua vida em risco, causar sofrimento ou dor, ou interromper significativamente o curso atual do tratamento.
- O plano cobre serviços de diálise renal quando você estiver fora da área de cobertura do plano por um curto período. Você pode obter esses serviços em uma unidade de diálise certificada pelo Medicare.



- Se precisar de serviços de planejamento familiar, você pode receber esses serviços de qualquer prestador da rede ou de qualquer Prestador de Serviços de Planejamento Familiar contratado pelo MassHealth (Medicaid).
- Ao se associar ao plano pela primeira vez, você pode continuar a consultar os prestadores que consulta agora por 90 dias ou até que seu Plano de cuidados individualizado (ICP) esteja concluído. Durante os 90 dias ou até que a avaliação e seu Plano de cuidados individualizado (ICP) sejam concluídos, o CCA One Care entrará em contato com você para ajudá-lo a encontrar prestadores em nossa rede. Após 90 dias ou quando sua avaliação e seu Plano de cuidados individualizado (ICP) estiverem concluídos, não cobriremos mais seus cuidados prestados por prestadores de serviços fora da rede, a menos que tenhamos concordado em fazê-lo por um período mais longo.

Se você usar um prestador fora da rede, ele deverá ser elegível para participar do Medicare e/ou do MassHealth (Medicaid).

- Não podemos pagar um prestador que não seja elegível para participar do Medicare e/ou do MassHealth (Medicaid).
- Se usar um prestador que não seja elegível para participar do Medicare, você deverá pagar o valor integral dos serviços que receber.
- Os prestadores devem lhe informar caso não sejam elegíveis para participar do Medicare.

E. Serviços e suportes de longa duração (LTSS)

Todos que se cadastram em um plano One Care também têm o direito de ter um Coordenador de Suportes de Longa Duração (LTS) independente em sua equipe de cuidados. Um Coordenador de LTS trabalhará com você como integrante de sua equipe de cuidados para encontrar recursos e serviços em sua comunidade que possam apoiar seus objetivos de bem-estar, independência e recuperação. Esses serviços às vezes são chamados de serviços e suportes de longa duração (LTSS). Os Coordenadores de LTS também podem ajudá-lo a acessar recursos e serviços de saúde comportamental. Os Coordenadores de LTS não trabalham para os planos One Care. Eles vêm de organizações comunitárias independentes e são especialistas em áreas como vida independente, recuperação e envelhecimento. Isso significa que eles podem trabalhar para você e ajudá-lo a defender suas necessidades. Você pode optar por ter um Coordenador de LTS trabalhando com você como integrante pleno de sua equipe de cuidados a qualquer momento. Este é um serviço gratuito para você. O Coordenador de LTS pode ajudar a avaliar suas necessidades e fornecer recomendações sobre os serviços e suportes de longa duração que podem ser melhores para você. Esses serviços podem incluir, por exemplo, assistentes de cuidados pessoais (PCA), serviços de limpeza, habilitação diurna, cuidados diurnos para adultos, acolhimento familiar para adultos e acolhimento familiar em grupo para adultos, apoio de colegas, transporte não médico e muitos outros tipos de apoio. Seu coordenador de LTS também atuará como seu representante ao fazer solicitações ao seu Parceiro de Cuidados para aprovação de serviços. Depois que os serviços forem aprovados, seu Coordenador de LTS atuará como um elo de ligação entre você, seus prestadores e a equipe de cuidados para ajudar a coordenar e gerenciar seu Plano de



Em caso de dúvidas, ligue para o CCA One Care (HMO D-SNP) no telefone 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. A ligação é gratuita. **Para obter mais informações**, acesse www.ccama.org.

cuidados individualizado (ICP). Os coordenadores de LTS trabalham para agências comunitárias, como Centros de Vida Independente (ILC), Centros de Aprendizagem para Recuperação (RLC) e Pontos de Acesso a Serviços para Idosos (ASAP). Depois de se cadastrar no CCA One Care, entraremos em contato para agendar um horário para nos reunirmos e fazer uma avaliação abrangente. Como parte dessa avaliação, você receberá um encaminhamento para um coordenador de LTS. Caso aceite o encaminhamento, providenciaremos um encontro com o coordenador de LTS para ajudá-lo a avaliar seus serviços de longa duração e suas necessidades de apoio.

F. Serviços de saúde comportamental (saúde mental e transtorno por uso de substâncias)

Os serviços de saúde comportamental são uma ampla variedade de serviços que podem atender às suas necessidades de saúde mental e relacionados ao uso de substâncias. Esse apoio é amplamente definido para incluir serviços emocionais, sociais, educacionais, vocacionais, de apoio de colegas e de recuperação, além dos serviços psiquiátricos ou médicos mais tradicionais. Esses serviços podem ser prestados na comunidade ou, quando necessário, em sua casa, programa diurno ou outro local que seja mais confortável para você.

Nosso plano também cobre serviços de saúde comportamental baseados na comunidade, referidos pelo MassHealth (Medicaid) como “serviços alternativos para saúde comportamental”. Esses são serviços que você pode usar em vez de ir ao hospital ou a uma unidade para atender algumas necessidades de saúde comportamental. Esses serviços também estão disponíveis para apoiar sua transição bem-sucedida do hospital para a comunidade.

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

G. Como obter cuidados autogeridos

G1. O que são cuidados autogeridos

Os cuidados autogeridos são uma alternativa aos serviços tradicionalmente prestados e gerenciados, que permitem que os indivíduos sejam responsáveis por gerenciar todos os aspectos da prestação de serviços. Os cuidados autogeridos reconhecem que o indivíduo tem conhecimento sobre suas próprias necessidades de cuidado e que ele tem autonomia e responsabilidade sobre seus próprios cuidados, além de enfatizar a mudança ambiental e a qualidade de vida. Os cuidados autogeridos enfatizam sua capacidade, como consumidor, de:

- Defender suas próprias necessidades
- Fazer escolhas sobre quais serviços melhor atendem a essas necessidades
- Monitorar a qualidade desses serviços

O modelo autogerido para serviços de cuidado pessoal é chamado de programa de assistente de cuidado pessoal (PCA). Neste modelo, os assistentes de cuidado pessoal são recrutados,



Em caso de dúvidas, ligue para o CCA One Care (HMO D-SNP) no telefone 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. A ligação é gratuita. **Para obter mais informações**, acesse www.ccama.org.

contratados, treinados, supervisionados e, se necessário, demitidos pelo consumidor. Você não precisa se preocupar em pagar as faturas neste modelo. O CCA One Care fará isso em seu nome.

G2. Quem pode obter cuidados autogeridos

Se você atender aos requisitos funcionais e clínicos para serviços de cuidados pessoais, poderá optar por autogerir esses serviços por meio do programa de assistente de cuidados pessoais (PCA). A quantidade de serviços aos quais você tem direito será aprovada pela sua equipe de cuidados e será baseada em padrões consistentes com os critérios estabelecidos pelos regulamentos do MassHealth (Medicaid). O apoio e a formação profissional são prestados por agências de gerenciamento de cuidados pessoais, sob contrato com o CCA One Care, para fornecer informações aos associados sobre o que está envolvido na autogestão e para obter quaisquer competências necessárias para gerir os seus próprios serviços, incluindo o recrutamento, contratação, treinamento, supervisão e demissão de assistentes de cuidados pessoais. O CCA One Care trabalhará com o “intermediário fiscal” para pagar as faturas desses serviços de acordo com o plano. No cuidado autogerido, você não precisa se preocupar com o pagamento.

G3. Como obter ajuda para contratar prestadores de cuidados pessoais (se aplicável)

Você pode pedir ao seu Coordenador de cuidados ou coordenador de LTS para ajudá-lo a acessar recursos para contratar assistentes de cuidados pessoais. Eles irão colocá-lo em contato com uma agência de gerenciamento de cuidados pessoais que pode fornecer treinamento de habilidades para auxiliar nas funções de emprego. A agência de gerenciamento de cuidados pessoais trabalhará com você para desenvolver as habilidades necessárias para supervisionar a contratação de assistentes de cuidados pessoais e se envolver na resolução colaborativa de problemas.

G4. Como solicitar que uma cópia de todos os avisos por escrito seja enviada aos participantes da equipe de cuidados identificados pelo associado

Para obter mais informações, ligue para o Serviços aos associados pelo telefone 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana.

H. Serviços de transporte

O plano cobre transporte emergencial e não emergencial. Você deve usar um prestador da rede para transporte não emergencial. Exceto em caso de emergência, as solicitações de transporte não emergencial devem ser feitas com pelo menos 2 dias úteis de antecedência, sem contar o dia da ligação. Para solicitar viagens de transporte não emergenciais, entre em contato com os Coordinated Transportation Services (CTS) pelo telefone 855-204-1410 (TTY 711). Para obter mais informações sobre serviços de transporte emergenciais e não emergenciais cobertos pelo nosso plano, consulte as seções Ambulância e Transporte listadas no Capítulo 4.



Em caso de dúvidas, ligue para o CCA One Care (HMO D-SNP) no telefone 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. A ligação é gratuita. **Para obter mais informações**, acesse www.ccama.org.

I. Serviços odontológicos e oftalmológicos

Serviços de cuidados odontológicos

Nosso plano oferece acesso a benefícios odontológicos que incluem cuidados bucais preventivos, restauradores e de emergência. Sua cobertura inclui até 4 (quatro) limpezas e 2 (duas) radiografias de rotina para dentes posteriores a cada ano civil.

Você deve procurar um dentista da rede para todos os serviços odontológicos cobertos.

Alguns serviços podem exigir aprovação prévia (autorização prévia) do CCA One Care. Seu dentista precisará enviar uma autorização prévia diretamente à Skygen, nossa administradora de benefícios odontológicos.

Em caso de dúvidas sobre seus serviços odontológicos, ligue para o Serviços ao associados no número 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. Para encontrar um prestador participante, use nosso Diretório de Prestadores e Farmácias em nosso site www.ccama.org

Serviços oftalmológicos

O plano cobre o cuidado oftalmológico profissional com o objetivo de prevenção, diagnóstico e tratamento de todas as condições patológicas. Eles incluem exames oftalmológicos, prescrições, óculos e lentes de contato.

Cobrimos exames oftalmológicos de rotina para associados uma vez por 2 (anos), realizados por oftalmologistas ou optometristas que fazem parte da rede EyeMed. Também cobrimos um par de óculos ou lentes de contato a cada dois anos. Há um subsídio de \$75 para armações ou lentes de contato. Depois de fazer um exame oftalmológico com um prestador, leve sua prescrição oftalmológica a um prestador EyeMed participante. Para encontrar um prestador EyeMed participante, visite <https://eyedoclocator.eyemedvisioncare.com/cca/en-us> e clique na seção “associados”. Você também pode ligar para a EyeMed em 1-877-493-4588 (TTY 711), Monday through Sunday, 8 am to 8 pm, for more information.

Não é necessária aprovação prévia (autorização prévia) para serviços oftalmológicos ambulatoriais fornecidos por um prestador da rede. Podem ser aplicadas limitações e requisitos de autorização para armações. Consulte as Tabelas de Benefícios no Capítulo 4, Seção D para obter mais informações sobre os cuidados oftalmológicos cobertos e as limitações que podem ser aplicáveis.

Para encontrar um prestador de serviços oftalmológicos participante, use nosso Diretório de Prestadores e Farmácias em www.ccama.org.

J. Serviços cobertos em caso de emergência médica, quando necessário com urgência, ou durante um desastre

J1. Cuidados em caso de emergência médica

Uma emergência médica é uma condição médica com sintomas como doença, dor intensa, lesão séria ou uma condição médica que está piorando rapidamente. A condição é tão séria



Em caso de dúvidas, ligue para o CCA One Care (HMO D-SNP) no telefone 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. A ligação é gratuita. **Para obter mais informações**, acesse www.ccama.org.

que, se não receber atenção médica imediata, você ou qualquer pessoa com conhecimentos básicos de saúde e medicina pode esperar que ela resulte em:

- risco sério para sua vida; **ou**
- perda ou dano sério às funções corporais; **ou**
- perda de um membro ou da função de um membro; **ou**
- No caso de gestante em trabalho de parto ativo, quando:
 - Não há tempo suficiente para transferi-la com segurança para outro hospital antes do parto.
 - A transferência para outro hospital pode representar uma ameaça à sua saúde ou segurança ou à do seu filho ainda não nascido.

Se você tiver uma emergência médica:

- **Procure ajuda o mais rápido possível.** Ligue para o 911 ou dirija-se ao pronto-socorro ou hospital mais próximo. Chame uma ambulância, se necessário. Você **não** precisa de aprovação ou encaminhamento do seu PCP. Você não precisa usar prestadores da rede. Você pode obter cuidados médicos emergenciais cobertos sempre que precisar, em qualquer lugar dos EUA ou de seus territórios, de qualquer prestador com licença estadual apropriada, mesmo que não faça parte da nossa rede.
- **Assim que possível, informe nosso plano sobre sua emergência.** Nós acompanhamos seu cuidado emergencial. Você ou outra pessoa deve ligar para nos informar sobre seu cuidado emergencial, geralmente dentro de 48 horas. No entanto, você não pagará pelos serviços emergenciais se demorar para nos informar. Ligue para o Serviços ao associados no número 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. A ligação é gratuita.

Serviços cobertos em caso de emergência médica

Você pode obter cuidados de emergência cobertos sempre que precisar, em qualquer lugar dos Estados Unidos ou de seus territórios. Nosso plano cobre serviços de ambulância em situações em que chegar ao pronto-socorro de qualquer outra forma possa colocar sua saúde em risco. Também cobrimos serviços médicos durante a emergência. Para saber mais, consulte a Tabela de Benefícios no **Capítulo 4** deste *Manual do Associado*.

Os prestadores que prestam cuidados de emergência decidem quando sua condição está estável e a emergência médica terminou. Eles continuarão a tratá-lo e entrarão em contato conosco para fazer planos se você precisar de cuidados de acompanhamento para melhorar.

Nosso plano cobre seus cuidados de acompanhamento. Se você receber cuidados de emergência de prestadores fora da rede, tentaremos fazer com que os prestadores da rede assumam seu cuidado o mais rápido possível.

Após o término da emergência, você tem direito a serviços pós-estabilização e cuidados de acompanhamento para garantir que sua condição permaneça estável ou para melhorá-la ou



Em caso de dúvidas, ligue para o CCA One Care (HMO D-SNP) no telefone 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. A ligação é gratuita. **Para obter mais informações**, acesse www.ccama.org.

resolvê-la. Isso pode exigir cuidados adicionais em um hospital, ambulatório, unidade de enfermagem especializada ou centro de reabilitação. Somos obrigados a responder às solicitações de aprovação para cuidados pós-estabilização dentro de uma hora após a solicitação. Os cuidados de acompanhamento adequados serão cobertos pelo nosso plano e estamos disponíveis para consultar os seus profissionais de saúde e equipe de cuidados para determinar os próximos passos adequados no tratamento. Se os seus cuidados emergenciais forem prestados por prestadores fora da rede, tentaremos providenciar que os prestadores da rede os assumam 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.

Nem nosso plano nem o Medicare cobrem cuidados emergenciais ou qualquer outro cuidado que você receba fora dos Estados Unidos e de seus territórios.

O que fazer se você tiver uma emergência de saúde comportamental

- *Emergências de saúde comportamental incluem sentimentos de querer machucar a si mesmo e/ou a outra pessoa. Se você estiver passando por uma emergência de saúde comportamental, ligue para o 911 para obter ajuda ou vá ao pronto-socorro do hospital mais próximo, como no caso de emergências médicas.*
- *A Massachusetts Behavioral Health Help Line (BHHL) está disponível 24 horas por dia, 7 dias por semana, para conectá-lo aos cuidados de saúde comportamental. Ligue ou envie uma mensagem de texto e um profissional licenciado responderá imediatamente, avaliará sua situação e conectará você diretamente à ajuda de que você precisa de que precisa - tudo gratuitamente. Ligue ou envie uma mensagem de texto para 833-773-2445. Visite o site da BHHL em www.masshelpline.com. Você também pode ligar para o Emergency Services Program – NAMI Massachusetts pelo telefone 617-704-6264, de segunda a sexta-feira, das 10 am às 6 pm, ou visitar namimass.org/.*
- *Você também tem a opção de ligar para o programa de serviço de emergência psiquiátrica da sua região. Muitas pessoas em todo o estado têm usado esse serviço em vez de ir a um pronto-socorro de hospital e acreditam que essa é a melhor opção. Em algumas situações, embora não em todas, a equipe do programa de serviço emergencial pode ir até a sua casa ou atendê-lo em um local designado para cuidados urgentes.*

O CCA One Care também tem um especialista em saúde comportamental disponível 24 horas por dia, caso você precise de apoio ou recursos para sintomas de saúde comportamental ou uso de substâncias. Ligue para a Linha de Enfermagem para Aconselhamento no número 866-610-2273 (TTY 711) para falar com nosso especialista em saúde comportamental, 24 horas por dia, 7 dias por semana.

Como obter cuidados emergenciais se não foi uma emergência

Às vezes, pode ser difícil identificar se você tem uma emergência médica ou de saúde comportamental. Você pode procurar cuidados emergenciais e o médico dizer que não era realmente uma emergência. Desde que você tenha pensado razoavelmente que sua saúde estava em sério perigo, cobrimos seu cuidado.

No entanto, depois que o médico disser que não foi uma emergência, cobriremos seus cuidados adicionais somente se:



Em caso de dúvidas, ligue para o CCA One Care (HMO D-SNP) no telefone 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. A ligação é gratuita. **Para obter mais informações**, acesse www.ccama.org.

- Você usar um prestador da rede **ou**
- Os cuidados adicionais que você receber forem considerados “cuidados urgentes” e você seguir as regras para obtê-los. Consulte a próxima seção.

J2. Cuidados urgentes

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

Cuidados urgentes na área de cobertura do nosso plano

Na maioria dos casos, cobrimos cuidados urgentes somente se:

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

Se não for possível ou razoável chegar a um prestador da rede, considerando seu tempo, local ou circunstâncias, cobriremos os cuidados urgentes que você receber de um prestador fora da rede.

Considere as seguintes opções quando precisar de cuidados urgentes:

1. *Ligue para seu provedor de cuidados primários (PCP). Seu PCP pode analisar suas preocupações e aconselhar sobre o que fazer em seguida.*
2. *Verifique se há centros de cuidados urgentes perto de sua casa. Alguns centros podem oferecer consultas sem hora marcada. Se precisar de ajuda para encontrar um centro de cuidados urgentes, ligue para o Serviços ao associados pelo telefone 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana.*
3. *Ligue para a Linha de Enfermagem para Aconselhamento do CCA pelo telefone 866-610-2273. Ela é a sua conexão 24 horas, 7 dias por semana, com a nossa equipe clínica de enfermeiros e especialistas em saúde comportamental sempre que tiver um problema de saúde inesperado.*
4. *Fale com a sua equipe de cuidados da CCA. Sua equipe de cuidados está aqui para dar suporte às suas necessidades médicas ou de saúde comportamental.*
5. *Solicite uma consulta domiciliar do InstED 24 horas por dia, 7 dias por semana. O InstED pode prestar serviços de cuidados urgentes no conforto e na conveniência de sua casa. Quando você ligar para o instED, um enfermeiro analisará suas preocupações e coordenará uma consulta com um paramédico. Entre em contato com o InstED ligando para 833-946-7833 ou visitando o site www.insted.us para solicitar uma consulta para atender às suas necessidades de cuidados médicos urgentes.*

Todos os cuidados urgentes e consultas sintomáticas no consultório ou em casa estão disponíveis em 48 horas, portanto, você será avaliado em um consultório ou em sua casa. Todas as consultas não sintomáticas no consultório estarão disponíveis para você em 30 dias corridos.



Em caso de dúvidas, ligue para o CCA One Care (HMO D-SNP) no telefone 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. A ligação é gratuita. **Para obter mais informações**, acesse www.ccama.org.

Cuidados urgentes fora da área de cobertura do nosso plano

Quando você estiver fora da área de cobertura do nosso plano, talvez não consiga obter cuidados de um prestador da rede. Nesse caso, nosso plano cobre os cuidados urgentes que você receber de qualquer prestador. Entretanto, consultas clinicamente necessárias a prestadores de serviços de rotina, como exames anuais, não são consideradas urgentes, mesmo se você estiver fora da área de cobertura do nosso plano ou se nossa rede estiver temporariamente indisponível.

Nosso plano não cobre cuidados urgentes ou qualquer outro cuidado que você receba fora dos Estados Unidos.

J3. Cuidados durante um desastre

Se o governador do seu estado, o U.S. Secretary of Health and Human Services ou o presidente dos Estados Unidos declarar estado de desastre ou emergência em sua área geográfica, você ainda terá direito a cuidados do nosso plano.

Visite nosso website para obter informações sobre como obter os cuidados de que precisa durante um desastre declarado: www.ccama.org.

Durante um desastre declarado, se você não puder usar um prestador da rede, poderá obter cuidados de prestadores fora da rede sem nenhum custo para você. Se não puder usar uma farmácia da rede durante um desastre declarado, você poderá retirar seu medicamento em uma farmácia fora da rede. Consulte o **Capítulo 5** deste *Manual do Associado* para obter mais informações.

K. E se você for cobrado diretamente pelos serviços cobertos?

Se você recebeu uma fatura de serviços médicos cobertos, consulte o **Capítulo 7** deste *Manual do Associado* para saber o que fazer.

Você não deve pagar a fatura. Se o fizer, talvez não possamos reembolsá-lo.

K1. O que fazer se o nosso plano não cobrir os serviços

Nosso plano cobre todos os serviços:

- que forem considerados clinicamente necessários, e
- que estejam listados na Tabela de Benefícios do nosso plano (consulte o **Capítulo 4** deste *Manual do Associado*), e
- que você obtém seguindo as regras do plano.

Se você receber serviços que nosso plano não cobre, **você pagará o valor integral.**

Se quiser saber se pagamos por algum serviço ou cuidado médico, você tem o direito de nos perguntar. Você também tem o direito de solicitar isso por escrito. Se dissermos que não pagaremos pelos seus serviços, você tem o direito de entrar com um recurso contra nossa decisão.



Em caso de dúvidas, ligue para o CCA One Care (HMO D-SNP) no telefone 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. A ligação é gratuita. **Para obter mais informações**, acesse www.ccama.org.

O **Capítulo 9** deste *Manual do Associado* explica o que fazer se você quiser que cubramos um serviço ou item médico. Ele também informa como entrar com um recurso contra nossa decisão de cobertura. Entre em contato com o Serviços ao associados para saber mais sobre seus direitos de recurso.

Pagamos por alguns serviços até um certo limite. Consulte o **Capítulo 4** para obter os limites específicos dos benefícios. Ligue para o Serviços ao associados para saber quais são os limites dos benefícios e quanto dos seus benefícios você já utilizou.

L. Cobertura de serviços de assistência médica em um estudo de pesquisa clínica

L1. Definição de um estudo de pesquisa clínica

Um estudo de pesquisa clínica (também chamado de estudo clínico) é uma maneira pela qual os médicos testam novos tipos de cuidados de saúde ou medicamentos. Um estudo de pesquisa clínica aprovado pelo Medicare normalmente solicita a participação de voluntários. Quando estiver participando de um estudo de pesquisa clínica, você poderá permanecer cadastrado em nosso plano e continuar a receber o restante dos seus cuidados (cuidados não relacionados ao estudo) por meio do nosso plano.

Se quiser participar de qualquer estudo de pesquisa clínica aprovado pelo Medicare, **não** precisa nos informar ou obter aprovação nossa ou do seu médico de cuidados primários. Os prestadores que lhe prestarem cuidados como parte do estudo **não** precisam ser prestadores da rede. Isso não se aplica aos benefícios cobertos que exigem um estudo clínico ou registro para avaliar o benefício, inclusive determinados benefícios que exigem cobertura com desenvolvimento de evidências (NCDs-CED) e estudos de isenção de dispositivo experimental (IDE). Esses benefícios também podem estar sujeitos a autorização prévia e outras regras do plano.

Recomendamos que você nos informe antes de participar de um estudo de pesquisa clínica.

Caso planeje participar de um estudo de pesquisa clínica, coberto para cadastrados pelo Original Medicare, recomendamos que você ou seu coordenador de cuidados entre em contato com o Serviços ao associados para nos informar sua participação em um estudo clínico.

L2. Pagamento por serviços quando você estiver participando de um estudo de pesquisa clínica

Caso se voluntarie para participar em um estudo de pesquisa clínica aprovado pelo Medicare, você não pagará nada pelos serviços cobertos pelo estudo. O Medicare paga pelos serviços cobertos pelo estudo, bem como pelos custos de rotina associados ao seu cuidado. Ao participar de um estudo de pesquisa clínica aprovado pelo Medicare, você estará coberto pela maioria dos serviços e itens que receber como parte do estudo. Isso inclui:

- quarto e alimentação para uma internação hospitalar que o Medicare pagaria mesmo se você não estivesse participando de um estudo
- uma operação ou outro procedimento médico que faça parte do estudo de pesquisa
- tratamento de quaisquer efeitos colaterais e complicações do novo cuidado



Em caso de dúvidas, ligue para o CCA One Care (HMO D-SNP) no telefone 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. A ligação é gratuita. **Para obter mais informações**, acesse www.ccama.org.

Se você fizer parte de um estudo que o Medicare **não** aprovou, você pagará todos os custos por estar nele.

L3. Mais informações sobre estudos de pesquisa clínica

Você pode saber mais sobre como participar de um estudo de pesquisa clínica lendo “Medicare & Clinical Research Studies” no site do Medicare (www.medicare.gov/sites/default/files/2019-09/02226-medicare-and-clinical-research-studies.pdf). Você também pode ligar para 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Usuários de TTY devem ligar para 1-877-486-2048.

M. Como seus serviços de assistência médica são cobertos em uma instituição religiosa não médica que oferece assistência médica

M1. Definição de uma instituição religiosa não médica que oferece assistência médica

Uma instituição religiosa não médica que oferece assistência médica é um local que oferece cuidados que você normalmente receberia em um hospital ou em uma unidade de enfermagem especializada. Se receber cuidados em um hospital ou em uma unidade de enfermagem especializada for contra suas crenças religiosas, cobrimos os cuidados em uma instituição religiosa não médica que oferece assistência médica.

Esse benefício é apenas para serviços de internação do Medicare Parte A (serviços de assistência médica não médicos).

M2. Cuidados de uma instituição religiosa não médica que oferece assistência médica

Para receber cuidados de uma instituição religiosa não médica que oferece assistência médica, você deve assinar um documento legal que diga que você é contra a obtenção de tratamento médico “não elegível para exceção”.

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

Para ser coberto pelo nosso plano, o cuidado que você recebe de uma instituição religiosa não médica que oferece assistência médica deve atender às seguintes condições:

- A unidade que presta o cuidado deve ser certificada pelo Medicare.
- Nosso plano cobre apenas os aspectos não religiosos do cuidado.
- Se os serviços dessa instituição forem prestados a você em uma unidade:
 - Você deve ter uma condição médica que lhe permita obter serviços cobertos para cuidados hospitalares para pacientes internados ou cuidados em unidade de enfermagem especializada.
 - Você deve obter nossa aprovação antes de ser admitido na unidade, ou sua estadia **não** será coberta.



Em caso de dúvidas, ligue para o CCA One Care (HMO D-SNP) no telefone 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. A ligação é gratuita. **Para obter mais informações**, acesse www.ccama.org.

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

N. Equipamentos médicos duráveis (DME)

N1. DME como integrante do nosso plano

O DME inclui determinados itens clinicamente necessários solicitados por um prestador, como cadeiras de rodas, muletas, sistemas de colchões elétricos, suprimentos para diabéticos, camas hospitalares solicitadas por um prestador para uso doméstico, bombas de infusão intravenosa (IV), dispositivos geradores de fala, equipamentos e suprimentos de oxigênio, nebulizadores e andadores.

Alguns itens de DME, como próteses, são sempre de sua propriedade.

Outros tipos de DME devem ser alugados. Como associado do nosso plano, você normalmente **não** será proprietário dos itens de DME alugados, não importa por quanto tempo os alugue.

Há alguns tipos de equipamentos de aluguel (aluguel limitado) que só podem ser alugados por até 13 meses; após 13 meses de aluguel, o item é considerado propriedade do associado. Nesta seção, discutiremos situações em que o DME será alugado ou comprado para você.

No Medicare, as pessoas que alugam determinados tipos de DME são proprietárias após 13 meses.

Se a sua necessidade de equipamento médico durável for temporária, o CCA One Care pode alugar determinados equipamentos médicos duráveis para uso em curto prazo. No entanto, você pode adquirir a propriedade do item de equipamento médico durável alugado, desde que tenha uma necessidade de longo prazo para o item e que ele seja autorizado. Você não paga nada por seus serviços cobertos, inclusive equipamentos médicos duráveis. Podem ser aplicadas regras de autorização. Consulte as Tabelas de Benefícios no Capítulo 4, Seção D, para obter mais informações sobre equipamentos médicos duráveis. Entre em contato com o Serviços ao associados para saber mais sobre os requisitos pelo telefone 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. Mesmo que você tenha tido um DME por até 12 meses consecutivos sob o Medicare antes de se associar ao nosso plano, você **não** será o proprietário do equipamento.

N2. Propriedade do DME se você mudar para o Original Medicare

No programa Original Medicare, as pessoas que alugam determinados tipos de DME são proprietárias após 13 meses. Em um plano Medicare Advantage (MA), o plano pode definir o número de meses em que as pessoas devem alugar determinados tipos de DME antes de se tornarem proprietárias.

Você terá que fazer 13 pagamentos consecutivos sob o Original Medicare, ou terá que fazer o número de pagamentos consecutivos definido pelo plano MA, para ser proprietário do item DME se:

- você não se tornou o proprietário do item de DME enquanto estava em nosso plano, e
- você sair do nosso plano e receber seus benefícios do Medicare fora de qualquer plano de saúde do programa Original Medicare ou de um plano MA.



Em caso de dúvidas, ligue para o CCA One Care (HMO D-SNP) no telefone 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. A ligação é gratuita. **Para obter mais informações**, acesse www.ccama.org.

Se você fez pagamentos pelo item DME sob o Original Medicare ou um plano MA antes de se associar ao nosso plano, **esses pagamentos do Original Medicare ou do plano MA não contam para os pagamentos que você precisa fazer depois de sair do nosso plano.**

- Você terá que fazer 13 novos pagamentos consecutivos sob o Original Medicare ou um número de novos pagamentos consecutivos definido pelo plano MA para ter o item DME.
- Não há exceções a isso quando você retorna ao Original Medicare ou a um plano MA

N3. Benefícios do equipamento de oxigênio como associado do nosso plano

Se você se qualificar para o equipamento de oxigênio coberto pelo Medicare, nós cobriremos:

- o aluguel de equipamento de oxigênio
- o fornecimento de oxigênio e concentração de oxigênio
- os tubos e acessórios relacionados para o fornecimento de oxigênio e concentração de oxigênio
- a manutenção e os reparos de equipamentos de oxigênio

O equipamento de oxigênio deve ser devolvido quando não for mais clinicamente necessário para você ou se você sair do nosso plano.

N4. Equipamento de oxigênio quando você mudar para o Original Medicare ou outro plano Medicare Advantage (MA)

Quando o equipamento de oxigênio for clinicamente necessário e você **sair do nosso plano e mudar para o Original Medicare**, você o aluga de um fornecedor por 36 meses. Seus pagamentos mensais de aluguel cobrem o equipamento de oxigênio e os suprimentos e serviços listados acima.

Se o equipamento de oxigênio for clinicamente necessário **após o aluguel por 36 meses**, seu fornecedor deverá fornecer:

- equipamentos, suprimentos e serviços de oxigênio por mais 24 meses
- equipamentos e suprimentos de oxigênio por até 5 anos, se clinicamente necessário

Se o equipamento de oxigênio ainda for clinicamente necessário **ao final do período de 5 anos**:

- Seu fornecedor não precisará mais fornecê-lo, e você poderá optar por obter um equipamento substituto de qualquer fornecedor.
- Começa um novo período de 5 anos.
- Você aluga de um fornecedor por 36 meses.



- Em seguida, o seu fornecedor oferece o equipamento de oxigênio, suprimentos e serviços por mais 24 meses.
- Um novo ciclo começa a cada 5 anos, desde que o equipamento de oxigênio seja clinicamente necessário.

Quando o equipamento de oxigênio for clinicamente necessário e **você sair do nosso plano e mudar para outro plano MA**, o plano cobrirá pelo menos o que o Original Medicare cobre. Você pode perguntar ao seu novo plano MA quais equipamentos e suprimentos de oxigênio são cobertos e quais serão seus custos.



Capítulo 4: Tabela de benefícios

Introdução

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



Em caso de dúvidas, ligue para o CCA One Care (HMO D-SNP) no telefone 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. A ligação é gratuita. **Para obter mais informações**, acesse www.ccama.org.

Índice

A. Seus serviços cobertos	58
B. Regras contra prestadores que cobram de você por serviços	58
C. Sobre a Tabela de Benefícios do nosso plano.....	58
D. Tabela de benefícios do nosso plano.....	61
E. Benefícios cobertos fora de nosso plano	121
E1. Serviços Cobertos pelo MassHealth (Medicaid) no Modelo de Pagamento por Serviço	121
E2. Serviços de agências estaduais	121
F. Benefícios não cobertos por nosso plano, Medicare, ou MassHealth (Medicaid).....	121



A. Seus serviços cobertos

Este capítulo lhe informa sobre os serviços cobertos pelo nosso plano. Você também pode se informar sobre os serviços que não são cobertos. As informações sobre os benefícios de medicamentos estão no **Capítulo 5** deste *Manual do Associado*. Este capítulo também explica os limites de alguns serviços.

Como você recebe ajuda do MassHealth (Medicaid), você não paga nada pelos serviços cobertos, desde que siga as regras do nosso plano. Consulte o **Capítulo 3** deste *Manual do Associado* para obter detalhes sobre as regras do nosso plano.

Se precisar de ajuda para entender quais serviços são cobertos, ligue para o Serviços ao associados no número 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana.

B. Regras contra prestadores que cobram de você por serviços

Não permitimos que nossos prestadores lhe cobrem por serviços cobertos na rede. Pagamos nossos prestadores diretamente e protegemos você de quaisquer cobranças. Isso é verdade mesmo se pagarmos ao prestador menos do que ele cobra por um serviço.

Você nunca deve receber uma fatura de um prestador por serviços cobertos. Se isso acontecer, consulte o **Capítulo 7** deste *Manual do Associado* ou entre em contato com o Serviços ao associados.

C. Sobre a Tabela de Benefícios do nosso plano

A Tabela de Benefícios informa os serviços pagos pelo nosso plano. Ela lista os serviços cobertos em ordem alfabética e os explica.

Pagamos pelos serviços listados na Tabela de Benefícios quando as regras a seguir são cumpridas. Você não paga nada pelos serviços listados na Tabela de Benefícios, desde que cumpra os requisitos descritos abaixo.

- Prestamos serviços cobertos pelo Medicare e MassHealth (Medicaid) de acordo com as regras estabelecidas pelo Medicare e MassHealth (Medicaid).
- Os serviços (*incluindo cuidados médicos, serviços de saúde comportamental e uso de substâncias, serviços e suportes de longa duração, suprimentos, equipamentos e medicamentos*) devem ser “cl clinicamente necessários”. Clinicamente necessário descreve os serviços, suprimentos ou medicamentos de que você precisa para prevenir, diagnosticar ou tratar uma condição médica ou para manter seu estado de saúde atual. Isso inclui cuidados que o impeçam de ir para um hospital ou unidade de enfermagem especializada. Significa também que os serviços, suprimentos ou medicamentos atendem aos padrões aceitos de prática médica.



Em caso de dúvidas, ligue para o CCA One Care (HMO D-SNP) no telefone 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. A ligação é gratuita. **Para obter mais informações**, acesse www.ccama.org.

- Para novos cadastrados, nos primeiros 90 dias, não podemos exigir que você obtenha aprovação prévia para qualquer curso de tratamento ativo, mesmo que o curso de tratamento tenha sido para um serviço que começou com um prestador fora da rede.
- Você recebe seus cuidados de um prestador da rede. Um prestador da rede é um prestador que trabalha conosco. Na maioria dos casos, o cuidado que você recebe de um prestador fora da rede não será coberto, a menos que seja uma emergência ou um cuidado urgente, ou a menos que seu plano ou um prestador da rede tenha lhe fornecido um encaminhamento. O **Capítulo 3** deste *Manual do Associado* contém mais informações sobre o uso de prestadores da rede e de fora da rede.
- Você tem um médico de cuidados primários (PCP) ou uma equipe de cuidados que fornece e gerencia seus cuidados. Na maioria dos casos, o seu PCP deve lhe fornecer uma aprovação antes que você possa usar um prestador que não seja o seu PCP ou usar outros prestadores da rede do nosso plano. Isso é chamado de encaminhamento ou autorização prévia. O **Capítulo 3** deste *Manual do Associado* contém mais informações sobre como obter um encaminhamento e quando você **não** precisa de um.
- Cobrimos alguns serviços listados na Tabela de Benefícios somente se o seu médico ou outro prestador da rede obtiver nossa aprovação primeiro. Isso é chamado de autorização prévia (PA). Marcamos os serviços cobertos na Tabela de Benefícios que precisam de PA em negrito e itálico.
- Se o seu plano aprovar uma solicitação de PA para um curso de tratamento, a aprovação deverá ser válida pelo tempo que for clinicamente razoável e necessário para evitar interrupções no cuidado com base nos critérios de cobertura, no seu histórico médico e nas recomendações do prestador do tratamento.
- Se você estiver dentro do período de um mês civil de elegibilidade continuada presumida do nosso plano, continuaremos a oferecer todos os benefícios do Medicare Advantage cobertos pelo plano. No entanto, a sua cobertura do MassHealth (Medicaid) pode terminar antes da sua cobertura do Medicare conosco. Quando a sua cobertura do MassHealth (Medicaid) terminar, não pagaremos pelos benefícios do MassHealth (Medicaid), incluindo o compartilhamento de custos do Medicare. Os valores de coparticipação do Medicare para benefícios básicos e suplementares não mudam durante esse período. Prestaremos assistência para que você recupere a sua elegibilidade ao Medicaid. Se a sua elegibilidade ao Medicaid for restabelecida enquanto você ainda estiver inscrito em nossa cobertura do Medicare, retomaremos o pagamento dos benefícios do Medicaid e a sua adesão ao nosso plano continuará. Se você recuperar a elegibilidade ao Medicaid após ter sido desligado da nossa cobertura




do Medicare, será necessário entrar em contato conosco para realizar uma nova adesão ao plano.

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



Em caso de dúvidas, ligue para o CCA One Care (HMO D-SNP) no telefone 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. A ligação é gratuita. **Para obter mais informações**, acesse www.ccama.org.

D. Tabela de benefícios do nosso plano

Serviço coberto	O que você paga
 <p>Exame de aneurisma da aorta abdominal</p> <p>Pagamos por um exame único de ultrassom para pessoas em risco. Nosso plano só cobre esse exame se você tiver determinados fatores de risco e se receber um encaminhamento do seu médico, médico assistente, enfermeiro ou especialista em enfermagem clínica.</p>	\$0
<p>Serviços de aborto</p> <p>Os serviços de aborto são cobertos pelo benefício estadual do MassHealth (Medicaid).</p>	\$0
<p>Acupuntura de rotina</p> <p>Pagamos pelos serviços de acupuntura:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para tratar a dor; • Como parte do tratamento para SUD; e • Para consultas no consultório para planejamento de avaliação e tratamento relacionados. <p>Exigimos aprovação prévia após 20 tratamentos de acupuntura em cada ano para dor ou tratamento de SUD. Seu prestador também pode alterar ou interromper seu plano de tratamento se não houver melhora após os primeiros 4 tratamentos.</p> <p>Esse benefício continua na próxima página.</p>	\$0




Em caso de dúvidas, ligue para o CCA One Care (HMO D-SNP) no telefone 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. A ligação é gratuita. **Para obter mais informações**, acesse www.ccama.org.

Serviço coberto	O que você paga
<p>Acupuntura coberta pelo Medicare (continuação)</p> <p>Para dor lombar crônica, pagamos por até 12 consultas de acupuntura em 90 dias. A dor lombar crônica é definida como:</p> <ul style="list-style-type: none"> tendo duração de 12 semanas ou mais; não específica (sem causa sistêmica que possa ser identificada, como não associada a doença metastática, inflamatória ou infecciosa); não associada a cirurgia; e não associada à gestação. <p>Também pagaremos por oito sessões adicionais de acupuntura para dor lombar crônica se você apresentar melhora nas primeiras 12 consultas.</p> <p>Os tratamentos de acupuntura devem ser interrompidos se não houver melhora ou se houver piora.</p> <p>Requisitos do prestador:</p> <p>Os médicos (conforme definido em 1861(r)(1) do Social Security Act (a Lei)) podem fornecer acupuntura de acordo com os requisitos estaduais aplicáveis.</p> <p>Assistentes médicos (PAs), enfermeiros de prática avançada (NPs)/enfermeiros clínicos especialistas (CNSs) (conforme identificado em 1861(aa) (5) da Lei) e pessoal auxiliar podem fornecer acupuntura se atenderem a todos os requisitos estaduais aplicáveis e tiverem:</p> <ul style="list-style-type: none"> um diploma de mestrado ou doutorado em acupuntura ou medicina oriental de uma escola credenciada pela Accreditation Commission on Acupuncture and Oriental Medicine (ACAOM); e uma licença atual, plena, ativa e irrestrita para praticar acupuntura em um Estado, Território ou Commonwealth (ou seja, Porto Rico) dos Estados Unidos, ou Distrito de Columbia. <p>O pessoal auxiliar que fornece acupuntura deve estar sob o nível apropriado de supervisão de um médico, PA ou NP/CNS exigido por nossos regulamentos em 42 CFR §§ 410.26 e 410.27.</p> <p>Esse benefício continua na próxima página.</p>	




Serviço coberto	O que você paga
<p>Acupuntura (continuação)</p> <p><i>É necessária autorização prévia para acupuntura coberta pelo Medicare.</i></p>	
<p>Serviços de saúde diurnos para adultos</p> <p>O plano cobre serviços de prestadores de serviços de saúde para adultos em um programa organizado. Esses serviços podem incluir o seguinte:</p> <ul style="list-style-type: none"> • serviços de enfermagem e supervisão de saúde • terapia • assistência com atividades da vida diária • serviços nutricionais e dietéticos • serviços de aconselhamento • atividades • gerenciamento de casos • transporte <p><i>É necessária autorização prévia</i></p>	\$0
<p>Serviços de assistência social para adultos</p> <p>O plano cobre serviços de prestadores de cuidados para adultos em um ambiente residencial. Esses serviços podem incluir o seguinte:</p> <ul style="list-style-type: none"> • assistência com atividades da vida diária, atividades instrumentais da vida diária e cuidados pessoais • supervisão • supervisão de enfermagem <p><i>É necessária autorização prévia</i></p>	\$0





Serviço coberto	O que você paga
 <p>Rastreamento e aconselhamento sobre abuso de álcool</p> <p>Pagamos por um exame de abuso de álcool para adultos que abusam do álcool, mas não são dependentes dele. Isso inclui mulheres grávidas.</p> <p>Se o resultado do seu exame for positivo para abuso de álcool, você poderá receber até quatro sessões breves de aconselhamento presencial por ano (se estiver apto e alerta durante o aconselhamento) com um médico de cuidados primários (PCP) ou médico qualificado em um ambiente de cuidados primários.</p>	\$0
<p>Serviços de ambulância</p> <p>Os serviços de ambulância cobertos, seja para uma situação emergencial ou não emergencial, incluem serviços terrestres e aéreos (avião e helicóptero) e de ambulância. A ambulância o levará ao local mais próximo que possa lhe prestar cuidado.</p> <p>Sua condição deve ser séria o suficiente para que outras formas de chegar a um local de cuidado possam colocar em risco sua saúde ou sua vida.</p> <p>Os serviços de ambulância para outros casos (não emergenciais) devem ser aprovados por nós. Em casos que não sejam emergenciais, podemos pagar por uma ambulância. Sua condição deve ser séria o suficiente para que outras formas de chegar a um local de cuidado possam colocar em risco sua vida ou saúde.</p> <p>Os serviços de ambulância de emergência não são cobertos fora dos Estados Unidos e seus territórios</p> <p><i>É necessária autorização prévia para transporte não emergencial. Veja a seção Transporte mais adiante nesta tabela para obter mais informações.</i></p>	\$0






Serviço coberto	O que você paga
 <p>Consulta anual de bem-estar</p> <p>Você pode fazer um exame anual. Isso serve para criar ou atualizar um plano de prevenção com base em seus fatores de risco atuais. Pagamos por isso uma vez a cada 12 meses.</p> <p>Observação: Sua primeira consulta anual de bem-estar não pode ocorrer nos 12 meses seguintes à sua consulta de boas-vindas ao Medicare. No entanto, não é necessário ter feito uma consulta de boas-vindas ao Medicare para receber consultas anuais de bem-estar após 12 meses de filiação à Parte B.</p> <p>Uma consulta anual de bem-estar ou um exame físico anual qualifica-se para 1 (uma) recompensa de \$25 por ano após a conclusão da consulta. As consultas de rotina ao PCP, como uma consulta de acompanhamento ou de doença, não se qualificam para a recompensa. As recompensas ganhas serão enviadas a você e carregadas no cartão CCA Reward para uso nos varejistas participantes do NationsBenefits. Seu cartão só será enviado a você após a conclusão de uma visita qualificada. Para ganhar essa recompensa, você deve fazer uma consulta anual de bem-estar ou um exame físico anual. Qualquer um dos tipos de consulta anual é mais longo do que as consultas de rotina ao PCP. Durante uma consulta anual de bem-estar ou um exame físico anual, você e seu prestador analisarão detalhadamente sua saúde global. O prestador deve cobrar o exame da CCA para que a recompensa seja processada e aplicada ao seu cartão. Isso pode levar vários meses. Sua recompensa pode ser usada em lojas participantes do Nations Benefits para comprar itens permitidos, exceto armas de fogo, álcool ou tabaco. Coberto uma vez por ano civil.</p>	\$0
<p>Serviços de audiologista</p> <p>O plano cobre exames e avaliações de audiologistas (audição) para determinar se você precisa de tratamento médico. Você deve usar um prestador do plano. Consulte os Serviços de audição para obter detalhes adicionais sobre a cobertura.</p>	\$0




Serviço coberto	O que você paga
 <p>Medição da massa óssea</p> <p>Pagamos por determinados procedimentos para associados que se qualificam (geralmente, alguém em risco de perder massa óssea ou em risco de osteoporose). Esses procedimentos identificam a massa óssea, detectam a perda óssea ou descobrem a qualidade óssea.</p> <p>Pagamos pelos serviços uma vez a cada 24 meses, ou com mais frequência se clinicamente necessário. Também pagamos para que um médico examine e comente os resultados.</p>	\$0
 <p>Rastreamento do câncer de mama (mamografias)</p> <p>Pagamos pelos seguintes serviços:</p> <ul style="list-style-type: none"> • uma mamografia de referência entre 35 e 39 anos de idade • uma mamografia de rastreamento a cada 12 meses para mulheres com 40 anos ou mais • exames clínicos das mamas uma vez a cada 24 meses 	\$0
<p>Serviços de reabilitação cardíaca (do coração)</p> <p>Pagamos pelos serviços de reabilitação cardíaca, como exercícios, educação e aconselhamento. Os associados devem atender a determinadas condições e ter um pedido médico.</p> <p>Também cobrimos programas intensivos de reabilitação cardíaca, que são mais intensos do que os programas de reabilitação cardíaca comuns.</p>	\$0



Serviço coberto	O que você paga
 <p>Consulta de redução de risco de doença cardiovascular (cardíaca) (terapia para doença cardíaca)</p> <p>Pagamos por uma consulta por ano, ou mais, se clinicamente necessário, ao seu médico de cuidados primários (PCP) para ajudar a reduzir o risco de doença cardíaca. Durante a consulta, seu médico poderá:</p> <ul style="list-style-type: none"> • discutir o uso de aspirina, • verificar sua pressão arterial, e/ou • dar dicas para garantir que você esteja se alimentando bem. 	\$0
 <p>Testes de rastreamento de doenças cardiovasculares (cardíacas)</p> <p>Pagamos por exames de sangue para verificar a existência de doenças cardiovasculares uma vez a cada cinco anos (60 meses) Esses exames de sangue também verificam se há defeitos devido ao alto risco de doença cardíaca.</p>	\$0
 <p>Rastreamento de câncer cervical e vaginal</p> <p>Pagamos pelos seguintes serviços:</p> <ul style="list-style-type: none"> • para todas as mulheres: Testes de Papanicolaou e exames pélvicos uma vez a cada 24 meses • para mulheres com alto risco de câncer cervical ou vaginal: um exame de Papanicolaou a cada 12 meses • para mulheres que tiveram um teste de Papanicolaou anormal nos últimos três anos e estão em idade fértil: um teste de Papanicolaou a cada 12 meses 	\$0
<p>Serviços de quiropraxia</p> <p>Pagamos pelos seguintes serviços:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ajustes da coluna vertebral para corrigir o alinhamento, consultas no consultório e serviços de radiologia <p><i>É necessária autorização prévia após 20 consultas.</i></p>	\$0



Serviço coberto	O que você paga
<p>Serviços de tratamento e manejo de dor crônica</p> <p>Serviços mensais cobertos para pessoas que vivem com dor crônica (dor persistente ou recorrente que dura mais de 3 meses). Os serviços podem incluir avaliação da dor, gerenciamento de medicamentos e coordenação e planejamento do cuidado.</p>	
<p> Rastreamento de câncer colorretal</p> <p>Pagamos pelos seguintes serviços:</p> <ul style="list-style-type: none"> • A colonoscopia não tem limitação de idade mínima ou máxima e é coberta uma vez a cada 120 meses (10 anos) para pacientes sem alto risco, ou 48 meses após uma sigmoidoscopia flexível anterior para pacientes sem alto risco de câncer colorretal, e uma vez a cada 24 meses para pacientes de alto risco após uma colonoscopia de rastreamento anterior. • A colonografia por tomografia computadorizada para pacientes com 45 anos de idade ou mais que não tenham alto risco de câncer colorretal é coberta quando se passam pelo menos 59 meses após o mês em que foi realizada a última colonografia por tomografia computadorizada de rastreamento ou quando se passam 47 meses após o mês em que foi realizada a última sigmoidoscopia flexível de rastreamento ou colonoscopia de rastreamento. Para pacientes com alto risco de câncer colorretal, o pagamento pode ser feito para uma colonografia por tomografia computadorizada de seleção realizada depois de decorridos pelo menos 23 meses após o mês em que foi realizada a última colonografia por tomografia computadorizada de rastreamento ou a última colonoscopia de rastreamento. • Sigmoidoscopia flexível para pacientes com 45 anos ou mais. Uma vez a cada 120 meses para pacientes sem alto risco após a realização de uma colonoscopia de rastreamento. Uma vez a cada 48 meses para pacientes de alto risco a partir da última sigmoidoscopia flexível ou colonografia por tomografia computadorizada. <p>Esse benefício continua na próxima página.</p>	<p>\$0</p>



Serviço coberto	O que você paga
<p>Rastreamento de câncer colorretal (continuação)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exames de rastreamento de sangue oculto nas fezes para pacientes com 45 anos ou mais. Uma vez a cada 12 meses. • DNA fecal multialvo para pacientes com idades entre 45 e 85 anos que não atendam aos critérios de alto risco. Uma vez a cada 3 anos. • Testes de biomarcadores baseados em sangue para pacientes de 45 a 85 anos de idade e que não atendam aos critérios de alto risco. Uma vez a cada 3 anos. • Os testes de rastreamento de câncer colorretal incluem uma colonoscopia de acompanhamento depois que um teste de rastreamento de câncer colorretal não invasivo baseado em fezes coberto pelo Medicare der um resultado positivo. • Os testes de rastreamento de câncer colorretal incluem uma sigmoidoscopia flexível de rastreamento planejada ou uma colonoscopia de rastreamento que envolva a remoção de tecido ou outro material, ou outro procedimento fornecido em conexão com, como resultado de e na mesma ocasião do teste de rastreamento. 	




Serviço coberto	O que você paga
<p>Serviços do centro de saúde comunitário</p> <p>O plano cobre serviços de um centro de saúde comunitário. Os exemplos incluem os seguintes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • consultas com médicos de atenção primária e especialistas • cuidados pré-natais e de ginecologia e obstetrícia • serviços pediátricos, inclusive EPSDT • educação em saúde • serviços sociais médicos • serviços de nutrição, incluindo treinamento de autogerenciamento de diabetes e terapia nutricional médica • serviços de cessação do tabagismo • vacinas não cobertas pelo Massachusetts Department of Public Health (MDPH) <p>Para obter mais informações sobre vacinas, consulte o Capítulo 6, Seção D.</p>	<p>\$0</p>
<p>Serviços de habilitação diurna</p> <p>O plano cobre um programa de serviços oferecidos por prestadores de habilitação diurna, caso você se qualifique por ter uma deficiência intelectual ou de desenvolvimento. Nesse programa, você desenvolve um plano de serviços que inclui suas metas e objetivos e as atividades que o ajudarão a atingi-los. Esses serviços podem incluir o seguinte:</p> <ul style="list-style-type: none"> • serviços de enfermagem e supervisão de assistência médica • treinamento em habilidades de desenvolvimento • serviços de terapia • treinamento de habilidades para a vida/vida diária de adultos <p><i>É necessária autorização prévia.</i></p>	<p>\$0</p>





Serviço coberto	O que você paga
<p>Serviços odontológicos</p> <p>Determinados serviços odontológicos, inclusive limpezas, obturações e próteses, estão disponíveis por meio do MassHealthDental Program. Pagamos por alguns serviços odontológicos quando o serviço é parte integrante do tratamento específico da condição médica primária de uma pessoa. Os exemplos incluem a reconstrução da mandíbula após uma fratura ou lesão, extrações dentárias feitas em preparação para tratamento de radiação para câncer envolvendo a mandíbula ou exames orais antes do transplante de órgãos.</p> <p>Em geral, os serviços odontológicos de rotina (como limpeza, exames odontológicos de rotina e radiografias dentárias) não são cobertos pelo Original Medicare. Cobrimos os seguintes benefícios odontológicos de rotina:</p> <p>Preventivo/diagnóstico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Preventivos, como limpezas • Exames de rotina • Radiografias • Restaurações: • Preenchimentos • Coroa • Coroa de substituição • Terapia endodôntica (canais radiculares) <p>Periodontia (não cirúrgica):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Raspagem e planejamento radicular <p>Manutenção periodontal Prótese dentária (removível):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Próteses • Próteses parciais • Próteses imediatas (uma vez por toda a vida) <p>Esse benefício continua na próxima página.</p>	<p>\$0</p>



Serviço coberto	O que você paga
<p>Serviços odontológicos (continuação)</p> <p>Reformas e ajustes de próteses totais Cirurgia oral e maxilofacial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Extrações (remoção de dentes) • Biópsia e cirurgia de tecidos moles • Alveoplastia e enxerto ósseo <p>Estes serviços são cobertos sem autorização prévia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Coroas • Exames de rotina e radiografias • Serviços preventivos, incluindo limpezas • Obturações restauradoras • Periodontia (não cirúrgica) • Prótese (removível) • Extrações não cirúrgicas • Serviços de cuidados emergenciais <p>Aplicam-se limitações de frequência. Os associados devem usar um prestador odontológico da rede do CCA. Os serviços que exigem autorização devem ser enviados diretamente pelo prestador odontológico da rede de tratamento ao administrador de benefícios odontológicos do plano, Skygen, para análise. Caso seja necessário um parecer clínico para determinar se um curso de tratamento é apropriado, o CCA One Care reserva-se o direito de solicitar que um especialista em odontologia analise o plano de tratamento proposto pelo seu dentista. Aplicam-se limitações de benefícios a determinados serviços odontológicos. Para mais informações, ligue para o Serviços ao associados</p>	
 <p>Rastreamento de depressão</p> <p>Pagamos por um rastreamento de depressão por ano. O rastreamento deve ser feito em um ambiente de cuidados primários que possa dar tratamento de acompanhamento e/ou encaminhamentos.</p>	\$0



Em caso de dúvidas, ligue para o CCA One Care (HMO D-SNP) no telefone 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. A ligação é gratuita. **Para obter mais informações**, acesse www.ccama.org.

Serviço coberto	O que você paga
 <p>Rastreamento de diabetes</p> <p>Pagamos por esse rastreamento (inclui testes de glicose em jejum) se você tiver qualquer um dos seguintes fatores de risco:</p> <ul style="list-style-type: none"> • pressão arterial alta (hipertensão) • histórico de níveis anormais de colesterol e triglicerídeos (dislipidemia) • obesidade • histórico de açúcar elevado no sangue (glicose) <p>Os testes podem ser cobertos em alguns outros casos, como, por exemplo, se você estiver acima do peso e tiver um histórico familiar de diabetes.</p> <p>Você pode se qualificar para até dois rastreamentos de diabetes a cada 12 meses após a data do seu teste de rastreamento de diabetes mais recente.</p>	<p>\$0</p>
 <p>Treinamento, serviços e suprimentos de autogerenciamento do diabetes</p> <p>Pagamos pelos seguintes serviços para todas as pessoas que têm diabetes (independentemente de usarem insulina ou não):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suprimentos para monitorar sua glicemia, incluindo os seguintes: <ul style="list-style-type: none"> ○ um monitor de glicemia ○ tiras de teste de glicemia ○ dispositivos de lanceta e lancetas ○ soluções de controle de glicose para verificar a precisão das tiras de teste e dos monitores <p>Esse benefício continua na próxima página.</p>	<p>\$0</p>



Serviço coberto	O que você paga
<p>Treinamento, serviços e suprimentos de autogerenciamento do diabetes (continuação)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para pessoas com diabetes que têm doença grave do pé diabético, pagamos pelo seguinte: <ul style="list-style-type: none"> ○ um par de calçados terapêuticos moldados sob medida (inclusive palmilhas), incluindo o ajuste, e dois pares extras de palmilhas a cada ano civil, ou ○ um par de calçados de profundidade, incluindo a adaptação, e três pares de palmilhas por ano (não incluindo as palmilhas removíveis não personalizadas fornecidas com esses sapatos) • Em alguns casos, pagamos por treinamento para ajudá-lo a controlar seu diabetes. Para saber mais, entre em contato com o Serviços ao associados. <p>Para mais informações, ligue para o Serviços ao associados.</p> <p>Nosso plano tem parceria com a Abbott e a Roche, fornecedores preferenciais para fornecer glicosímetros e tiras de teste aos nossos associados diabéticos. Esses produtos incluem:</p> <p>Glicosímetros:</p> <p>Accu-Chek Guide Care®, Accu-Chek Me Care®, FreeStyle Lite®, FreeStyle Freedom Lite®, FreeStyle InsuLinx®, FreeStyle Precision Neo®, Precision Xtra®</p> <p>Tiras de teste:</p> <p>Accu-Chek Aviva Plus®, Accu-Chek SmartView®, Accu-Chek Guide®, FreeStyle®, FreeStyle Lite®, FreeStyle InsuLinx®, FreeStyle Precision Neo®, Precision Xtra Blood Glucose®, Precision Xtra Ketone®</p> <p><i>É necessária autorização prévia para monitores terapêuticos contínuos de glicose (CGM). Certos suprimentos para exames de diabetes podem exigir uma autorização prévia em circunstâncias específicas.</i></p> <p><i>É necessária autorização prévia para calçados terapêuticos moldados sob medida e sapatos de profundidade.</i></p>	



Serviço coberto	O que você paga
<p>Equipamentos médicos duráveis e fornecimentos relacionados</p> <p>Consulte o Capítulo 12 deste Manual do Associado para obter uma definição de “Equipamento médico durável (DME)”.</p> <p>Cobrimos os seguintes itens:</p> <ul style="list-style-type: none"> • cadeiras de rodas • muletas • sistemas de colchões elétricos • suprimentos para diabéticos • camas hospitalares solicitadas por um prestador para uso em casa • bombas de infusão intravenosa (IV) e suporte • dispositivos geradores de fala • equipamentos e suprimentos de oxigênio • nebulizadores • andadores • bengala com cabo curvo padrão ou bengala com base de quatro apoios e suprimentos de reposição • tração cervical (sobre a porta) • estimulador ósseo • equipamento para cuidados de diálise • bombas de leite <p>Outros itens podem ser cobertos.</p> <p>Este benefício continua na próxima página</p>	<p>\$0</p>




Serviço coberto	O que você paga
<p>Equipamento médico durável (DME) e suprimentos relacionados (continuação)</p> <p>Pagamos por todos os DME clinicamente necessários que o Medicare e o Medicaid normalmente pagam. Se o nosso fornecedor na sua área não tiver uma marca ou fabricante específico, você pode perguntar se ele pode fazer um pedido especial para você.</p> <p>Consulte Suprimentos para teste de diabetes, Healthy Savings e Medicamentos de venda livre para obter detalhes adicionais sobre a cobertura.</p> <p><i>Pode ser necessária autorização prévia.</i></p>	
<p>Cuidados emergenciais</p> <p>Cuidado emergencial significa serviços que são:</p> <ul style="list-style-type: none"> • prestados por um prestador treinado para prestar serviços de emergência, e • necessários para avaliar ou tratar uma emergência médica. <p>Uma emergência médica é uma doença, lesão, dor intensa ou condição médica que está piorando rapidamente. A condição é tão séria que, se não receber atenção médica imediata, qualquer pessoa com conhecimentos básicos de saúde e medicina pode esperar que ela resulte em:</p> <ul style="list-style-type: none"> • risco sério à sua vida ou à vida de seu filho ainda não nascido; ou • danos graves às funções corporais; ou • perda de um membro ou perda da função de um membro. • No caso de gestante em trabalho de parto ativo, quando: <ul style="list-style-type: none"> ○ Não há tempo suficiente para transferi-la com segurança para outro hospital antes do parto. ○ A transferência para outro hospital pode representar uma ameaça à sua saúde ou segurança ou à do seu filho ainda não nascido. <p>Os cuidados emergenciais não são coberto fora dos Estados Unidos e de seus territórios.</p>	<p>\$0</p> <p>Se você receber cuidados emergenciais em um hospital fora da rede e precisar de cuidados para pacientes internados depois que a emergência for estabilizada, você deverá retornar para um hospital da rede para que seus cuidados continuem a ser pagos. Você pode permanecer em um hospital fora da rede para seus cuidados de internação somente se nosso plano aprovar sua permanência.</p>



Serviço coberto	O que você paga
<p>Serviços de planejamento familiar</p> <p>A lei permite que você escolha qualquer prestador – seja um prestador da rede ou um prestador fora da rede – para determinados serviços de planejamento familiar. Isso significa qualquer médico, clínica, hospital, farmácia ou consultório de planejamento familiar.</p> <p>Pagamos pelos seguintes serviços:</p> <ul style="list-style-type: none"> • exame de planejamento familiar e tratamento médico • testes laboratoriais e de diagnósticos de planejamento familiar • suprimentos de planejamento familiar com prescrição (camisinha, esponja, espuma, filme, diafragma, capuz cervical) • aconselhamento e diagnóstico de infertilidade e serviços relacionados • aconselhamento, teste e tratamento de infecções sexualmente transmissíveis (STIs) • aconselhamento e teste para HIV e AIDS e outras condições relacionadas ao HIV • aconselhamento genético <p>Também pagamos por alguns outros serviços de planejamento familiar. No entanto, você deve usar um prestador da nossa rede de prestadores para os seguintes serviços:</p> <ul style="list-style-type: none"> • tratamento para condições médicas de infertilidade (Esse serviço não inclui formas artificiais de engravidar). • tratamento para AIDS e outras condições relacionadas ao HIV • testes genéticos <p>Para obter mais informações, ligue para o Serviços ao associados.</p> <p><i>É necessária autorização prévia para testes genéticos.</i></p>	<p>\$0</p>




Serviço coberto	O que você paga
<p>Acolhimento familiar em grupo para adultos</p> <p>O plano cobre serviços prestados por prestadores de acolhimento familiar em grupo para adultos para associados que se qualificam. Esses serviços são oferecidos em um ambiente residencial com apoio do grupo e podem incluir o seguinte</p> <ul style="list-style-type: none"> • assistência com atividades da vida diária, atividades instrumentais da vida diária e cuidados pessoais • supervisão • supervisão de enfermagem • gerenciamento de cuidados <p><i>É necessária autorização prévia.</i></p>	\$0
<p> Programas de educação em saúde e bem-estar</p> <p>O plano cobre todos os programas de educação em saúde e bem-estar cobertos pelo Medicare e MassHealth (Medicaid). Os serviços cobertos incluem, entre outros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cessação do tabagismo e do uso de tabaco (consulte também “Aconselhamento para parar de fumar ou de usar tabaco” anteriormente nesta seção) • Acesso à nossa Linha de Enfermagem para Aconselhamento, 24 horas por dia, 7 dias por semana (consulte o Capítulo 2, Seção C para obter mais informações sobre como acessar a Linha de Enfermagem para Aconselhamento) • Recursos de educação em saúde e bem-estar em casa (consulte “Serviços do centro de saúde comunitário” anteriormente nesta seção) • Serviços de educação sobre doenças renais para ensinar como cuidar dos rins e ajudar os associados a tomar decisões informadas sobre seus cuidados (consulte também “Serviços e suprimentos para doenças renais (rins)”, mais adiante nesta seção, para obter mais informações) 	\$0



Serviço coberto	O que você paga
<p>Serviços de audição, incluindo aparelhos auditivos</p> <p>Pagamos por testes de audição e equilíbrio feitos pelo seu prestador. Esses testes informam se você precisa de tratamento médico. Eles são cobertos como cuidados ambulatoriais quando realizados por um médico, audiologista ou outro prestador qualificado.</p> <p>O plano também cobre o seguinte:</p> <ul style="list-style-type: none"> • fornecimento e distribuição de aparelhos auditivos, baterias e acessórios • instruções sobre o uso, cuidado e gerenciamento de aparelhos auditivos • moldes auriculares • impressões auriculares • empréstimo de um aparelho auditivo, quando necessário <p>O plano também cobre os seguintes benefícios auditivos de rotina: um exame auditivo de rotina por ano, um aparelho auditivo por ouvido a cada 60 meses, serviços relacionados ao cuidado, manutenção e reparo de aparelhos auditivos e suprimentos.</p> <p>É necessária autorização prévia para os seguintes benefícios auditivos de rotina:</p> <ul style="list-style-type: none"> • aparelhos auditivos monoaurais com custo superior a \$500 (excluindo frete) por ouvido. • aparelhos auditivos binaurais, CROS e BiCROS com custo superior a \$1,000 (excluindo frete) por ouvido. • a substituição de um aparelho auditivo, independentemente do seu custo, devido a uma alteração médica; <ul style="list-style-type: none"> ○ perda do aparelho auditivo; ou ○ danos irreparáveis ao aparelho auditivo; • qualquer substituição de componentes externos do implante coclear. <p>Esse benefício continua na próxima página.</p>	<p>\$0</p>



Serviço coberto	O que você paga
<p>Serviços de audição, incluindo aparelhos auditivos (continuação)</p> <p>Você deve usar um prestador da rede do CCA para serviços auditivos não rotineiros.</p> <p>O plano usa a NationsHearing como administradora de benefícios para serviços auditivos de rotina, incluindo exames de rotina e aparelhos auditivos. Os associados devem usar a NationsHearing para ter cobertura para esse benefício. Entre em contato com a NationsHearing pelo telefone 877-277-9196 (TTY 711) para encontrar um prestador ou para tirar dúvidas sobre o seu benefício de serviços auditivos de rotina</p>	
<p> Rastreamento de HIV</p> <p>Pagamos por um exame de rastreamento de HIV a cada 12 meses para pessoas que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • solicitem um teste de rastreamento de HIV, ou • tenham maior risco de infecção por HIV. <p>Se estiver grávida, pagamos por até três testes de rastreamento de HIV durante a gestação.</p>	\$0



Serviço coberto	O que você paga
<p>Agência de assistência médica domiciliar</p> <p>Antes de obter serviços de saúde domiciliar, um médico deve nos dizer que você precisa deles, e eles devem ser prestados por uma agência de assistência médica domiciliar. Você deve estar confinado em casa, o que significa que sair de casa é um grande esforço.</p> <p>Pagamos pelos seguintes serviços e talvez por outros serviços não listados aqui:</p> <ul style="list-style-type: none"> • serviços de enfermagem especializada e de auxiliar de saúde domiciliar em tempo parcial ou intermitente (para serem cobertos pelo benefício de assistência médica domiciliar, seus serviços de enfermagem especializada e de auxiliar de saúde domiciliar combinados devem totalizar menos de 8 horas por dia e 35 horas por semana). • administração de medicamentos • fisioterapia, terapia ocupacional e fonoaudiologia • serviços médicos e sociais • equipamentos e suprimentos médicos <p><i>É necessária autorização prévia.</i></p>	<p>\$0</p>
<p>Serviços de auxiliar de saúde domiciliar</p> <p>O plano cobre os serviços de um auxiliar de saúde domiciliar, sob a supervisão de um enfermeiro licenciado (RN) ou outro profissional, para associados que se qualificarem. Os serviços podem incluir o seguinte:</p> <ul style="list-style-type: none"> • trocas simples de curativos • assistência com medicamentos • atividades de apoio a terapias especializadas • cuidados de rotina com dispositivos protéticos e ortéticos <p><i>É necessária autorização prévia.</i></p>	<p>\$0</p>




Serviço coberto	O que você paga
<p>Terapia de infusão domiciliar</p> <p>Nosso plano paga pela terapia de infusão domiciliar, definida como medicamentos ou substâncias biológicas administrados em uma veia ou aplicados sob a pele e fornecidos ao paciente em casa. Os seguintes itens são necessários para realizar a infusão domiciliar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • o medicamento ou substância biológica, como um antiviral ou imunoglobulina; • equipamentos, como uma bomba; e • suprimentos, como tubos ou cateteres. <p>Nosso plano cobre serviços de infusão domiciliar que incluem, mas não estão limitados a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • serviços profissionais, inclusive serviços de enfermagem, prestados de acordo com seu plano de cuidados; • treinamento e educação dos associados que não estejam incluídos no benefício DME; • monitoramento remoto; e • serviços de monitoramento para o fornecimento de terapia de infusão domiciliar e medicamentos de infusão domiciliar fornecidos por um fornecedor qualificado de terapia de infusão domiciliar. <p>É necessária autorização prévia.</p>	<p>\$0</p>
<p>Serviços de assistência médica temporária para desabrigados</p> <p>Você tem acesso a suporte pré e pós-colonosopia para se preparar e se recuperar após um procedimento de colonoscopia.</p> <p>Você tem acesso a suporte de recuperação após problemas médicos agudos, gerenciamento de cuidados e auxílio para acessar e coordenar serviços de saúde e sociais para atender a outras necessidades sociais e de saúde, além de suporte de planejamento para a transição para ambientes na comunidade.</p> <p>É necessária autorização prévia.</p>	<p>\$0</p>



Serviço coberto	O que você paga
<p>Cuidados paliativos</p> <p>Você tem o direito de escolher os cuidados paliativos se o prestador e o diretor médico de cuidados paliativos determinarem que você tem um prognóstico terminal. Isso significa que você tem uma doença terminal e espera-se que tenha seis meses ou menos de vida. Você pode receber cuidados paliativos de qualquer programa de cuidados paliativos certificado pelo Medicare. Nosso plano deve ajudá-lo a encontrar programas de cuidados paliativos certificados pelo Medicare na área de cobertura do plano, incluindo programas que possuímos, controlamos ou nos quais temos interesse financeiro. Seu médico de cuidados paliativos pode ser um prestador da rede ou fora da rede.</p> <p>Os serviços cobertos incluem:</p> <ul style="list-style-type: none"> • medicamentos para tratar sintomas e dor • cuidados temporários de curta duração • cuidados domiciliares <p>Se você optar por receber cuidados paliativos em uma unidade de enfermagem especializada, o CCA One Care cobrirá o custo do quarto e alimentação.</p> <p>Os serviços de cuidados paliativos e os serviços cobertos pelo Medicare Parte A ou Medicare Parte B relacionados ao seu prognóstico terminal são cobrados do Medicare.</p> <ul style="list-style-type: none"> • O Original Medicare (e não o nosso plano) pagará ao prestador de cuidados paliativos pelos serviços de cuidados paliativos e por quaisquer serviços da Parte A ou B relacionados à sua doença terminal. Enquanto você estiver no programa de cuidados paliativos, o prestador de cuidados paliativos cobrará do Original Medicare os serviços pagos por ele. <p>Para serviços cobertos pelo nosso plano, mas não cobertos pelo Medicare Parte A ou Medicare Parte B:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nosso plano cobre serviços não cobertos pelo Medicare Parte A ou Medicare Parte B. Cobrimos os serviços independentemente de estarem ou não relacionados ao seu prognóstico terminal. Você paga nada por esses serviços. <p>Esse benefício continua na próxima página.</p>	<p>\$0</p>



Serviço coberto	O que você paga
<p>Cuidados paliativos (continuação)</p> <p>Para medicamentos que podem ser cobertos pelo benefício Medicare Parte D do nosso plano:</p> <ul style="list-style-type: none"> Os medicamentos nunca são cobertos pelos cuidados paliativos e pelo nosso plano ao mesmo tempo. Para obter mais informações, consulte o Capítulo 5 deste <i>Manual do Associado</i>. <p>Observação: se precisar de cuidados não paliativos, ligue para o coordenador de cuidados e/ou para o serviço de atendimento aos associados para providenciar os serviços. cuidados não paliativos são aqueles que não estão relacionados ao seu prognóstico terminal.</p>	
<p> Imunizações</p> <p>Pagamos pelos seguintes serviços:</p> <ul style="list-style-type: none"> vacinas contra pneumonia vacinas contra gripe/influenza, uma vez a cada temporada de gripe/influenza no outono e inverno, com vacinas adicionais contra gripe/influenza se clinicamente necessário vacinas contra hepatite B se você tiver um risco alto ou intermediário de contrair hepatite B vacinas contra a COVID-19 outras vacinas se você estiver em risco e elas atenderem às regras de cobertura do Medicare Parte B <p>Pagamos por outras vacinas que atendam às regras de cobertura do Medicare Parte D. Consulte o Capítulo 6 deste <i>Manual do Associado</i> para saber mais.</p>	\$0
<p>Enfermagem independente</p> <p>O plano cobre os cuidados de um enfermeiro em sua casa. O enfermeiro pode trabalhar para uma agência de saúde domiciliar ou pode ser um enfermeiro independente.</p> <p>É necessária autorização prévia.</p>	\$0



Serviço coberto	O que você paga
<p>Assistência médica comportamental para pacientes internados</p> <p>Serviços de internação, tais como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • serviços de saúde comportamental para pacientes internados a fim de avaliar e tratar uma condição psiquiátrica aguda • serviços de transtorno de uso de substâncias para pacientes internados • leitos de observação/contenção • serviços diários administrativamente necessários <p>Nesse plano, não há limite vitalício para o número de dias que um associado pode passar em uma unidade de assistência médica comportamental para pacientes internados.</p> <p><i>Não é necessária autorização prévia para tratamento psiquiátrico de emergência e tratamento relacionado ao uso de substâncias.</i></p>	<p>\$0</p>



Serviço coberto	O que você paga
<p>Cuidados hospitalares para pacientes internados</p> <p>Inclui internação de pacientes agudos, reabilitação para pacientes internados, hospitais de cuidados de longa duração e outros tipos de serviços hospitalares para pacientes internados. O cuidado hospitalar para pacientes internados começa no dia em que você é formalmente admitido no hospital por ordem do médico. O dia anterior à sua alta é o seu último dia de internação.</p> <p>Pagamos pelos seguintes serviços e outros serviços clinicamente necessários não listados aqui:</p> <ul style="list-style-type: none"> • quarto semiprivado (ou um quarto privativo, se clinicamente necessário) • refeições, incluindo dietas especiais • serviços regulares de enfermagem • custos de unidades de cuidados especiais, como unidades de cuidados intensivos ou coronários • drogas e medicamentos • testes de laboratório • radiografias e outros serviços de radiologia • suprimentos cirúrgicos e médicos necessários • aparelhos, como cadeiras de rodas • serviços de sala de cirurgia e recuperação • terapia física, ocupacional e fonoaudiológica • serviços de transtorno de uso de substâncias para pacientes internados • em alguns casos, os seguintes tipos de transplantes: córnea, rim, rim/pâncreas, coração, fígado, pulmão, coração/pulmão, medula óssea, células-tronco e intestinal/multivisceral. <p>Este benefício continua na próxima página</p>	<p>\$0</p> <p>Você deve obter a aprovação do nosso plano para receber atendimento hospitalar fora da rede após sua emergência ser estabilizada.</p>



Em caso de dúvidas, ligue para o CCA One Care (HMO D-SNP) no telefone 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. A ligação é gratuita. **Para obter mais informações**, acesse www.ccama.org.

Serviço coberto	O que você paga
<p>Cuidados hospitalares para pacientes internados (continuação)</p> <p>Se você precisar de um transplante, um centro de transplante aprovado pelo Medicare analisará o seu caso e decidirá se você é um candidato. Os prestadores de serviços de transplante podem ser locais ou de fora da área de cobertura. Se os prestadores locais de transplantes estiverem dispostos a aceitar a taxa do Medicare, você poderá obter seus serviços de transplante localmente ou fora do padrão de cuidados da sua comunidade. Se nosso plano oferecer serviços de transplante fora do padrão de cuidados da nossa comunidade e você optar por fazer o transplante lá, nós providenciaremos ou pagaremos os custos de hospedagem e viagem para você e um acompanhante.</p> <ul style="list-style-type: none"> • sangue, inclusive armazenamento e administração • serviços médicos <p>Observação: para ser um paciente internado, seu prestador deve escrever um pedido para admiti-lo formalmente como paciente internado no hospital. Mesmo que passe a noite no hospital, você ainda pode ser considerado um “paciente ambulatorial”. Se não tiver certeza se é um paciente internado ou ambulatorial, pergunte à equipe do hospital.</p> <p>Obtenha mais informações na ficha informativa <i>Medicare Hospital Benefits</i> do Medicare. Essa ficha informativa está disponível em Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf ou ligando para 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Usuários de TTY devem ligar para 1-877-486-2048.</p> <p><i>É necessária autorização prévia, exceto para uso de substâncias em internação e admissões de emergência.</i></p>	
<p>Serviços de internação em hospital psiquiátrico</p> <p>Pagamos pelos serviços de assistência médica comportamental que exigem internação hospitalar.</p> <p>Este benefício continua na próxima página</p>	\$0



Serviço coberto	O que você paga
<p>Serviços de internação em hospital psiquiátrico (continuação)</p> <p>Os serviços cobertos incluem serviços de assistência médica comportamental que exigem internação hospitalar. O Medicare tem um limite vitalício de 190 dias para serviços de internação em um hospital psiquiátrico. O limite de 190 dias não se aplica aos serviços de saúde comportamental prestados em uma unidade psiquiátrica de um hospital geral sob o Medicare. O plano cobre sua internação em um hospital psiquiátrico além do limite do Medicare sob o benefício MassHealth (Medicaid).</p> <p><i>É necessária autorização prévia, exceto para internações por uso de substâncias e internações de emergência.</i></p>	
<p>Internação hospitalar: serviços cobertos em um hospital ou unidade de enfermagem especializada (SNF) durante uma internação não coberta</p> <p>Não pagaremos por sua internação se você tiver usado todo o seu benefício de internação ou se a internação não for razoável e clinicamente necessária.</p> <p>Pagamos pelos seguintes serviços e talvez por outros serviços não listados aqui:</p> <ul style="list-style-type: none"> • serviços médicos • testes de diagnóstico, como exames laboratoriais • terapia com radiografia, rádio e isótopos, incluindo materiais e serviços técnicos • curativos cirúrgicos • talas, gessos e outros dispositivos usados para fraturas e luxações <p>Este benefício continua na próxima página</p>	\$0





Serviço coberto	O que você paga
<p>Internação hospitalar: Serviços cobertos em um hospital ou unidade de enfermagem especializada (SNF) durante uma internação não coberta (continuação)</p> <ul style="list-style-type: none"> • dispositivos protéticos e ortéticos, exceto odontológicos, inclusive substituição ou reparos desses dispositivos. Esses são dispositivos que substituem todo ou parte de: <ul style="list-style-type: none"> ○ um órgão interno do corpo (incluindo tecido contíguo), ou ○ a função de um órgão interno do corpo inoperante ou com mau funcionamento. • aparelhos para pernas, braços, costas e pescoço, trelças e pernas, braços e olhos artificiais. Isso inclui ajustes, reparos e substituições necessários devido a quebra, desgaste, perda ou mudança na sua condição • fisioterapia, fonoaudiologia e terapia ocupacional 	




Serviço coberto	O que você paga
<p>Serviços e suprimentos para doenças renais</p> <p>Pagamos pelos seguintes serviços:</p> <ul style="list-style-type: none"> Serviços de educação sobre doenças renais para ensinar como cuidar dos rins e ajudá-lo a tomar boas decisões sobre seu cuidado. Você deve ter doença renal crônica em estágio IV, e seu médico deve encaminhá-lo. Cobrimos até seis sessões de serviços de educação sobre doença renal. Tratamentos de diálise ambulatorial, incluindo tratamentos de diálise quando estiver temporariamente fora da área de cobertura, conforme explicado no Capítulo 3 deste <i>Manual do Associado</i>, ou quando o prestador desse serviço estiver temporariamente indisponível ou inacessível. Tratamentos de diálise para pacientes internados se você for admitido como paciente interno em um hospital para cuidados especiais Treinamento em autodiálise, incluindo treinamento para você e qualquer pessoa que o ajude com seus tratamentos de diálise domiciliar Equipamentos e suprimentos para diálise domiciliar Determinados serviços de apoio domiciliar, como consultas necessárias de profissionais de diálise treinados para verificar a diálise domiciliar, ajudar em emergências e verificar o equipamento de diálise e o suprimento de água. <p>O Medicare Parte B paga por alguns medicamentos para diálise. Para obter informações, consulte “Medicamentos do Medicare Parte B” nesta tabela.</p>	<p>\$0</p>



Serviço coberto	O que você paga
 <p>Rastreamento de câncer de pulmão com tomografia computadorizada de baixa dose (LDCT)</p> <p>Nosso plano paga pelo rastreamento de câncer de pulmão a cada 12 meses se o você:</p> <ul style="list-style-type: none"> tiver entre 50 e 77 anos de idade, e tiver uma consulta de aconselhamento e tomada de decisão compartilhada com seu médico ou outro prestador qualificado, e tiver fumado pelo menos 1 maço por dia durante 20 anos, sem sinais ou sintomas de câncer de pulmão, ou se fumar agora ou tiver parado de fumar nos últimos 15 anos <p>Após o primeiro rastreamento, nosso plano paga por outro rastreamento a cada ano com um pedido por escrito de seu médico ou outro prestador qualificado. Se um prestador optar por fornecer aconselhamento sobre rastreamento de câncer de pulmão e consulta de tomada de decisão compartilhada para rastreamentos de câncer de pulmão, a consulta deverá atender aos critérios do Medicare para essas consultas.</p>	\$0
 <p>Terapia de nutrição médica</p> <p>O plano cobre a terapia de diagnóstico nutricional e os serviços de aconselhamento para ajudá-lo a administrar uma condição médica (como diabetes ou doença renal).</p>	\$0



Serviço coberto	O que você paga
<p>Transporte não emergencial clinicamente necessário</p> <p>O plano cobre o transporte de que você precisa por motivos médicos que não sejam emergências. Isso inclui serviços de trem, táxi, transportadoras comuns e ambulância (terrestre), conforme necessário, para ajudá-lo a chegar a um serviço pago por nós (dentro ou fora do estado). O transporte é limitado a destinos para serviços padrão cobertos pelo Medicare e Medicaid e destinos de consultas confirmadas na área de cobertura do plano dentro de 80 km do local de embarque. As viagens devem ser reservadas com 72 horas de antecedência, sem contar o dia da chamada, ligando para o CTS no número 855-204-1410 (TTY 711), de segunda a sexta-feira, das 7 am às 8 pm EST, e aos sábados e domingos, das 8 am às 12 pm EST. O plano utiliza o Coordinated Transportation Solutions (CTS) para todas as viagens de transporte não emergenciais. Para entrar em contato com o CTS, ligue para 855-204-1410 (TTY 711).</p> <p><i>É necessária autorização prévia para viagens que ultrapassem 80 km do local de embarque.</i></p>	<p>\$0</p>
<p> Medicare Diabetes Prevention Program (MDPP)</p> <p>Nosso plano paga por serviços do MDPP para pessoas elegíveis. O MDPP foi criado para ajudá-lo a aumentar seu comportamento saudável. Ele oferece treinamento prático em:</p> <ul style="list-style-type: none"> • mudança alimentar de longo prazo e • aumento da atividade física e • maneiras de manter a perda de peso e um estilo de vida saudável. 	<p>\$0</p>



Serviço coberto	O que você paga
<p>Medicamentos do Medicare Parte B</p> <p>Esses medicamentos são cobertos pela Parte B do Medicare. Nosso plano paga pelos seguintes medicamentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • medicamentos que você normalmente não administra a si mesmo e que são injetados ou infundidos enquanto você recebe atendimento médico, ambulatorial hospitalar ou de centro cirúrgico ambulatorial • insulina fornecida por meio de um item de equipamento médico durável (como uma bomba de insulina clinicamente necessária) • outros medicamentos que você toma usando equipamento médico durável (como nebulizadores) que nosso plano autorizou • o medicamento para Alzheimer Leqembi® (genérico de lecanemab) que é administrado por via intravenosa (IV) • fatores de coagulação que você mesmo administra por injeção se tiver hemofilia • medicamentos para transplante/imunossupressores: o Medicare cobre a terapia com medicamentos para transplante se ele pagou pelo seu transplante de órgão. Você deve ter a Parte A no momento do transplante coberto e deve ter a Parte B no momento em que receber os medicamentos imunossupressores. O Medicare Parte D cobre medicamentos imunossupressores se a Parte B não os cobrir • medicamentos para osteoporose que são injetados. Pagamos por esses medicamentos se você não puder sair de casa, tiver uma fratura óssea que um médico tenha atestado estar relacionada à osteoporose pós-menopausa e não puder injetar o medicamento por conta própria <p>Este benefício continua na próxima página</p>	<p>\$0</p>



Serviço coberto	O que você paga
<p>Medicamentos do Medicare Parte B (continuação)</p> <ul style="list-style-type: none"> • alguns antígenos: o Medicare cobre antígenos se um médico os preparar e uma pessoa devidamente instruída (que pode ser você, o paciente) os administrar sob supervisão apropriada • certos medicamentos orais contra o câncer: o Medicare cobre alguns medicamentos orais contra o câncer que você toma por via oral se o mesmo medicamento estiver disponível na forma injetável ou se for um pró-fármaco (uma forma oral de um medicamento que, quando ingerido, se decompõe no mesmo ingrediente ativo encontrado no medicamento injetável). Quando novos medicamentos orais contra o câncer estiverem disponíveis, a Parte B poderá cobri-los. Se a Parte B não os cobrir, a Parte D os cobrirá • medicamentos orais antináusea: o Medicare cobre os medicamentos orais antináusea que você usa como parte de um regime quimioterápico contra o câncer se eles forem administrados antes, durante ou dentro de 48 horas da quimioterapia ou se forem usados como substituto terapêutico completo de um medicamento antináusea intravenoso • determinados medicamentos orais para Doença Renal em Estágio Terminal (ESRD) cobertos pelo Medicare Parte B • medicamentos calcimiméticos e aglutinantes de fosfato sob o sistema de pagamento de ESRD, incluindo o medicamento intravenosa Parsabiv® e o medicamento oral Sensipar • certos medicamentos para diálise domiciliar, incluindo heparina, antídoto para heparina (quando clinicamente necessário) e anestésicos tópicos • agentes estimuladores da eritropoiese: O Medicare cobre a eritropoietina por injeção se você tiver ESRD ou se precisar desse medicamento para tratar anemia relacionada a outras condições como Procrit® (Epoetina Alfa) <p>Este benefício continua na próxima página</p>	




Serviço coberto	O que você paga
<p>Medicamentos do Medicare Parte B (continuação)</p> <ul style="list-style-type: none">• imunoglobulina intravenosa para o tratamento domiciliar de doenças de imunodeficiência primária• nutrição parenteral e enteral (alimentação intravenosa e por sonda) <p>Também cobrimos algumas vacinas sob o Medicare Parte B e a maioria das vacinas para adultos sob o benefício de medicamentos do Medicare Parte D.</p> <p>O Capítulo 5 deste <i>Manual do Associado</i> explica nosso benefício de medicamentos. Ele explica as regras que você deve seguir para que as prescrições sejam cobertas.</p> <p>O Capítulo 6 deste <i>Manual do Associado</i> explica o que você paga pelos seus medicamentos por meio do nosso plano.</p>	



Serviço coberto	O que você paga
<p>Cuidados em uma unidade de enfermagem especializada</p> <p>Uma unidade de enfermagem especializada (NF) é um local que presta cuidados a pessoas que não podem receber cuidados em casa, mas que não precisam estar em um hospital.</p> <p>Os serviços pelos quais pagamos incluem, mas não se limitam aos seguintes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • quarto semiprivado (ou um quarto privativo, se clinicamente necessário) • refeições, incluindo dietas especiais • serviços de enfermagem • fisioterapia, terapia ocupacional e fonoaudiologia • terapia respiratória • medicamentos administrados como parte do seu plano de cuidados. (Isso inclui substâncias que estão naturalmente presentes no corpo, como fatores de coagulação do sangue). • sangue, inclusive armazenamento e administração • suprimentos médicos e cirúrgicos normalmente fornecidos por unidades de enfermagem • testes de laboratório normalmente fornecidos por unidades de enfermagem • radiografias e outros serviços de radiologia normalmente fornecidos por unidades de enfermagem • uso de aparelhos, como cadeiras de rodas, geralmente fornecidos por unidades de enfermagem <p>Este benefício continua na próxima página</p>	<p>\$0</p>



Serviço coberto	O que você paga
<p>Cuidados em uma unidade de enfermagem especializada (continuação)</p> <ul style="list-style-type: none"> • serviços médicos/profissionais • equipamentos médicos duráveis • serviços odontológicos, incluindo próteses • benefícios para a visão • exames auditivos • cuidados quiropráticos • serviços de podologia <p>Geralmente, seus cuidados são prestados em unidades da rede. No entanto, pode ser possível obter cuidados em uma unidade que não esteja em nossa rede. Você pode receber cuidados dos seguintes locais se eles aceitarem os valores de pagamento do nosso plano:</p> <ul style="list-style-type: none"> • uma unidade de enfermagem especializada ou comunidade de aposentadoria com cuidados contínuos onde você estava morando antes de ir para o hospital (desde que ofereça cuidados em unidade de enfermagem especializada). • uma unidade de enfermagem especializada onde seu cônjuge ou parceiro doméstico esteja morando no momento em que você deixar o hospital. <p>É necessária autorização prévia</p>	
<p> Rastreamento de obesidade e terapia para manter o peso baixo</p> <p>Se você tiver um índice de massa corporal de 30 ou mais, pagaremos pelo aconselhamento para ajudá-lo a perder peso. O aconselhamento deve ser feito em um ambiente de cuidados primários. Dessa forma, ele pode ser gerenciado com seu plano de prevenção completo. Converse com seu médico de cuidados primários para saber mais.</p>	\$0



Serviço coberto	O que você paga
<p>Serviços do Opioid Treatment Program (OTP)</p> <p>Nosso plano paga pelos seguintes serviços para tratar o transtorno por uso de opioides (OUD) por meio de um OTP que inclui os seguintes serviços:</p> <ul style="list-style-type: none"> • atividades de admissão • avaliações periódicas • medicamentos aprovados pela FDA e, se aplicável, gerenciamento e administração desses medicamentos • aconselhamento sobre uso de substâncias • terapia individual e em grupo • testes de drogas ou produtos químicos em seu corpo (testes toxicológicos) 	\$0
<p>Serviços ortéticos</p> <p>O plano cobre aparelhos (não odontológicos) e outros dispositivos mecânicos ou moldados para apoiar ou corrigir a forma ou a função do corpo humano.</p> <p><i>É necessária autorização prévia.</i></p> <p>Para obter ajuda para determinar os requisitos de autorização, ligue para o Serviços ao associados.</p>	\$0



Serviço coberto	O que você paga
<p>Testes diagnósticos ambulatoriais e serviços e suprimentos terapêuticos</p> <p>Pagamos pelos seguintes serviços e outros serviços clinicamente necessários não listados aqui:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Radiografias • radioterapia (rádio e isótopos), incluindo materiais e suprimentos técnicos • suprimentos cirúrgicos, como curativos • talas, gessos e outros dispositivos usados para fraturas e luxações • testes de laboratório • sangue, inclusive armazenamento e administração • testes diagnósticos não laboratoriais, como tomografias computadorizadas (CT), ressonâncias magnéticas (MRI), eletrocardiogramas (EKG) e tomografias PET, quando seu médico ou outro profissional de saúde os solicitar para tratar uma condição médica • outros testes diagnósticos ambulatoriais <p>O CCA One Care reserva-se o direito de solicitar a um especialista que analise o plano de cuidados proposto ou o pedido para determinar se um tratamento é adequado para você.</p> <p><i>Pode ser necessária autorização prévia.</i></p> <p><i>Por exemplo, exames de imagem e testes de rastreamento especializados (ou seja, testes genéticos) podem exigir autorização prévia.</i></p> <p>Para obter ajuda para determinar os requisitos de autorização, ligue para o Serviços ao associados.</p>	<p>\$0</p>
<p>Medicamentos ambulatoriais</p> <p>Leia o Capítulo 5 para obter informações sobre benefícios de medicamentos e o Capítulo 6 para obter informações sobre o que você paga pelos medicamentos.</p>	<p>\$0</p>



Serviço coberto	O que você paga
<p>Serviços hospitalares ambulatoriais</p> <p>Pagamos pelos serviços clinicamente necessários que você recebe no departamento ambulatorial de um hospital para diagnóstico ou tratamento de uma doença ou lesão, como, por exemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Serviços em um departamento de emergência ou clínica ambulatorial, como cirurgia ambulatorial ou serviços de observação • Os serviços de observação ajudam seu médico a saber se você precisa ser admitido no hospital como “paciente internado”. • Às vezes, você pode passar a noite no hospital e ainda assim ser “paciente ambulatorial”. • Você pode obter mais informações sobre internação ou serviço ambulatorial nesta ficha informativa: es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf. • Testes de laboratório e de diagnóstico cobrados pelo hospital • Assistência médica comportamental, incluindo cuidados em um programa de hospitalização parcial, se um médico atestar que o tratamento hospitalar seria necessário sem essa assistência • Radiografias e outros serviços de radiologia cobrados pelo hospital • Suprimentos médicos, como talas e gessos • Rastreamentos e serviços preventivos listados na Tabela de Benefícios • Alguns medicamentos que não podem ser administrados por você mesmo <p>Esse benefício é abordado na próxima página.</p>	<p>\$0</p>



Serviço coberto	O que você paga
<p>Serviços hospitalares ambulatoriais (continuação)</p> <p>O CCA One Care reserva-se o direito de solicitar a um especialista que analise o plano de cuidados proposto ou o pedido para determinar se um tratamento é adequado para você.</p> <p><i>Pode ser necessária autorização prévia para cirurgia ambulatorial.</i></p> <p><i>Pode ser necessária autorização prévia. Por exemplo, exames de imagem e testes de rastreamento especializados podem exigir autorização prévia.</i></p> <p><i>É necessária autorização prévia para estimulação magnética transcraniana e escetamina para saúde comportamental ambulatorial.</i></p> <p>Para obter ajuda para determinar os requisitos de autorização, ligue para o Serviços ao associados.</p>	
<p>Assistência médica comportamental ambulatorial</p> <p>Pagamos por serviços de saúde comportamental prestados por:</p> <ul style="list-style-type: none"> • um psiquiatra ou médico licenciado pelo estado • um psicólogo clínico • um assistente social clínico • um especialista em enfermagem clínica • um conselheiro profissional licenciado (LPC) • um terapeuta licenciado em casamento e família (LMFT) • um enfermeiro de prática avançada (NP) • um médico assistente (PA) • qualquer outro profissional de assistência médica comportamental qualificado pelo Medicare, conforme permitido pelas leis estaduais aplicáveis <p>Este benefício continua na próxima página</p>	\$0



Serviço coberto	O que você paga
<p>Assistência médica comportamental ambulatorial (continuação)</p> <p>O plano cobre serviços que incluem:</p> <ul style="list-style-type: none"> • tratamento individual, em grupo e de casais/famílias • consulta para medicação • avaliação diagnóstica • <i>consulta familiar</i> • consulta de caso • consulta psiquiátrica em uma unidade médica de internação • consulta de ponte entre paciente internado e ambulatorial • tratamento com acupuntura • terapia de substituição de opioides • desintoxicação ambulatorial (Nível II.d) • testes psicológicos • Terapia Comportamental Dialética • Serviços de saúde mental de intervenção em crise no departamento de emergência • Terapia eletroconvulsiva • Estimulação Magnética Transcraniana Repetitiva (rTMS) • Especializações <p><i>É necessária autorização prévia para estimulação magnética transcraniana e escetamina.</i></p>	



Serviço coberto	O que você paga
<p>Serviços de reabilitação ambulatorial</p> <p>Pagamos por fisioterapia, terapia ocupacional e fonoaudiologia.</p> <p>Você pode obter serviços de reabilitação ambulatorial em departamentos ambulatoriais de hospitais, consultórios de terapeutas independentes, unidades ambulatoriais de reabilitação abrangente (CORF) e outras unidades.</p> <p>Para mais informações, entre em contato com sua equipe de cuidados.</p> <p><i>É necessária autorização prévia após 20 consultas de terapia ocupacional e fisioterapia.</i></p> <p><i>É necessária autorização prévia para patologia da fala e da linguagem após 35 consultas.</i></p>	<p>\$0</p>
<p>Serviços de transtorno de uso de substâncias para pacientes ambulatoriais</p> <p>Pagamos pelos seguintes serviços e talvez por outros serviços não listados aqui:</p> <ul style="list-style-type: none"> • rastreamento e aconselhamento sobre abuso de álcool • tratamento do abuso de drogas • aconselhamento individual ou em grupo por um clínico qualificado • desintoxicação subaguda em um programa residencial de dependência • serviços relacionados a álcool e/ou drogas em um centro de tratamento ambulatorial intensivo • tratamento com Naltrexona de liberação prolongada (vivitrol) 	<p>\$0</p>



Serviço coberto	O que você paga
<p>Cirurgia ambulatorial</p> <p>Pagamos por cirurgias e serviços ambulatoriais em unidades ambulatoriais de hospitais e centros cirúrgicos ambulatoriais.</p> <p>a menos que o prestador escreva um pedido para interná-lo no hospital, você é um paciente ambulatorial.</p> <p><i>Pode ser necessária autorização prévia.</i></p>	\$0
<p>Equipamentos de oxigênio e terapia respiratória</p> <p>O plano cobre serviços que incluem sistemas de oxigênio, recargas e aluguel de equipamentos de oxigenoterapia.</p>	\$0
<p>Serviços de cuidadores pessoais</p> <p>O plano cobre serviços de assistência pessoal para auxiliar você com atividades da vida diária e atividades essenciais da vida diária, caso se qualifique. Esses serviços incluem, por exemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • banho • preparação de refeições e alimentação • vestir-se e arrumar-se • gerenciamento de medicamentos • deslocamento de um lugar para outro • uso do banheiro • transferência • lavanderia • limpeza da casa <p>Você mesmo pode contratar um profissional para ajudá-lo com as tarefas práticas. O plano também pode pagar por um profissional para ajudá-lo em outras tarefas que não necessitem de ajuda prática, se você atender aos requisitos mínimos para tarefas práticas também necessárias. Sua equipe de cuidados trabalhará com você para decidir se esse serviço lhe é adequado e estará no seu Plano de cuidados individualizado (ICP).</p> <p><i>É necessária autorização prévia.</i></p>	



Serviço coberto	O que você paga
<p>Serviços de hospitalização parcial e serviços ambulatoriais intensivos</p> <p>A hospitalização parcial é um programa estruturado de tratamento psiquiátrico ativo. É oferecido como um serviço ambulatorial hospitalar ou por um centro comunitário de saúde comportamental que é mais intenso do que a assistência médica que você recebe no consultório do seu médico, terapeuta, terapeuta licenciado em casamento e família (LMFT) ou conselheiro profissional licenciado. Isso pode ajudar a evitar que você tenha que ficar no hospital.</p> <p>O serviço ambulatorial intensivo é um programa estruturado de tratamento ativo de terapia comportamental (mental) fornecido como serviço ambulatorial hospitalar, centro comunitário de saúde comportamental, centro de saúde qualificado pelo governo federal ou clínica de saúde rural, que é mais intenso do que a assistência médica, do terapeuta, do LMFT ou do conselheiro profissional licenciado, mas menos intenso do que a hospitalização parcial.</p>	<p>\$0</p>



Serviço coberto	O que você paga
<p>Serviços do médico/prestador, incluindo consultas médicas</p> <p>Pagamos pelos seguintes serviços:</p> <ul style="list-style-type: none"> • serviços de assistência médica ou cirurgia clinicamente necessários prestados em locais como <ul style="list-style-type: none"> ○ consultório médico ○ centro cirúrgico ambulatorial certificado ○ departamento ambulatorial de hospital • consulta, diagnóstico e tratamento por um especialista • exames básicos de audição e equilíbrio realizados pelo seu médico de cuidados primários, se o seu médico os solicitar para descobrir se você precisa de tratamento • Certos serviços de telessaúde (cuidado virtual) para serviços médicos gerais urgentes. <ul style="list-style-type: none"> ○ Você tem a opção de obter esses serviços em uma consulta presencial ou por telessaúde. Se optar por obter um desses serviços por telessaúde, você deverá usar um prestador da rede do CCA que ofereça o serviço por telessaúde ou usar a Teladoc para serviços médicos gerais urgentes. Consulte Teladoc - Serviços adicionais de telessaúde. • Você tem a opção de obter esses serviços em uma consulta presencial ou por telessaúde. Se optar por obter um desses serviços por telessaúde, você usar um prestador da rede que ofereça o serviço por telessaúde. Serviços de telessaúde para consultas mensais relacionadas à doença renal em estágio terminal (ESRD) para associados que fazem diálise domiciliar em um centro de diálise renal em um hospital ou em um hospital de acesso crítico, em uma unidade de diálise renal ou em casa • serviços de telessaúde para diagnosticar, avaliar ou tratar os sintomas de um derrame • serviços de telessaúde para associados com transtorno por uso de substâncias ou transtorno de saúde comportamental concomitante <p>Este benefício continua na próxima página</p>	<p>\$0</p>





Serviço coberto	O que você paga
<p>Serviços do médico/prestador, incluindo consultas médicas (continuação)</p> <ul style="list-style-type: none"> • serviços de telessaúde para diagnóstico, avaliação e tratamento de transtornos de saúde comportamental se: <ul style="list-style-type: none"> ○ Você tiver uma consulta presencial nos 6 meses anteriores à sua primeira consulta de telessaúde ○ Você tiver uma consulta presencial a cada 12 meses enquanto estiver recebendo esses serviços de telessaúde ○ Exceções podem ser feitas aos itens acima em determinadas circunstâncias • serviços de telessaúde para consultas de saúde comportamental prestadas por clínicas de saúde rurais e centros de saúde qualificados pelo governo federal. • exames virtuais (por exemplo, por telefone ou chat de vídeo) com seu médico por 5 a 10 minutos se <ul style="list-style-type: none"> ○ você não for um paciente novo e ○ o exame não estiver relacionado a uma consulta nos últimos 7 dias e ○ o exame não levar a uma consulta dentro de 24 horas ou à consulta mais rápida disponível • Avaliação de vídeo e/ou imagens que você enviar ao seu médico e interpretação e acompanhamento pelo seu médico dentro de 24 horas se: <ul style="list-style-type: none"> ○ você não for um paciente novo e ○ a avaliação não estiver relacionada a uma consulta nos últimos 7 dias e ○ a avaliação não levar a uma consulta em um prazo de 24 horas ou a uma consulta disponível o mais rápido possível <p style="text-align: right;">Este benefício continua na próxima página</p>	



Serviço coberto	O que você paga
<p>Serviços do médico/prestador, incluindo consultas médicas (continuação)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consultas do seu médico com outros médicos por telefone, Internet ou registro eletrônico de saúde, se você não for um paciente novo • Segunda opinião de outro prestador da rede antes da cirurgia 	
<p>Serviços de médicos, especialista em enfermagem e enfermagem obstétrica</p> <p>O plano cobre serviços de médicos, especialista em enfermagem e enfermagem obstétrica. Esses serviços incluem, por exemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • consultas em consultório para cuidados primários e de especialistas • cuidados pré-natais e de ginecologia e obstetrícia • treinamento para autogerenciamento do diabetes • terapia de nutrição médica • serviços de cessação do tabagismo 	\$0
<p>Serviços de podologia</p> <p>Pagamos pelos seguintes serviços:</p> <ul style="list-style-type: none"> • diagnóstico e tratamento médico ou cirúrgico de lesões e doenças do pé (como dedo em martelo ou esporões do calcanhar) • cuidados de rotina com os pés para associados com problemas que afetam as pernas, como diabetes 	\$0





Serviço coberto	O que você paga
 <p>Profilaxia pré-exposição (PrEP) para prevenção do HIV</p> <p>Se você não tiver HIV, mas seu médico ou outro profissional de assistência médica determinar que você tem um risco aumentado de contraí-lo, cobriremos a medicação de profilaxia pré-exposição (PrEP) e os serviços relacionados.</p> <p>Se você se qualificar, os serviços cobertos incluem:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamento PrEP oral ou injetável aprovado pela FDA. Se você estiver recebendo um medicamento injetável, também cobrimos a taxa para injetar o medicamento. • Até 8 sessões de aconselhamento individual (incluindo avaliação de risco de HIV, redução de risco de HIV e adesão à medicação) a cada 12 meses. • Até 8 rastreamentos de HIV a cada 12 meses. • Um rastreamento único do vírus da hepatite B. 	\$0
 <p>Exames de rastreamento de câncer de próstata</p> <p>Para homens com 50 anos ou mais, pagamos pelos seguintes serviços uma vez a cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> • um exame retal digital • um teste de antígeno específico da próstata (PSA) 	\$0




Serviço coberto	O que você paga
<p>Dispositivos protéticos e ortéticos e suprimentos relacionados</p> <p>Os dispositivos protéticos substituem toda ou parte de uma parte ou função do corpo. Isso inclui, mas não se limita a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • teste, adaptação ou treinamento no uso de dispositivos protéticos e ortéticos • bolsas de colostomia e suprimentos relacionados ao cuidado com a colostomia • marcapassos • aparelhos ortodônticos • calçados protéticos • braços e pernas artificiais • próteses de mama (inclusive sutiã cirúrgico após mastectomia) <p>Pagamos por alguns suprimentos relacionados a dispositivos protéticos e ortéticos. Também pagamos pelo reparo ou substituição de dispositivos protéticos e ortéticos.</p> <p>Oferecemos alguma cobertura após a remoção da catarata ou cirurgia de catarata. Consulte “Cuidados oftalmológicos”, mais adiante nesta tabela, para obter detalhes.</p> <p><i>Pode ser necessária autorização prévia.</i></p> <p>Para obter ajuda para determinar os requisitos de autorização, ligue para o Serviços ao associados.</p>	<p>\$0</p>
<p>Serviços de reabilitação pulmonar</p> <p>Pagamos por programas de reabilitação pulmonar para associados que tenham doença pulmonar obstrutiva crônica (COPD) moderada a muito grave. É necessário ter um pedido de reabilitação pulmonar do médico ou prestador que está tratando a COPD.</p>	<p>\$0</p>




Serviço coberto	O que você paga
 <p>Monitoramento remoto de pacientes</p> <p>O uso de dispositivos médicos selecionados que transmitem informações pessoais digitais de saúde de forma síncrona ou assíncrona de um paciente em risco para um prestador de tratamento em um local distante, permitindo que o prestador responda ao paciente e gerencie sua condição. O RPM está disponível para associados que atendam a determinados critérios clínicos.</p> <p><i>É necessária autorização prévia.</i></p>	
 <p>Rastreamento da infecção pelo vírus da hepatite C</p> <p>Cobrimos um rastreamento de hepatite C se o seu médico de cuidados primários ou outro profissional de saúde qualificado solicitar e se você atender a uma dessas condições:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Você está em alto risco porque usa ou usou drogas injetáveis ilícitas. • Você recebeu uma transfusão de sangue antes de 1992. • Você nasceu entre 1945 e 1965. <p>Se você nasceu entre 1945 e 1965 e não é considerado de alto risco, pagaremos pelo rastreamento uma vez. Se estiver em alto risco (por exemplo, se continuou a usar drogas injetáveis ilícitas desde o teste anterior negativo para hepatite C), cobrimos os rastreamentos anuais.</p>	\$0



Serviço coberto	O que você paga
 <p>Rastreamento e aconselhamento sobre infecções sexualmente transmissíveis (STIs)</p> <p>Pagamos pelos rastreamentos de clamídia, gonorreia, sífilis e hepatite B.</p> <p>Também pagamos por até duas sessões de aconselhamento comportamental presencial de alta intensidade por ano para adultos sexualmente ativos com risco aumentado de STI. Cada sessão pode ter de 20 a 30 minutos de duração. Pagamos por essas sessões de aconselhamento como um serviço preventivo somente se forem oferecidas por um médico de cuidados primários. As sessões devem ser realizadas em um ambiente de cuidados primários, como um consultório médico.</p>	\$0
<p>Cuidados em instalações unidade de enfermagem especializada (SNF)</p> <p>Para obter uma definição de cuidados em uma unidade de enfermagem especializada, consulte o Capítulo 12.</p> <p>Pagamos pelos seguintes serviços e talvez por outros serviços não listados aqui:</p> <ul style="list-style-type: none"> • um quarto semiprivado ou um quarto privado, se for clinicamente necessário • refeições, incluindo dietas especiais • serviços de enfermagem especializados • fisioterapia, terapia ocupacional e fonoaudiologia • medicamentos que você recebe como parte do seu plano de cuidados, incluindo substâncias que estão naturalmente no corpo, como fatores de coagulação do sangue • sangue, inclusive armazenamento e administração • suprimentos médicos e cirúrgicos fornecidos pelos SNFs • testes de laboratório realizados por SNFs <p>Este benefício continua na próxima página</p>	\$0



Serviço coberto	O que você paga
<p>Cuidados em instalações unidade de enfermagem especializada (SNF) (continuação)</p> <ul style="list-style-type: none"> • radiografias e outros serviços de radiologia fornecidos por unidades de enfermagem especializadas • aparelhos, como cadeiras de rodas, geralmente fornecidos por unidades de enfermagem especializadas • serviços de médicos/prestadores <p>Normalmente, você recebe cuidados de SNFs em unidades da rede. Sob certas condições, talvez seja possível receber cuidados de uma unidade que não pertença à nossa rede. Você pode receber cuidados dos seguintes locais se eles aceitarem os valores de pagamento do nosso plano:</p> <ul style="list-style-type: none"> • uma unidade de enfermagem especializada ou comunidade de aposentadoria com cuidados contínuos onde você morava antes de ir para o hospital (desde que ofereça cuidados em unidade de enfermagem especializada) • uma unidade de enfermagem especializada onde seu cônjuge ou parceiro doméstico vive no momento em que você deixa o hospital <p><i>É necessária autorização prévia.</i></p>	
<p> Cessação do tabagismo e do uso de tabaco</p> <p>O aconselhamento para cessação do tabagismo e do uso de tabaco é coberto para pacientes ambulatoriais e hospitalizados que atendam a esses critérios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • usem tabaco, independentemente de apresentarem sinais ou sintomas de doenças relacionadas a ele • sejam competentes e estejam alertas durante o aconselhamento • um médico qualificado ou outro prestador reconhecido pelo Medicare fornece o aconselhamento <p>Cobrimos duas tentativas de cessação por ano (cada tentativa pode incluir um máximo de quatro sessões intermediárias ou intensivas, com até oito sessões por ano).</p>	\$0




Serviço coberto	O que você paga
<p>Terapia de exercícios supervisionados (SET)</p> <p>Pagamos pela SET para associados com doença arterial periférica (PAD) sintomática que tenham um encaminhamento para PAD do médico responsável pelo tratamento da PAD.</p> <p>Nosso plano paga por:</p> <ul style="list-style-type: none"> • até 36 sessões em um período de 12 semanas se todos os requisitos da SET forem atendidos • 36 sessões adicionais ao longo do tempo, se consideradas clinicamente necessárias por um profissional de saúde <p>O programa SET deve ser:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sessões de 30 a 60 minutos de um programa de treinamento de exercícios terapêuticos para PAD em associados com câibras nas pernas devido ao fluxo sanguíneo insuficiente (claudicação) • em um ambiente ambulatorial hospitalar ou no consultório de um médico • prestados por pessoal qualificado que garante que os benefícios superam os malefícios e que tem formação em terapia por exercício para PAD • sob a supervisão direta de um médico, médico assistente ou enfermeiro/especialista em enfermagem clínica com formação em técnicas básicas e avançadas de suporte à vida 	\$0
<p>Teladoc – Telessaúde adicional</p> <p>A telessaúde é oferecida por meio da Teladoc para serviços médicos gerais urgentes para tratar condições comuns, como gripe, alergias, sinusite, erupções cutâneas, dor de garganta, dor nas costas, artrite e muito mais. Entre em contato com a Teladoc pelo telefone 1-800-835-2362 ou visite www.Teladoc.com para se inscrever e acessar os serviços. Os associados podem continuar a ter consultas de telessaúde por meio de seus prestadores, se eles oferecerem essa opção. Consulte a seção Serviços do médico/prestador, incluindo consultas médicas, para obter detalhes adicionais sobre a cobertura de telessaúde.</p>	\$0



Serviço coberto	O que você paga
<p>Programa de serviços de moradia transitória</p> <p>O plano cobre serviços prestados por um prestador de moradia transitória para associados que se qualificam. Esses serviços são prestados em um ambiente residencial e podem incluir o seguinte:</p> <ul style="list-style-type: none"> • serviços de cuidadores pessoais • supervisão de enfermagem 24 horas no local • refeições • treinadores de habilidades • assistência com atividades instrumentais da vida diária (por exemplo, lavar roupa, fazer compras, limpar) <p><i>É necessária autorização prévia.</i></p>	<p>\$0</p>




Serviço coberto	O que você paga
<p>Cuidados urgentes</p> <p>Cuidados urgentes são cuidados prestados para tratar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • uma situação não emergencial que requer cuidados médicos imediatos, ou • uma doença imprevista, ou • uma lesão, ou • uma condição que precisa de cuidados imediatos. <p>Se você precisar de cuidados urgentes, deve primeiro tentar obtê-los de prestadores da rede. No entanto, você pode usar prestadores fora da rede quando não for possível obter um prestador da rede devido ao tempo, local ou circunstâncias, ou quando não for razoável obter esse serviço de prestadores da rede (por exemplo, quando você estiver fora da área de cobertura do plano e precisar de serviços médicos imediatos para uma condição imprevista, mas que não seja uma emergência médica).</p> <p>Você deve informar seu PCP ou equipe de cuidados sempre que possível se tiver recebido tal cuidado.</p> <p>Consulte Teladoc – Serviços adicionais de tele saúde para obter detalhes adicionais sobre cobertura.</p> <p>Cuidados urgentes não são cobertos fora dos Estados Unidos e de seus territórios.</p>	<p>\$0</p>
<p> Cuidados oftalmológicos</p> <p>Pagamos por serviços médicos ambulatoriais para o diagnóstico e tratamento de doenças e lesões oculares. Por exemplo, tratamento para degeneração macular relacionada à idade.</p> <p>Para pessoas com alto risco de glaucoma, pagamos por um rastreamento de glaucoma por ano. As pessoas com alto risco de glaucoma incluem:</p> <p>Esse benefício é abordado na próxima página.</p>	<p>\$0</p>



Serviço coberto	O que você paga
<p>Cuidados oftalmológicos (continuação)</p> <ul style="list-style-type: none"> • pessoas com histórico familiar de glaucoma • pessoas com diabetes • Afro-americanos com 50 anos ou mais • Hispano-americanos com 65 anos ou mais <p>Para pessoas com diabetes, pagamos pelo rastreamento da retinopatia diabética uma vez por ano.</p> <p>Os seguintes serviços oftalmológicos não rotineiros são cobertos: Pagamos por um par de óculos ou lentes de contato após cada cirurgia de catarata, quando o médico insere uma lente intraocular. Se você fizer duas cirurgias de catarata separadas, deverá obter um par de óculos após cada cirurgia. Você não pode obter dois pares de óculos após a segunda cirurgia, mesmo que não tenha obtido um par de óculos após a primeira. Você deve usar prestadores da rede do CCA. Para obter ajuda com serviços oftalmológicos não rotineiros, entre em contato com o Serviços ao associados do CCA.</p> <p>Os seguintes serviços oftalmológicos de rotina são cobertos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Um exame oftalmológico de rotina a cada 24 meses • Óculos que incluem lentes padrão (simples, bifocais, trifocais e lenticulares) ou lentes de contato visualmente necessárias a cada 24 meses <ul style="list-style-type: none"> ○ Há um subsídio de \$75 para armações ou lentes de contato. • Um conjunto de substituição de armações e lentes ou lentes de contato necessárias para a visão uma vez a cada 2 (dois) anos civis <p>Você deve receber serviços oftalmológicos de rotina de prestadores da rede EyeMed. Para encontrar um prestador da rede EyeMed, faça uma consulta em https://eyedoclocator.eyemedvisioncare.com/cca/en-us. Para obter assistência com serviços oftalmológicos de rotina, entre em contato com a Eyemed pelo telefone 877-493-4588 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana.</p>	



Serviço coberto	O que você paga
 <p>Consulta preventiva “Bem-vindo ao Medicare”</p> <p>Cobrimos a consulta preventiva única “Bem-vindo ao Medicare”. A consulta inclui:</p> <ul style="list-style-type: none"> • uma revisão da sua saúde, • educação e aconselhamento sobre os serviços preventivos de que você precisa (incluindo rastreamentos e vacinas), e • encaminhamentos para outros cuidados, se necessário. <p>Observação: Observação: cobrimos a consulta preventiva “Bem-vindo ao Medicare” apenas durante os primeiros 12 meses em que você tiver o Medicare Parte B. Ao marcar sua consulta, informe ao consultório do seu médico que você deseja agendar sua consulta preventiva “Bem-vindo ao Medicare”.</p> <p>Também cobrimos “consultas de bem-estar” e outros serviços preventivos. Veja a seção abaixo para obter mais informações sobre exames de bem-estar.</p>	\$0
<p>Consulta de bem-estar</p> <p>O plano cobre exames de bem-estar. Isso serve para criar ou atualizar um plano de prevenção.</p> <p>Consulte Visita Anual de Bem-Estar para obter detalhes adicionais sobre a cobertura.</p>	\$0

Além dos serviços gerais, nosso plano também cobre serviços comunitários de assistência médica comportamental. Esses serviços são às vezes chamados de “serviços alternativos para saúde comportamental”. São serviços que você pode usar em vez de ir ao hospital ou a uma unidade para algumas necessidades de assistência médica comportamental. Sua equipe de atendimento trabalhará com você para decidir se esses serviços são adequados para você e estarão em seu Individualized Care Plan (ICP).



Serviços comunitários (alternativos) de assistência médica de saúde comportamental cobertos pelo nosso plano	
<p>Esses serviços incluem o seguinte:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Serviços intensivos com monitoramento médico - Serviços de Tratamento Agudo (ATS) para transtornos relacionados ao uso de substâncias • Serviços de estabilização clínica - serviços residenciais de alta intensidade gerenciados clinicamente para populações específicas • Estabilização de crises comunitárias • Community Support Program (CSP), incluindo CSP para desabrigados, CSP para indivíduos envolvidos com a justiça e Tenancy Preservation Program do CSP • Mobile Crisis Intervention para Adultos (anteriormente Emergency Services Program (ESP)) <p>Você tem a opção de obter esses serviços em uma consulta presencial ou por telessaúde.</p> <ul style="list-style-type: none"> • serviços residenciais de reabilitação aprimorados para transtornos relacionados ao uso de substâncias • Serviços de Partial Hospitalization Program (PHP) <ul style="list-style-type: none"> ○ “Hospitalização parcial” é um programa estruturado de tratamento psiquiátrico ativo. É oferecido como um serviço ambulatorial hospitalar ou por um centro comunitário de saúde comportamental. É mais intenso do que o cuidado que você recebe no consultório do seu médico, terapeuta, terapeuta licenciado em casamento e família (LMFT) ou conselheiro profissional licenciado. Isso pode ajudar a evitar que você tenha que ficar no hospital. <p style="text-align: right;">Este serviço continua na próxima página</p>	



Serviços comunitários (alternativos) de assistência médica de saúde comportamental cobertos pelo nosso plano	
<p>(continuação)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Serviços ambulatoriais intensivos (IOP) e programas de IOP <ul style="list-style-type: none"> ○ O serviço ambulatorial intensivo é um programa estruturado de tratamento ativo de terapia comportamental (mental) fornecido como serviço ambulatorial hospitalar, centro comunitário de saúde comportamental, centro de saúde qualificado pelo governo federal ou clínica de saúde rural, que é mais intenso do que o cuidado recebido no consultório do seu médico, terapeuta, LMFT ou conselheiro profissional licenciado, mas menos intenso do que a hospitalização parcial. ○ Um programa de IOP presta serviço de tratamento multidisciplinar coordenado, abrangente e com duração limitada, e é projetado para melhorar o estado funcional, proporcionar estabilização na comunidade, evitar a admissão em um serviço de internação ou facilitar uma reintegração rápida e estável na comunidade após a alta de um serviço de internação. • Program of Assertive Community Treatment (PACT) • tratamento psiquiátrico diurno • treinamento de recuperação • navegadores de suporte à recuperação • Serviços de reabilitação residencial para transtornos por uso de substâncias, incluindo: <ul style="list-style-type: none"> ○ RRS para adultos ○ RRS para famílias ○ RRS para jovens adultos ○ RRS aprimorado para transtornos concomitantes (COE-RRS) ○ RRS aprimorado na gestação • Structured Outpatient Addiction Program (SOAP) • Especialista certificado em pares • Enhanced Structured Outpatient Addiction Program (E-SOAP) <p>Serviços de Apoio Transitório (TSS) para transtornos relacionados ao uso de substâncias</p>	



E. Benefícios cobertos fora de nosso plano

Não cobrimos os seguintes serviços, mas eles estão disponíveis por meio do MassHealth (Medicaid).

E1. Serviços Cobertos pelo MassHealth (Medicaid) no Modelo de Pagamento por Serviço

Serviços de doula

Os serviços de doula estão disponíveis para associadas grávidas. O modelo de pagamento por serviço do MassHealth (Medicaid) cobre até 8 horas de serviço de doula para associadas durante o período perinatal, que abrange a gestação, o trabalho de parto e o parto, até 12 meses após o parto, incluindo todos os resultados da gravidez.

Para associadas que precisam de mais de 8 horas de serviço de doula, é necessária autorização prévia.

As doulas devem ser prestadoras contratadas pelo MassHealth (Medicaid).

E2. Serviços de agências estaduais

Reabilitação psicossocial e gerenciamento de caso direcionado

Se estiver recebendo reabilitação psicossocial do Department of Mental Health ou gerenciamento de caso direcionado do Department of Mental Health ou Department of Developmental Services, seus serviços continuarão a ser prestados diretamente pela agência estadual. No entanto, o CCA One Care (HMO D-SNP) ajudará na coordenação com esses prestadores como parte de seu Plano de cuidados individualizado (ICP) global.

Quarto e alimentação em instituição de cuidados para idosos

Se você mora em uma instituição de cuidados para idosos e se associou ao One Care, o Department of Transitional Assistance continuará a ser responsável pelos pagamentos de quarto e alimentação.

F. Benefícios não cobertos por nosso plano, Medicare, ou MassHealth (Medicaid)

Esta seção o informa sobre os benefícios excluídos pelo nosso plano. “Excluídos” significa que não pagamos por esses benefícios. O Medicare e o Medicaid também não pagam por eles.

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

Não pagamos pelos benefícios médicos excluídos listados nesta seção (ou em qualquer outra parte deste *Manual do Associado*), exceto nas condições específicas listadas. Mesmo que obtenha os serviços em uma unidade de emergência, o plano não pagará por eles. Se achar que nosso plano deve pagar por um serviço que não é coberto, você pode entrar com um recurso. Para obter informações sobre recursos, consulte o **Capítulo 9** deste *Manual do Associado*.



Em caso de dúvidas, ligue para o CCA One Care (HMO D-SNP) no telefone 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. A ligação é gratuita. **Para obter mais informações**, acesse www.ccama.org.

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

- serviços considerados não “razoáveis e clinicamente necessários”, de acordo com as normas do Medicare e do MassHealth (Medicaid), a menos que os relacionemos como serviços cobertos
- tratamentos médicos e cirúrgicos, itens e medicamentos experimentais, a menos que o Medicare, um estudo de pesquisa clínica aprovado pelo Medicare ou o nosso plano os cubra. Consulte o **Capítulo 3** deste *Manual do Associado* para obter mais informações sobre estudos de pesquisa clínica. Tratamentos e itens experimentais são aqueles que não são geralmente aceitos pela comunidade médica.
- tratamento cirúrgico para obesidade mórbida, exceto quando clinicamente necessário e pago pelo Medicare
- um quarto particular em um hospital, exceto quando clinicamente necessário
- itens pessoais em seu quarto em um hospital ou unidade de enfermagem especializada, como telefone ou televisão
- cuidados de enfermagem em tempo integral em sua casa
- taxas cobradas por seus parentes imediatos ou integrantes de sua família
- refeições entregues em sua casa
- procedimentos ou serviços de aprimoramento eletivos ou voluntários (incluindo perda de peso, crescimento de cabelo, desempenho sexual, desempenho atlético, objetivos cosméticos, antienvhecimento e desempenho mental), exceto quando clinicamente necessário
- cirurgia cosmética ou outro trabalho cosmético, a menos que seja necessário devido a uma lesão acidental ou para melhorar uma parte do corpo que tenha má formação. No entanto, pagamos pela reconstrução de uma mama após uma mastectomia e pelo tratamento da outra mama para que fique igual a ela
- cuidados quiropráticos, que não sejam a manipulação manual da coluna vertebral, de acordo com as diretrizes de cobertura
- cuidados de rotina com os pés, exceto conforme descrito em Serviços de podologia na Tabela de Benefícios na **Seção D**
- calçados ortopédicos, a menos que façam parte de uma órtese de perna e estejam incluídos no custo da órtese, ou que sejam para uma pessoa com doença do pé diabético



- dispositivos de apoio para os pés, exceto calçados ortopédicos ou terapêuticos para pessoas com doença do pé diabético
- reversão de procedimentos de esterilização e suprimentos contraceptivos sem prescrição médica
- serviços de naturopata (o uso de tratamentos naturais ou alternativos)
- serviços prestados a veteranos em unidades do Veterans Affairs (VA).
Entretanto, quando um veterano recebe serviços de emergência em um hospital do VA e a coparticipação do VA é maior do que a coparticipações do nosso plano, reembolsaremos o veterano pela diferença. Você ainda é responsável por seus valores de coparticipação.



Capítulo 5: Como obter seus medicamentos ambulatoriais

Introdução

Este capítulo explica as regras para obter seus medicamentos ambulatoriais. Esses são os medicamentos que o prestador encomenda para você e que você obtém em uma farmácia ou por correspondência. Eles incluem medicamentos cobertos pelo Medicare Parte D e MassHealth (Medicaid). Os principais termos e suas definições aparecem em ordem alfabética no último capítulo deste *Manual do Associado*.

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

- **Medicamentos cobertos pelo Medicare Parte A.** Geralmente incluem os medicamentos fornecidos enquanto você está em um hospital ou unidade de enfermagem especializada.
- **Medicamentos cobertos pelo Medicare Parte B.** Esses incluem alguns medicamentos de quimioterapia, algumas injeções de medicamentos administradas durante uma consulta com um médico ou outro prestador e medicamentos administrados em uma clínica de diálise. Para saber mais sobre quais medicamentos do Medicare Parte B são cobertos, consulte a Tabela de Benefícios no **Capítulo 4** deste *Manual do Associado*.
- Além da cobertura do Medicare Parte D e dos benefícios médicos do plano, seus medicamentos podem ser cobertos pelo Medicare Original se você estiver sob cuidados paliativos do Medicare. Para obter mais informações, consulte o **Capítulo 5, Seção F3** “Se você estiver em um programa de cuidados paliativos certificado pelo Medicare”.

Regras para a cobertura de medicamentos ambulatoriais do nosso plano

Geralmente, cobrimos seus medicamentos, desde que você siga as regras desta seção.

É necessário que um prestador (médico, dentista ou outro profissional habilitado a prescrever) escreva sua prescrição, que deve ser válida de acordo com a lei estadual aplicável. Essa pessoa geralmente é seu médico de cuidados primários (PCP). Também pode ser outro prestador se o seu PCP o tiver encaminhado para cuidados.

Seu profissional habilitado a prescrever **não** deve constar das listas de exclusão ou preclusão do Medicare.

Geralmente, você deve usar uma farmácia da rede para retirar seu medicamento (consulte a **Seção A1** para obter mais informações). Ou você pode retirar seu medicamento por meio do serviço por correspondência do plano.

O medicamento prescrito deve estar na *Lista de Medicamentos Cobertos* do nosso plano. Nós a chamamos de “*Lista de Medicamentos*”. (Consulte a **Seção B** deste capítulo.)

Em caso de dúvidas, ligue para o CCA One Care (HMO D-SNP) no telefone 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. A ligação é gratuita. **Para obter mais informações**, acesse www.ccama.org.



- Se o medicamento não estiver na *Lista de Medicamentos*, talvez possamos cobri-lo concedendo-lhe uma exceção.
- Consulte o **Capítulo 9** para saber mais sobre como solicitar uma exceção.

Seu medicamento deve ser usado para uma indicação clinicamente aceita. Isso significa que o uso do medicamento é aprovado pela Food and Drug Administration (FDA) ou apoiado por determinadas referências médicas. Seu profissional habilitado a prescrever pode ajudar a identificar referências médicas que respaldem o uso solicitado do medicamento prescrito. De acordo com as leis e regulamentos do Medicaid, e de acordo com o MassHealth (Medicaid), os serviços são clinicamente necessários se:

- Eles puderem ser razoavelmente calculados para prevenir, diagnosticar, impedir o agravamento, aliviar, corrigir ou curar condições que colocam sua vida em risco, causam sofrimento ou dor, causam deformidade física ou disfunção, ameaçam causar ou agravar uma deficiência ou resultam em doença ou enfermidade; e
- Não há outro serviço médico ou local de atendimento disponível, que funcione tão bem e seja adequado para você e que seja mais barato.

Seu medicamento pode exigir aprovação do nosso plano com base em determinados critérios antes de ser coberto. (Consulte a **Seção C** deste capítulo).

Índice

A. Como retirar seus medicamentos	127
A1. Como retirar seu medicamento em uma farmácia da rede.....	127
A2. Como usar seu cartão de identificação de associado ao retirar seu medicamento.....	127
A3. O que fazer se você trocar de farmácia da rede.....	127
A4. O que fazer se sua farmácia sair da rede.....	127
A5. Como usar uma farmácia especializada.....	127
A6. Como usar os serviços por correspondência para obter seus medicamentos	128
A7. Como obter um suprimento de medicamentos de longa duração	129
A8. Como usar uma farmácia que não pertence à rede do nosso plano	130
A9. Como reembolsá-lo por uma prescrição.....	131
B. <i>Lista de Medicamentos</i> do nosso plano	131



B1. Medicamentos em nossa <i>Lista de Medicamentos</i>	131
B2. Como encontrar um medicamento em nossa <i>Lista de Medicamentos</i>	131
B3. Medicamentos que não constam da nossa <i>Lista de Medicamentos</i>	132
C. Limites para alguns medicamentos	133
D. Razões pelas quais seu medicamento pode não ser coberto	134
D1. Como obter um fornecimento temporário	135
D2. Como solicitar um fornecimento temporário	136
D3. Como solicitar uma exceção	137
E. Mudanças na cobertura dos seus medicamentos	137
F. Cobertura de medicamentos em casos especiais	139
F1. Em um hospital ou em uma unidade de enfermagem especializada para uma estadia coberta pelo nosso plano	139
F2. Em uma instituição de cuidados de longa duração	140
F3. Em um programa de cuidados paliativos certificado pelo Medicare	140
G. Programas sobre segurança e gerenciamento de medicamentos	140
G1. Programas para ajudá-lo a usar medicamentos com segurança	140
G2. Programas para ajudá-lo a administrar seus medicamentos	141
G3. Drug Management Program (DMP) para ajudar os associados a usar medicamentos opioides com segurança	142



A. Como retirar seus medicamentos

A1. Como retirar seu medicamento em uma farmácia da rede

Na maioria dos casos, pagamos pelos medicamentos somente quando retirados em qualquer uma das farmácias de nossa rede. Uma farmácia da rede é uma drogaria que aceita que os associados do nosso plano retirem medicamentos. Você pode usar qualquer uma das farmácias da nossa rede. (Consulte a **Seção A8** para obter informações sobre quando cobrimos medicamentos retirados em farmácias fora da rede).

Para encontrar uma farmácia da rede, consulte o *Diretório de Prestadores e Farmácias*, consulte nosso website ou entre em contato com o Serviços ao associados.

A2. Como usar seu cartão de identificação de associado ao retirar seu medicamento

Para retirar seu medicamento, **apresente seu cartão de identificação de associado** na sua farmácia da rede. A farmácia da rede nos cobra por seu medicamento coberto.

Se não estiver com o seu cartão de identificação de associado ao retirar seu medicamento, peça à farmácia que nos ligue para obter as informações necessárias ou que procure as informações de adesão no seu plano.

Se a farmácia não conseguir obter as informações necessárias, talvez você tenha que pagar o valor integral do medicamento quando for buscá-lo. Depois, você pode nos pedir o reembolso.

Se não puder pagar pelo medicamento, entre em contato com o Serviços ao associados imediatamente. Faremos tudo o que pudermos para ajudar.

- Para solicitar o reembolso, consulte o **Capítulo 7** deste *Manual do Associado*.
- Se precisar de ajuda para retirar um medicamento, entre em contato com o Serviços ao associados.

A3. O que fazer se você trocar de farmácia da rede

Se trocar de farmácia e precisar renovação uma prescrição, você pode pedir que uma nova prescrição seja redigida por um prestador ou pedir à sua farmácia que transfira a prescrição para a nova farmácia, se ainda houver renovações em haver.

Se precisar de ajuda para trocar de farmácia da rede, entre em contato com o Serviços ao associados.

A4. O que fazer se sua farmácia sair da rede

Se a farmácia que você usa sair da rede do nosso plano, você precisará encontrar uma nova farmácia da rede.

Para encontrar uma nova farmácia da rede, consulte o *Diretório de Prestadores e Farmácias*, consulte nosso site ou entre em contato com o Serviços ao associados.

A5. Como usar uma farmácia especializada

Às vezes, os medicamentos precisam ser retirados em uma farmácia especializada. As farmácias especializadas incluem:

Em caso de dúvidas, ligue para o CCA One Care (HMO D-SNP) no telefone 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. A ligação é gratuita. **Para obter mais informações**, acesse www.ccama.org.



- Farmácias que fornecem medicamentos para terapia de infusão domiciliar.
- Farmácias que fornecem medicamentos para residentes de uma instituição de cuidados de longa duração, como uma unidade de enfermagem especializada.
 - Normalmente, as instituições de cuidados de longa duração têm suas próprias farmácias. Se você é residente de uma instituição de cuidados de longa duração, nós nos certificamos de que você pode obter os medicamentos de que precisa na farmácia da instituição.
 - Se a farmácia da sua instituição de cuidados de longa duração não estiver em nossa rede ou se tiver dificuldade para obter seus medicamentos em uma instituição de cuidados de longa duração, entre em contato com o Serviços ao associados.
- Farmácias que atendem ao Serviço de Saúde Indígena / Programas de Saúde Tribal e Urbana para Indígenas. Exceto em casos de emergência, somente nativos americanos ou nativos do Alasca podem usar essas farmácias.
- Farmácias que dispensam medicamentos restritos pela FDA a determinados locais ou que exigem manuseio especial, coordenação do prestador ou educação sobre seu uso. (Observação: esse cenário deve ocorrer raramente). Para encontrar uma farmácia especializada, consulte o *Diretório de Prestadores e Farmácias*, consulte nosso site ou entre em contato com o Serviços ao associados.

A6. Como usar os serviços por correspondência para obter seus medicamentos

Para determinados tipos de medicamentos, você pode usar a rede de serviços por correspondência do nosso plano. Em geral, os medicamentos disponíveis por correspondência são aqueles que você toma regularmente para uma condição médica crônica ou de longa duração.

O serviço por correspondência do nosso plano permite que você faça pedidos de até 100 dias de suprimento e de até 31 dias de suprimento para medicamentos especializados. Você paga \$0.

Retirada de medicamentos pelo correio

Para obter informações sobre como retirar seus medicamentos pelo correio, você pode escolher uma das três opções:

- Ligue para o Serviços ao associados pelo número 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana.
- Visite nosso site www.ccama.org e veja as informações do “Mail Order Program” (Programa de farmácia por correspondência) em “Pharmacy Programs” (Programas de Farmácia).
- Fale com sua equipe de cuidados.

Normalmente, uma prescrição por correspondência chega em um prazo de 14 a 21 dias. Se, por qualquer motivo, sua correspondência estiver atrasada, entre em contato com o Serviços ao associados. Nós o ajudaremos a obter a(s) prescrição(ões) de que você precisa.

Em caso de dúvidas, ligue para o CCA One Care (HMO D-SNP) no telefone 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. A ligação é gratuita. **Para obter mais informações**, acesse www.ccama.org.



Processos de pedidos por correspondência

O serviço de pedidos por correspondência tem procedimentos diferentes para novas prescrições que recebe de você, novas prescrições que recebe diretamente do consultório do prestador e renovação de prescrições por correspondência.

1. Novas prescrições que a farmácia recebe de você

A farmácia preenche e entrega automaticamente as novas prescrições que recebe de você.

2. Novas prescrições que a farmácia recebe do consultório de seu prestador

Depois que a farmácia recebe uma prescrição de um profissional de saúde, ela entra em contato com você para saber se deseja que o medicamento seja retirado imediatamente ou mais tarde.

- Isso lhe dá a oportunidade de se certificar de que a farmácia está entregando o medicamento correto (incluindo a dosagem, a quantidade e a forma) e, se necessário, permite que você interrompa ou atrase o pedido antes que ele seja enviado.
- Responda sempre que a farmácia entrar em contato com você, para que ela saiba o que fazer com a nova prescrição e para evitar atrasos no envio.

Para desativar as entregas automáticas de novas prescrições obtidas diretamente do consultório do profissional de saúde, entre em contato com o Serviços ao associados.

3. Renovações de prescrições por correspondência

Para renovar a prescrição de seus medicamentos, você tem a opção de se inscrever em um programa de renovação automática. Nesse programa, começamos a processar sua próxima renovação automaticamente quando nossos registros mostram que você deve estar perto de ficar sem o seu medicamento.

- A farmácia entra em contato com você antes de enviar cada renovação para se certificar de que você precisa de mais medicamentos, e você pode cancelar as renovações programadas se tiver medicamentos suficientes ou se o seu medicamento tiver mudado.
- Se optar por não usar nosso programa de renovação automática, entre em contato com a farmácia de 14 a 21 dias antes de sua prescrição atual acabar para garantir que seu próximo pedido seja enviado a tempo.

Para desativar nosso programa que prepara automaticamente as renovações por correspondência, entre em contato com o Serviços ao associados.

Informe à farmácia as melhores maneiras de entrar em contato com você, para que ela possa contatá-lo para confirmar o pedido antes do envio. Ligue para a farmácia para confirmar suas informações de contato.

A7. Como obter um suprimento de medicamentos de longa duração

Você pode obter um suprimento de longa duração para medicamentos de manutenção na *Lista de Medicamentos* do nosso plano. Os medicamentos de manutenção são medicamentos que você toma regularmente para uma condição médica crônica ou de longa duração.

Em caso de dúvidas, ligue para o CCA One Care (HMO D-SNP) no telefone 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. A ligação é gratuita. **Para obter mais informações**, acesse www.ccama.org.



Algumas farmácias da rede permitem que você obtenha um suprimento de longa duração para medicamentos de manutenção. O *Diretório de Prestadores e Farmácias* informa quais farmácias podem lhe fornecer um suprimento de longa duração para medicamentos de manutenção. Você também pode ligar para o Serviços ao associados para obter mais informações.

Para determinados tipos de medicamentos, você pode usar a rede de serviços por correspondência do nosso plano para obter um suprimento de longa duração para medicamentos de manutenção. Consulte a **Seção A6** para saber mais sobre os serviços por correspondência.

A8. Como usar uma farmácia que não pertence à rede do nosso plano

Em geral, pagamos por medicamentos comprados em uma farmácia fora da rede somente quando você não puder usar uma farmácia da rede. Temos farmácias da rede fora da nossa área de cobertura, onde você pode retirar seus medicamentos como associado do nosso plano. Nesses casos, verifique primeiro com o Serviços ao associados para saber se há uma farmácia da rede nas proximidades.

Pagamos pelos medicamentos retirados em uma farmácia fora da rede nos seguintes casos:

- Se você estiver viajando dentro dos Estados Unidos e de seus territórios, mas fora da área de cobertura do plano, e ficar doente, perder ou ficar sem seus medicamentos prescritos, o plano cobrirá os medicamentos prescritos que forem retirados em uma farmácia fora da rede. Antes de retirar seu medicamento em uma farmácia fora da rede, ligue para o Serviços ao associados para saber se há uma farmácia da rede na área para onde está viajando: 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. Se não houver farmácias da rede nessa área, o Serviços ao associados poderá tomar providências para que você receba seus medicamentos em uma farmácia fora da rede. Caso contrário, talvez você tenha que pagar o valor integral ao retirar seu medicamento. Você pode nos pedir o reembolso do custo do medicamento que comprou. Para saber como e para onde enviar sua solicitação de pagamento, consulte o Capítulo 7. Não podemos pagar por medicamentos retirados em farmácias fora dos Estados Unidos e de seus territórios, mesmo em caso de emergência médica.
- Se você não conseguir obter um medicamento coberto em tempo hábil dentro da nossa área de cobertura porque não há nenhuma farmácia da rede (a uma distância razoável de carro) que ofereça serviço 24 horas.
- Se estiver tentando retirar um medicamento coberto que não é regularmente estocado na rede de varejo ou em nossa farmácia de venda por correspondência (esses medicamentos incluem medicamentos órfãos ou outros produtos farmacêuticos especializados).
- Se não puder usar uma farmácia da rede durante um desastre declarado, você poderá retirar seus medicamentos prescritos em uma farmácia fora da rede.

Nesses casos, o plano cobrirá um suprimento de 31 dias de medicamentos prescritos cobertos que forem retirados em uma farmácia fora da rede.

Em caso de dúvidas, ligue para o CCA One Care (HMO D-SNP) no telefone 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. A ligação é gratuita. **Para obter mais informações**, acesse www.ccama.org.



A9. Como reembolsá-lo por uma prescrição

Se você precisar usar uma farmácia fora da rede, geralmente terá que pagar o valor integral quando receber a prescrição. Você pode nos pedir para reembolsá-lo.

Para saber mais sobre isso, consulte o **Capítulo 7** deste *Manual do Associado*.

B. Lista de Medicamentos do nosso plano

Temos uma *lista de Medicamentos Cobertos*. Nós a chamamos de “*Lista de Medicamentos*”.

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

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

B1. Medicamentos em nossa *Lista de Medicamentos*

A nossa *Lista de Medicamentos* inclui medicamentos cobertos pelo Medicare Parte D e alguns dos seguintes produtos do MassHealth (Medicaid): alguns medicamentos prescritos, medicamentos de venda livre (OTC) e produtos não medicamentosos.

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

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

Os medicamentos genéricos têm os mesmos ingredientes ativos que os medicamentos de marca. Os produtos biológicos têm alternativas chamadas biossimilares. Em geral, os medicamentos genéricos e biossimilares funcionam tão bem quanto os de marca ou os produtos biológicos originais e costumam custar menos. Há substitutos genéricos disponíveis para muitos medicamentos de marca e alternativas biossimilares para alguns produtos biológicos originais. Alguns biossimilares são biossimilares intercambiáveis e, dependendo das leis estaduais, podem ser substituídos pelo produto biológico original na farmácia sem a necessidade de uma nova prescrição, assim como os medicamentos genéricos podem ser substituídos pelos medicamentos de marca.

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

Nosso plano também cobre certos medicamentos e produtos OTC. Alguns medicamentos OTC custam menos do que os medicamentos com prescrição médica e têm a mesma eficácia. Para obter mais informações, ligue para o Serviços ao associados.

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

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

Em caso de dúvidas, ligue para o CCA One Care (HMO D-SNP) no telefone 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. A ligação é gratuita. **Para obter mais informações**, acesse www.ccama.org.



- Visitar o site do nosso plano em www.ccama.org. A *Lista de Medicamentos* em nosso site é sempre a mais atualizada.
- Ligar para o Serviços ao associados para saber se um medicamento está na nossa *Lista de Medicamentos* ou para solicitar uma cópia da lista.
- Usar nossa “Ferramenta de Benefícios em Tempo Real” em www.ccama.org para pesquisar medicamentos na *Lista de Medicamentos* e obter uma estimativa do que você pagará e se há medicamentos alternativos na *Lista de Medicamentos* que poderiam tratar a mesma condição. Você também pode ligar para o Serviços ao associados.

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

Não cobrimos todos os medicamentos.

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

Nosso plano não paga pelos tipos de medicamentos descritos nesta seção. Eles são chamados de **medicamentos excluídos**. Se você receber uma prescrição para um medicamento excluído, talvez precise pagá-lo por conta própria. Se você achar que devemos pagar por um medicamento excluído devido ao seu caso, pode entrar com um recurso. Consulte o **Capítulo 9** deste *Manual do Associado* para obter mais informações sobre recursos.

Aqui estão três regras gerais para os medicamentos excluídos:

1. A cobertura de medicamentos ambulatoriais do nosso plano (que inclui medicamentos do Medicare Parte D e do MassHealth (Medicaid)) não pode pagar por um medicamento que o Medicare Parte A ou o Medicare Parte B já cubra. Nosso plano cobre gratuitamente os medicamentos cobertos pelo Medicare Parte A ou Medicare Parte B, mas esses medicamentos não são considerados parte de seus benefícios de medicamentos ambulatoriais.
2. Nosso plano não pode cobrir um medicamento adquirido fora dos Estados Unidos e de seus territórios.
3. O uso do medicamento deve ser aprovado pela FDA ou apoiado por determinadas referências médicas como tratamento para sua doença. Seu médico ou outro prestador pode prescrever um determinado medicamento para tratar sua condição, mesmo que ele não tenha sido aprovado para tratá-la. Isso é chamado de “uso off-label”. Nosso plano geralmente não cobre medicamentos prescritos para uso off-label.

Além disso, por lei, o Medicare ou o MassHealth (Medicaid) não podem cobrir os tipos de medicamentos listados abaixo.

- Medicamentos usados para promover a fertilidade

Em caso de dúvidas, ligue para o CCA One Care (HMO D-SNP) no telefone 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. A ligação é gratuita. **Para obter mais informações**, acesse www.ccama.org.



- Medicamentos usados para o alívio de sintomas de tosse ou resfriado
- Medicamentos usados com objetivos cosméticos ou para promover o crescimento do cabelo
- Vitaminas e produtos minerais com prescrição médica, exceto vitaminas pré-natais e preparações com flúor
- Medicamentos usados para o tratamento de disfunção sexual ou erétil
- Medicamentos ambulatoriais fabricados por uma empresa que diz que os testes ou serviços devem ser feitos somente por ela

C. Limites para alguns medicamentos

Para determinados medicamentos, regras especiais limitam como e quando o nosso plano os cobre. Em geral, nossas regras o incentivam a obter um medicamento que funcione para o seu quadro clínico e que seja seguro e eficaz. Quando um medicamento seguro e de baixo custo funciona tão bem quanto um medicamento de alto custo, esperamos que seu prestador prescreva o medicamento de baixo custo.

Observe que, às vezes, um medicamento pode aparecer mais de uma vez em nossa *Lista de Medicamentos*. Isso ocorre porque os mesmos medicamentos podem diferir com base na dosagem, quantidade ou forma do medicamento prescrito por seu prestador, e restrições diferentes podem se aplicar às diferentes versões dos medicamentos (por exemplo, 10 mg versus 100 mg; um por dia versus dois por dia; comprimido versus líquido).

Se houver uma regra especial para o seu medicamento, isso geralmente significa que você ou o seu prestador devem tomar medidas adicionais para que possamos cobri-lo.

Por exemplo, seu prestador pode ter que nos informar seu diagnóstico ou fornecer resultados de testes de sangue primeiro. Se você ou seu prestador achar que nossa regra não se aplica à sua situação, peça-nos para usar o processo de decisão de cobertura para abrir uma exceção. Poderemos concordar ou não em permitir que você use o medicamento sem tomar medidas adicionais.

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

1. Limitar o uso de um medicamento de marca ou de produtos biológicos originais quando, respectivamente, houver uma versão genérica ou biossimilar intercambiável disponível

Em geral, um medicamento genérico ou biossimilar intercambiável funciona da mesma forma que um medicamento de marca ou produto biológico original e geralmente custa menos. Na maioria dos casos, se houver uma versão genérica ou biossimilar intercambiável de um medicamento de marca ou produto biológico original disponível, as farmácias da nossa rede lhe fornecerão, respectivamente, a versão genérica ou biossimilar intercambiável.

- Normalmente, não pagamos pelo medicamento de marca ou produto biológico original quando há uma versão genérica disponível.

Em caso de dúvidas, ligue para o CCA One Care (HMO D-SNP) no telefone 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. A ligação é gratuita. **Para obter mais informações**, acesse www.ccama.org.



- No entanto, se o seu prestador nos informou o motivo médico pelo qual o medicamento genérico ou biossimilar intercambiável não funcionará para você **ou** escreveu “Sem substituições” na sua prescrição para um medicamento de marca ou produto biológico original **ou** nos informou o motivo médico pelo qual o medicamento genérico, biossimilar intercambiável ou outros medicamentos cobertos que tratam a mesma condição não funcionarão para você, então cobriremos o medicamento de marca.

2. Como obter aprovação do plano com antecedência

Para alguns medicamentos, você ou seu profissional habilitado a prescrever devem obter a aprovação do nosso plano antes de fazer a prescrição. Isso é chamado de autorização prévia. Ela foi criada para garantir a segurança da medicação e ajudar a orientar o uso adequado de determinados medicamentos. Se você não obtiver a aprovação, talvez não cubramos o medicamento. Entre em contato com o Serviços ao associados pelo número no final da página ou em nosso site www.ccama.org para obter mais informações sobre a autorização prévia.

3. Primeiro, experimente um medicamento diferente

Em geral, queremos que você experimente medicamentos de menor custo que sejam igualmente eficazes antes de cobrirmos medicamentos mais caros. Por exemplo, se o Medicamento A e o Medicamento B tratarem a mesma condição médica, e o Medicamento A custar menos do que o Medicamento B, podemos exigir que você experimente o Medicamento A primeiro.

Se o Medicamento A não funcionar para você, cobriremos o Medicamento B. Isso é chamado de terapia sequencial. Entre em contato com o Serviços ao associados pelo número no final da página ou em nosso site www.ccama.org para obter mais informações sobre a terapia sequencial.

4. Limites de quantidade

Para alguns medicamentos, limitamos a quantidade do medicamento que você pode tomar. Isso é chamado de limite de quantidade. Por exemplo, se normalmente for considerado seguro tomar apenas um comprimido por dia de um determinado medicamento, poderemos limitar a quantidade de um medicamento que você pode obter cada vez que retirar o medicamento na farmácia.

Para saber se alguma das regras acima se aplica a um medicamento que você toma ou deseja tomar, consulte nossa *Lista de Medicamentos*. Para obter as informações mais atualizadas, entre em contato com o Serviços ao associados ou consulte nosso site em www.ccama.org. Se não concordar com nossa decisão de cobertura com base em qualquer um dos motivos acima, você poderá entrar com um recurso. Consulte o **Capítulo 9** deste *Manual do Associado*.

D. Razões pelas quais seu medicamento pode não ser coberto

Tentamos fazer com que a cobertura do seu medicamento funcione bem para você, mas, às vezes, um medicamento pode não ser coberto da maneira que você deseja. Por exemplo:

Em caso de dúvidas, ligue para o CCA One Care (HMO D-SNP) no telefone 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. A ligação é gratuita. **Para obter mais informações**, acesse www.ccama.org.



- Nosso plano não cobre o medicamento que você deseja tomar. O medicamento pode não estar em nossa *Lista de Medicamentos*. Podemos cobrir uma versão genérica do medicamento, mas não a versão de marca que você deseja tomar. Um medicamento pode ser novo e ainda não foi analisado quanto à sua segurança e eficácia.
- Nosso plano cobre o medicamento, mas há regras especiais ou limites de cobertura. Conforme explicado na seção acima (Seção C), alguns medicamentos cobertos pelo nosso plano têm regras que limitam seu uso. Em alguns casos, você ou o seu profissional habilitado a prescrever podem querer nos pedir uma exceção.

Há coisas que você pode fazer se não cobrirmos um medicamento da maneira que você quer que o cubramos.

D1. Como obter um fornecimento temporário

Em alguns casos, podemos lhe oferecer um fornecimento temporário de um medicamento quando ele não estiver na nossa *Lista de Medicamentos* ou for limitado de alguma forma. Isso lhe dá tempo para conversar com o seu prestador sobre a obtenção de um medicamento diferente ou para nos solicitar a cobertura do medicamento.

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

1. O medicamento que você está tomando:
 - não está mais em nossa *Lista de Medicamentos* **ou**
 - nunca esteve em nossa *Lista de Medicamentos* **ou**
 - está agora limitado de alguma forma.
2. Você deve estar em uma dessas situações:
 - Você estava em nosso plano no ano passado.
 - Cobrimos um fornecimento temporário do seu medicamento durante os primeiros 90 dias do ano civil.
 - Esse fornecimento temporário é de até 31 dias.
 - Se sua prescrição for feita para menos dias, permitiremos várias renovações para fornecer até um máximo de 31 dias de medicamento. Você deve retirar o medicamento em uma farmácia da rede.
 - As farmácias de cuidados de longa duração podem fornecer o medicamento em pequenas quantidades de cada vez para evitar desperdício.
 - Você é novo no nosso plano.
 - Cobrimos um fornecimento temporário do seu medicamento **durante os primeiros 90 dias de sua associação ao nosso plano.**

Em caso de dúvidas, ligue para o CCA One Care (HMO D-SNP) no telefone 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. A ligação é gratuita. **Para obter mais informações**, acesse www.ccama.org.



- Esse fornecimento temporário é de até 31 dias.
- Se sua prescrição for feita para menos dias, permitiremos várias renovações para fornecer até um máximo de 31 dias de medicamento. Você deve retirar o medicamento em uma farmácia da rede.
- As farmácias de cuidados de longa duração podem fornecer o medicamento em pequenas quantidades de cada vez para evitar desperdício.
- Se estiver em nosso plano há mais de 90 dias, morar em uma instituição de cuidados de longa duração e precisar de um suprimento imediato.
 - Cobrimos um suprimento para 31 dias, ou menos, se sua prescrição for feita para menos dias. Isso é adicional ao fornecimento temporário acima.
- Para aqueles que têm uma transição de nível de cuidado:
 - Para os associados atuais com mudanças no nível de cuidados, o plano cobrirá um fornecimento emergencial de pelo menos 31 dias (a menos que a prescrição seja para menos dias) de todos os medicamentos que não estejam na Lista de Medicamentos, incluindo aqueles que possam ter exigências de terapia sequencial ou autorização prévia. Uma mudança não planejada no nível de cuidados pode incluir qualquer uma das seguintes situações:
 - Alta ou admissão em uma instituição de cuidados de longa duração
 - Alta ou admissão em um hospital, ou
 - Mudança no nível de cuidados especializados em uma instituição de enfermagem.

Para medicamentos do MassHealth (Medicaid):

- Você é novo no plano.
 - Cobriremos um suprimento do seu medicamento do MassHealth (Medicaid) por 90 dias ou até que a sua avaliação abrangente e o seu Plano de Cuidados estejam concluídos, ou menos, se a sua prescrição for feita para menos dias.
 - Para solicitar um fornecimento temporário de um medicamento, ligue para o Serviços ao associados no número 866-610-2271 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana.

D2. Como solicitar um fornecimento temporário

Para solicitar um fornecimento temporário de um medicamento, entre em contato com o Serviços ao associados.

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

- Mudar para outro medicamento.

Em caso de dúvidas, ligue para o CCA One Care (HMO D-SNP) no telefone 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. A ligação é gratuita. **Para obter mais informações,** acesse www.ccama.org.



Nosso plano pode cobrir um medicamento diferente que funcione para você. Entre em contato com o Serviços ao associados para solicitar uma lista de medicamentos que cobrimos e que tratam a mesma condição médica. A lista pode ajudar seu prestador a encontrar um medicamento coberto que possa funcionar para você.

OU

- Solicite uma exceção.

Você e seu prestador podem nos pedir para abrir uma exceção. Por exemplo, você pode pedir que cubramos um medicamento que não esteja na nossa *Lista de Medicamentos* ou pedir que cubramos o medicamento sem limites. Se o seu prestador disser que você tem um bom motivo médico para uma exceção, ele poderá ajudá-lo a solicitar uma.

D3. Como solicitar uma exceção

Se um medicamento que você toma será retirado da nossa *Lista de Medicamentos* ou limitado de alguma forma no próximo ano, permitimos que você solicite uma exceção antes do próximo ano.

- Nós o informaremos sobre qualquer alteração na cobertura do seu medicamento para o próximo ano. Peça-nos para abrir uma exceção e cobrir o medicamento para o próximo ano da maneira que você gostaria.
- Responderemos à sua solicitação de exceção em até 72 horas após a recebermos (ou a declaração comprobatória do seu médico).
- Se aprovarmos sua solicitação, autorizaremos a cobertura do medicamento antes que a alteração entre em vigor.

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

Se precisar de ajuda para solicitar uma exceção, entre em contato com o Serviços ao associados.

E. Mudanças na cobertura dos seus medicamentos

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

- Decidir exigir ou não a aprovação prévia (PA) para um medicamento (nossa permissão antes que você possa obter um medicamento).
- Adicionar ou alterar a quantidade de um medicamento que você pode obter (limites de quantidade).
- Adicionar ou alterar as restrições de terapia sequencial de um medicamento (você deve experimentar um medicamento antes de cobrirmos outro medicamento).

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

Em caso de dúvidas, ligue para o CCA One Care (HMO D-SNP) no telefone 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. A ligação é gratuita. **Para obter mais informações**, acesse www.ccama.org.



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

- um novo medicamento mais barato chegue ao mercado e funcione tão bem quanto um medicamento da nossa *Lista de Medicamentos* atual, **ou**
- descobramos que um medicamento não é seguro, **ou**
- um medicamento seja retirado do mercado.

O que acontece se a cobertura de um medicamento que você está tomando mudar?

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

- Verificar nossa *Lista de Medicamentos* atual on-line em www.ccama.org **ou**
- Ligar para o Serviços ao associados no número que está no final da página para verificar nossa *Lista de Medicamentos* atual.

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

Algumas alterações na *Lista de Medicamentos* acontecerão imediatamente. Por exemplo:

Um novo medicamento genérico fica disponível. Às vezes, um novo medicamento genérico ou biossimilar é lançado no mercado e funciona tão bem quanto um medicamento de marca ou um produto biológico original que já está na *Lista de Medicamentos*. Quando isso acontece, podemos remover o medicamento de marca e adicionar o novo medicamento genérico, mas seu custo pelo novo medicamento permanecerá o mesmo. Quando adicionarmos o novo medicamento genérico, também poderemos decidir manter o medicamento de marca na lista, mas alterar suas regras ou limites de cobertura.

- Talvez não possamos avisá-lo antes de fazermos essa alteração, mas enviaremos informações sobre a mudança específica assim que ela acontecer.
- Você ou seu prestador podem solicitar uma “exceção” a essas alterações. Enviaremos um aviso com os passos que você pode seguir para solicitar uma exceção. Consulte o **Capítulo 9** deste manual para obter mais informações sobre exceções.

Como remover medicamentos inseguros e outros medicamentos retirados do mercado.

Às vezes, um medicamento pode ser considerado inseguro ou retirado do mercado por outro motivo. Se isso acontecer, poderemos retirá-lo imediatamente da nossa *Lista de Medicamentos*. Se estiver tomando o medicamento, enviaremos a você um aviso depois de fazermos a alteração.

Se você for notificado de que um medicamento que está tomando foi retirado do mercado, siga uma das etapas abaixo.

- Fale com seu Coordenador de cuidados do CCA **ou**

Em caso de dúvidas, ligue para o CCA One Care (HMO D-SNP) no telefone 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. A ligação é gratuita. **Para obter mais informações**, acesse www.ccama.org.



- Entre em contato imediatamente com o seu profissional habilitado a prescrever para buscar uma prescrição alternativa.

Podemos fazer outras alterações que afetam os medicamentos que você usa Nós o informaremos com antecedência sobre essas outras alterações em nossa *Lista de Medicamentos*. Essas alterações podem acontecer se:

- A FDA emitir novas orientações ou surgirem novas diretrizes clínicas sobre um medicamento.

Quando essas alterações ocorrem, nós:

- Informamos a você pelo menos 30 dias antes de fazermos a alteração em nossa *Lista de Medicamentos* **ou**
- Informaremos e forneceremos um suprimento de 31 dias do medicamento depois que você solicitar uma renovação.

Isso lhe dá tempo para conversar com seu médico ou outro profissional de saúde autorizado a prescrever. Eles podem ajudar você a decidir:

- Se há um medicamento semelhante em nossa *Lista de Medicamentos* que você pode tomar em seu lugar **ou**
- Se você deve solicitar uma exceção a essas alterações para continuar cobrindo o medicamento ou a versão do medicamento que vem tomando. Para saber mais sobre como solicitar exceções, consulte o **Capítulo 9** deste *Manual do Associado*.

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

Podemos fazer alterações nos medicamentos que você toma que não estejam descritas acima e que não o afetem agora. Para essas alterações, se você estiver tomando um medicamento que cobrimos no **início** do ano, geralmente não removeremos ou alteraremos a cobertura desse medicamento **durante o resto do ano**.

Por exemplo, se removermos um medicamento que você está tomando ou limitarmos seu uso, a alteração não afetará seu uso do medicamento pelo resto do ano.

Se qualquer uma dessas alterações ocorrer em um medicamento que você esteja tomando (exceto as alterações mencionadas na seção acima), a alteração não afetará seu uso até 1º de janeiro do ano seguinte.

Não lhe informaremos sobre esses tipos de alterações diretamente durante o ano corrente. Você precisará verificar a *Lista de Medicamentos* para o próximo ano do plano (quando a lista estiver disponível durante o período de adesão aberta) para ver se há alguma alteração que o afetará durante o próximo ano do plano.

F. Cobertura de medicamentos em casos especiais

F1. Em um hospital ou em uma unidade de enfermagem especializada para uma estadia coberta pelo nosso plano

Se você for internado em um hospital ou unidade de enfermagem especializada para uma estadia coberta pelo nosso plano, geralmente cobrimos o custo dos seus medicamentos durante a estadia. Você não pagará coparticipação. Depois de deixar o hospital ou a unidade de enfermagem especializada, cobriremos seus medicamentos, desde que eles atendam a todas as nossas regras de cobertura.

Em caso de dúvidas, ligue para o CCA One Care (HMO D-SNP) no telefone 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. A ligação é gratuita. **Para obter mais informações**, acesse www.ccama.org.



F2. Em uma instituição de cuidados de longa duração

Normalmente, uma instituição de cuidados de longa duração, como uma unidade de enfermagem especializada, tem sua própria farmácia ou uma farmácia que fornece medicamentos para todos os seus residentes. Se você mora em uma instituição de cuidados de longa duração, poderá obter seus medicamentos na farmácia da instituição, se ela fizer parte da nossa rede.

Verifique o *Diretório de Prestadores e Farmácias* para saber se a farmácia de sua instituição de cuidados de longa duração faz parte de nossa rede. Se não fizer ou se precisar de mais informações, entre em contato com o Serviços ao associados.

F3. Em um programa de cuidados paliativos certificado pelo Medicare

Os medicamentos nunca são cobertos pelos cuidados paliativos e pelo nosso plano ao mesmo tempo.

- Você pode estar cadastrado em um programa de cuidados paliativos do Medicare e precisar de certos medicamentos (p. ex., analgésicos, anti-náuseas, laxantes ou ansiolíticos) que o seu programa de cuidados paliativos não cobre por não estarem relacionados ao seu prognóstico e condições terminais. Nesse caso, nosso plano deve receber uma notificação do profissional habilitado a prescrever ou do prestador de cuidados paliativos de que o medicamento não está relacionado antes de podermos cobrir o medicamento.
- Para evitar atrasos na obtenção de medicamentos não relacionados que nosso plano deveria cobrir, você pode pedir ao prestador de cuidados paliativos ou ao profissional habilitado a prescrever que se certifique de que temos a notificação de que o medicamento não está relacionado antes de pedir a uma farmácia que entregue seu medicamento.

Se você deixar de receber os cuidados paliativos, nosso plano cobrirá todos os seus medicamentos. Para evitar atrasos em uma farmácia quando o benefício de cuidados paliativos do Medicare terminar, leve a documentação para a farmácia para verificar se você deixou de receber os cuidados paliativos.

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

G. Programas sobre segurança e gerenciamento de medicamentos

G1. Programas para ajudá-lo a usar medicamentos com segurança

Toda vez que você retira o medicamento na farmácia, procuramos possíveis problemas, como erros de medicamentos ou medicamentos que:

- podem não ser necessários porque você toma outro medicamento semelhante que tem a mesma ação
- podem não ser seguros para a sua idade ou sexo
- podem prejudicá-lo se você os tomar ao mesmo tempo
- têm ingredientes aos quais você é ou pode ser alérgico

Em caso de dúvidas, ligue para o CCA One Care (HMO D-SNP) no telefone 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. A ligação é gratuita. **Para obter mais informações**, acesse www.ccama.org.



- pode haver um erro na quantidade (dosagem)
- têm quantidades inseguras de analgésicos opioides

Se encontrarmos um possível problema em seu uso de medicamentos, trabalharemos com seu prestador para corrigi-lo.

G2. Programas para ajudá-lo a administrar seus medicamentos

Nosso plano tem um programa para ajudar associados com necessidades complexas de saúde. Nesses casos, você pode se qualificar para obter serviços, sem nenhum custo para você, por meio de um programa de gerenciamento de terapia medicamentosa (MTM). Esse programa é voluntário e gratuito. Esse programa ajuda você e seu prestador a se certificarem de que seus medicamentos estão funcionando para melhorar sua saúde. Se você se qualificar para o programa, um farmacêutico ou outro profissional de saúde fará uma análise abrangente de todos os seus medicamentos e conversará com você sobre:

- como obter o máximo benefício dos medicamentos que você toma
- quaisquer preocupações que você tenha, como custos de medicamentos e reações a medicamentos
- a melhor forma de tomar seus medicamentos
- quaisquer dúvidas ou problemas que você tenha sobre seus medicamentos prescritos e de venda livre

Em seguida, eles lhe fornecerão:

- Um resumo por escrito dessa discussão. O resumo contém um plano de ação de medicação que recomenda o que você pode fazer para usar melhor seus medicamentos.
- Uma lista de medicamentos pessoais que inclua todos os medicamentos que você toma, a quantidade que toma, quando e por que os toma.
- Informações sobre o descarte seguro de medicamentos prescritos que são substâncias controladas.

É uma boa ideia conversar com seu profissional habilitado a prescrever sobre seu plano de ação e lista de medicamentos.

- Leve seu plano de ação e sua lista de medicamentos para sua consulta ou sempre que conversar com seus médicos, farmacêuticos e outros profissionais de saúde.
- Leve a lista de medicamentos com você se for ao hospital ou ao pronto-socorro.

Os programas MTM são voluntários e gratuitos para os associados que se qualificam. Se tivermos um programa que atenda às suas necessidades, nós o cadastraremos nele e lhe enviaremos informações. Se você não quiser participar do programa, informe-nos e nós o retiraremos dele.

Se tiver dúvidas sobre esses programas, entre em contato com o Serviços ao associados.

Em caso de dúvidas, ligue para o CCA One Care (HMO D-SNP) no telefone 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. A ligação é gratuita. **Para obter mais informações**, acesse www.ccama.org.



G3. Drug Management Program (DMP) para ajudar os associados a usar medicamentos opioides com segurança

Temos um programa que ajuda a garantir que os associados usem com segurança os opioides prescritos e outros medicamentos com alto potencial de abuso. Esse programa é chamado de Drug Management Program (DMP).

Se você usa medicamentos opioides que recebe de vários profissionais habilitados a prescrever ou farmácias ou se teve uma overdose recente de opioides, podemos conversar com o seu profissional habilitado a prescrever para garantir que o seu uso de medicamentos opioides seja apropriado e clinicamente necessário. Trabalhando com o seu profissional habilitado a prescrever, se decidirmos que o seu uso de medicamentos opioides ou benzodiazepínicos prescritos pode não ser seguro, poderemos limitar a forma como você pode obter esses medicamentos. Se o colocarmos em nosso DMP, as limitações podem incluir:

- Exigência de que você obtenha todas as prescrições de medicamentos opioides ou benzodiazepínicos em determinada(s) farmácia(s)
- Exigência de que você obtenha todas as suas prescrições de medicamentos opioides ou benzodiazepínicos de determinado(s) profissional(is) habilitado(s) a prescrever
- Limitação da quantidade de medicamentos opioides ou benzodiazepínicos que cobriremos para você

Se planejarmos limitar a forma como você recebe esses medicamentos ou a quantidade que pode receber, enviaremos uma carta com antecedência. A carta informará se limitaremos a cobertura desses medicamentos para você ou se será necessário que você obtenha as prescrições desses medicamentos apenas de um prestador ou farmácia específica.

Você terá a oportunidade de nos dizer quais profissionais habilitados a prescrever ou farmácias prefere usar e qualquer informação que considere importante que saibamos.

Após ter tido a oportunidade de responder, se decidirmos limitar a sua cobertura para esses medicamentos, enviaremos outra carta confirmando as limitações.

Se achar que cometemos um erro, se discordar de nossa decisão ou da limitação, você e seu profissional habilitado a prescrever poderão entrar com um recurso. Se você recorrer, analisaremos seu caso e lhe daremos uma nova decisão. Se continuarmos a negar qualquer parte do seu recurso relacionada às limitações que se aplicam ao seu acesso a medicamentos, enviaremos automaticamente o seu caso a uma Organização de Revisão Independente (IRO). (Para saber mais sobre recursos e a IRO, consulte o **Capítulo 9** deste *Manual do Associado*).

O DMP pode não se aplicar ao seu caso se você:

- tiver determinadas condições médicas, como câncer ou doença falciforme,
- estiver recebendo cuidados paliativos ou para pacientes em fase terminal, **ou**
- morar em uma instituição de cuidados de longa duração.



Capítulo 6: Quanto você paga pelo seus medicamentos do Medicare e MassHealth (Medicaid)

Introdução

Este capítulo informa quanto você paga pelos seus medicamentos ambulatoriais. Por “medicamentos”, queremos dizer:

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

Por ser elegível para o MassHealth (Medicaid), você recebe Extra Help do Medicare para ajudar a pagar por seus medicamentos do Medicare Parte D.

A **Extra Help** é um programa do Medicare que ajuda pessoas com renda e recursos limitados a reduzir os custos de medicamentos do Medicare Parte D, como prêmios, franquias e coparticipações. A Extra Help também é chamada de “Subsídio para Pessoas de Baixa Renda”, ou “LIS”. **Como membro do One Care, o MassHealth (Medicaid) cobre os custos restantes que o Medicare não cobre para os custos de medicamentos do Medicare Parte D.**

Outros termos importantes e suas definições aparecem em ordem alfabética no último capítulo deste *Manual do Associado*.

Para saber mais sobre medicamentos, você pode consultar estes locais:

- Nossa *Lista de Medicamentos Cobertos*.
 - Chamamos isso de *Lista de Medicamentos*. Ela informa a você:
 - Por quais medicamentos pagamos
 - Se há algum limite para os medicamentos
 - Se precisar de uma cópia da nossa *Lista de Medicamentos*, ligue para o Serviços ao associados. Você também pode encontrar a cópia mais atualizada da nossa *Lista de Medicamentos* em nosso site www.ccama.org.
- **Capítulo 5** deste *Manual do Associado*.
 - Informa como obter seus medicamentos ambulatoriais por meio do nosso plano.
 - Inclui as regras que você precisa seguir. Também informa quais tipos de medicamentos não são cobertos pelo nosso plano.

Em caso de dúvidas, ligue para o CCA One Care (HMO D-SNP) no telefone 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. A ligação é gratuita. **Para obter mais informações**, acesse www.ccama.org.



- Quando você usa a “Ferramenta de Benefícios em Tempo Real” do plano para consultar a cobertura de medicamentos (consulte o **Capítulo 5, Seção B2**), o custo mostrado é uma estimativa dos custos diretos que você deverá pagar. Você pode ligar para o Serviços ao associados para obter mais informações.
- Nosso *Diretório de Prestadores e Farmácias*.
 - Na maioria dos casos, você deve usar uma farmácia da rede para obter seus medicamentos cobertos. As farmácias da rede são farmácias que concordam em trabalhar conosco.
 - O *Diretório de Prestadores e Farmácias* lista as farmácias de nossa rede. Consulte o **Capítulo 5** deste *Manual do Associado* para obter mais informações sobre as farmácias da rede.

Índice

A. <i>Explicação dos Benefícios</i> (EOB)	145
B. Como acompanhar os custos de seus medicamentos.....	145
C. Você não paga nada por um suprimento de medicamentos para um mês ou de longa duração	147
C1. Como obter um suprimento de longa duração para um medicamento.....	147
D. Quanto você paga pelas vacinas da Parte D	147



A. Explicação dos Benefícios (EOB)

Nosso plano controla seus medicamentos prescritos. Registramos dois tipos de custos:

- Seus **custos diretos**. Esse é o valor que você, ou outras pessoas em seu nome, pagam por suas prescrições. Isso inclui o que você pagou quando recebeu um medicamento coberto pela Parte D, quaisquer pagamentos pelos seus medicamentos feitos por familiares ou amigos, quaisquer pagamentos feitos para cobrir seus medicamentos por meio da Extra Help do Medicare, planos de saúde do empregador ou sindicato, Indian Health Service, programas de assistência a medicamentos para AIDS, instituições de caridade e a maioria dos State Pharmaceutical Assistance Programs (SPAPs). Com nosso plano, você não precisa pagar nada por suas prescrições, desde que siga as regras do Capítulo 5. Seus custos diretos serão zero.
- Seus **custos totais com medicamentos**. Esse é o total de todos os pagamentos feitos para cobrir seus medicamentos cobertos da Parte D. Inclui o que o nosso plano pagou e o que outros programas ou organizações pagaram pelos seus medicamentos cobertos da Parte D.

Quando você adquire medicamentos por meio do nosso plano, enviamos um resumo chamado *Explicação dos Benefícios*. Nós o chamamos de EOB, para abreviar. A EOB não é uma fatura. A EOB contém mais informações sobre os medicamentos que você toma. O EOB inclui:

- **Informações do mês**. O resumo informa quais medicamentos você recebeu no mês anterior. Ele mostra o valor integral dos medicamentos, o que pagamos e o que você e outras pessoas pagaram por você.
- **Totais do ano desde 1º de janeiro**. Mostra o valor total dos medicamentos e o pagamento integral feito para cobrir seus medicamentos desde o início do ano.
- **Informações sobre o preço do medicamento**. Esse é o preço total do medicamento e as alterações no preço do medicamento desde o primeiro preenchimento para cada pedido de prescrição da mesma quantidade.
- **Alternativas de menor custo**. Quando aplicável, informações sobre outros medicamentos disponíveis com compartilhamento de custo menor para cada prescrição.

Oferecemos cobertura de medicamentos não cobertos pelo Medicare.

- Para saber quais medicamentos nosso plano cobre, consulte nossa *Lista de Medicamentos*.

B. Como acompanhar os custos de seus medicamentos

Para acompanhar os custos dos seus medicamentos e os pagamentos que você faz, usamos os registros que recebemos de você e da sua farmácia. Veja a seguir como você pode nos ajudar:

Em caso de dúvidas, ligue para o CCA One Care (HMO D-SNP) no telefone 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. A ligação é gratuita. **Para obter mais informações**, acesse www.ccama.org.



1. Use seu cartão de identificação de associado.

Apresente seu cartão de identificação de associado sempre que for retirar o medicamento na farmácia. Isso nos ajuda a saber quais medicamentos você retirou e quanto pagou por eles.

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

Forneça-nos cópias dos recibos dos medicamentos cobertos pelos quais você pagou. Você pode nos pedir o reembolso do valor pago pelo medicamento.

Aqui estão alguns exemplos de quando você deve nos fornecer cópias de seus recibos:

- Quando você compra um medicamento coberto em uma farmácia da rede a um preço especial ou usa um cartão de desconto que não faz parte do benefício do nosso plano
- Quando você paga uma coparticipação por medicamentos que obtém por meio do programa de assistência ao paciente de um fabricante de medicamentos
- Quando você compra medicamentos cobertos em uma farmácia fora da rede
- Quando você paga o preço total de um medicamento coberto em circunstâncias especiais

Para obter mais informações sobre como solicitar o reembolso de um medicamento, consulte o **Capítulo 7** deste *Manual do Associado*.

3. Envie-nos informações sobre os pagamentos que outras pessoas fazem em seu nome.**4. Verifique as EOBs que enviamos a você.**

Quando você receber uma EOB pelo correio, verifique se ela está completa e correta.

- **Você reconhece o nome de cada farmácia?** Verifique as datas. Você recebeu medicamentos naquele dia?
- **Você recebeu os medicamentos listados?** Eles correspondem àqueles listados em seus recibos? Os medicamentos correspondem ao que seu médico receitou?

E se você encontrar erros nesse resumo?

Se algo estiver confuso ou não parecer correto nessa EOB, ligue para o Serviços ao associados do CCA One Care (HMO D-SNP).

E quanto a possíveis fraudes?

Se este resumo mostrar medicamentos que você não está tomando ou qualquer outra coisa que lhe pareça suspeita, entre em contato conosco.

- Ligue para os Serviços ao associados do CCA One Care.

Em caso de dúvidas, ligue para o CCA One Care (HMO D-SNP) no telefone 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. A ligação é gratuita. **Para obter mais informações**, acesse www.ccama.org.



- Ou entre em contato com o Medicare pelo telefone 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Usuários de TTY devem ligar para 1-877-486-2048. Você pode ligar para esses números gratuitamente.

Se achar que algo está errado ou faltando, ou se tiver alguma dúvida, ligue para o Serviços ao associados. Guarde essas EOBs. Elas são um registro importante das suas despesas com medicamentos.

C. Você não paga nada por um suprimento de medicamentos para um mês ou de longa duração

Com nosso plano, você não paga nada pelos medicamentos cobertos, desde que siga nossas regras.

C1. Como obter um suprimento de longa duração para um medicamento

Para alguns medicamentos, você pode obter um suprimento de longa duração (também chamado de “suprimento estendido”) quando retirar o medicamento na farmácia. Um suprimento de longa duração é um suprimento de até 100 dias. Você não será cobrado por um suprimento de longa duração.

Para obter detalhes sobre onde e como obter um suprimento de longa duração para um medicamento, consulte o **Capítulo 5** deste *Manual do Associado* ou nosso *Diretório de Prestadores e Farmácias*.

Para obter informações sobre quais farmácias podem lhe fornecer suprimentos de longa duração, consulte o *Diretório de Prestadores e Farmácias* do nosso plano.

D. Quanto você paga pelas vacinas da Parte D

Mensagem importante sobre o que você paga pelas vacinas: algumas vacinas são consideradas benefícios médicos e são cobertas pelo Medicare Parte B. Outras vacinas são consideradas medicamentos do Medicare Parte D. Você pode encontrar essas vacinas listadas em nossa *Lista de Medicamentos*. Nosso plano cobre a maioria das vacinas para adultos do Medicare Parte D sem nenhum custo para você. Consulte a *Lista de Medicamentos* do seu plano ou entre em contato com o Serviços ao associados para obter detalhes sobre a cobertura e a coparticipação de vacinas específicas.

Há duas partes em nossa cobertura de vacinas do Medicare Parte D:

A primeira parte é para o custo da vacina em si.

A segunda parte é para o custo da aplicação da vacina. Por exemplo, às vezes você pode receber a vacina como uma injeção dada pelo seu médico.

O que você precisa saber antes de tomar uma vacina

- Recomendamos que ligue para o Serviços ao associados se estiver planejando tomar uma vacina.
- Podemos informá-lo sobre como nosso plano cobre sua vacina.

Em caso de dúvidas, ligue para o CCA One Care (HMO D-SNP) no telefone 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. A ligação é gratuita. **Para obter mais informações,** acesse www.ccama.org.



Capítulo 7: Como nos solicitar o pagamento de uma fatura que você recebeu por serviços ou medicamentos cobertos

Introdução

Este capítulo lhe diz como e quando nos enviar uma fatura para solicitar pagamento. Também lhe diz como entrar com um recurso se não concordar com uma decisão de cobertura. Os principais termos e suas definições aparecem em ordem alfabética no último capítulo deste *Manual do Associado*.

Índice

A. Como pedir que paguemos por seus serviços ou medicamentos.....	149
B. Como nos enviar uma solicitação de pagamento	151
C. Decisões de cobertura	156
D. Recursos	156



A. Como pedir que paguemos por seus serviços ou medicamentos

Você não deve receber uma fatura por serviços ou medicamentos da rede. Nossos prestadores da rede devem faturar o plano por seus serviços e medicamentos cobertos depois que você os receber. Um prestador da rede é um prestador que trabalha com o plano de saúde.

Não permitimos que os prestadores do CCA One Care (HMO D-SNP) cobrem por esses serviços ou medicamentos. Pagamos nossos prestadores diretamente e protegemos você de quaisquer cobranças.

Se você receber uma fatura de assistência médica ou medicamentos, não faça o pagamento e envie-a para nós. Para nos enviar uma fatura, consulte o Capítulo 9.

- Se cobrirmos os serviços ou medicamentos, pagaremos diretamente ao prestador.
- Se cobrirmos os serviços ou medicamentos e você já tiver pago a fatura, é seu direito ser reembolsado.
- Se você pagou por serviços cobertos pelo Medicare, nós o reembolsaremos.
- Se você pagou por serviços cobertos pelo MassHealth (Medicaid), não poderemos reembolsá-lo, mas o prestador ou o MassHealth (Medicaid) o fará. O Serviços ao associados pode ajudá-lo a entrar em contato com o escritório do prestador. Consulte a parte inferior da página para obter o número de telefone do Serviços ao associados.
- Se não cobrirmos os serviços ou medicamentos, nós o informaremos.

Entre em contato com o Serviços ao associados se tiver alguma dúvida. Se você receber uma fatura e não souber o que fazer a respeito, nós podemos ajudá-lo. Você também pode ligar se quiser nos fornecer informações sobre uma solicitação de pagamento que já nos enviou.

Exemplos de ocasiões em que você pode precisar nos pedir para reembolsá-lo ou para pagar uma fatura que recebeu incluem:

1. Quando você recebe assistência médica de emergência ou urgente de um prestador que não faz parte da rede

Peça ao prestador para faturar para nós.

- Se você pagar o valor integral quando receber o cuidado, peça-nos para reembolsá-lo. Envie-nos a fatura e o comprovante de qualquer pagamento que tenha feito.
- Você pode receber uma fatura do prestador solicitando um pagamento que você considera indevido. Envie-nos a fatura e o comprovante de qualquer pagamento que tenha feito.
 - Se o prestador tiver que ser pago, nós o pagaremos diretamente.
 - Se você já pagou pelo serviço do Medicare, nós o reembolsaremos.



2. Quando um prestador de rede lhe envia uma fatura

Os prestadores da rede devem sempre faturar para nós. É importante apresentar o seu cartão de identificação de associado quando receber serviços ou prescrições médicas. Mas, às vezes, eles cometem erros e pedem que você pague pelos seus serviços ou mais do que a sua parte dos custos. **Se receber alguma fatura**, entre em contato com o **Serviços ao associados** pelo número que se encontra no final desta página.

- Como pagamos o valor integral dos seus serviços, você não é responsável pelo pagamento de nenhum valor. Os prestadores não devem faturar nada para você referente a esses serviços.
- Sempre que receber uma cobrança de um prestador da rede, envie-nos a fatura. Entraremos em contato diretamente com o prestador e cuidaremos do problema.
- Se você já pagou uma cobrança de um prestador da rede por serviços cobertos pelo Medicare, envie-nos a fatura e o comprovante de qualquer pagamento que tenha feito. Nós lhe reembolsaremos pelos serviços cobertos.

3. Se você estiver cadastrado retroativamente em nosso plano

Às vezes, sua adesão ao plano pode ser retroativa. (Isso significa que o primeiro dia de sua adesão já passou. Pode até ter sido no ano passado).

- Se tiver sido cadastrado retroativamente e tiver pagado uma fatura após a data de adesão, você pode nos solicitar o reembolso.
- Envie-nos a fatura e o comprovante de qualquer pagamento que tenha feito.

4. Quando você usa uma farmácia fora da rede para retirar seu medicamento

Se usar uma farmácia fora da rede, você pagará o valor integral da sua prescrição

- Em apenas alguns casos, cobriremos os medicamentos retirados em farmácias fora da rede. Envie-nos uma cópia do seu recibo quando nos solicitar o reembolso.
- Consulte o **Capítulo 5** deste *Manual do Associado* para saber mais sobre as farmácias fora da rede.
- Podemos não reembolsar a diferença entre o que você pagou pelo medicamento na farmácia fora da rede e o valor que pagaríamos em uma farmácia da rede.

5. Quando você paga o valor integral da prescrição porque não tem o seu cartão de identificação de associado com você

Se não estiver com o seu cartão de identificação de associado, você pode pedir à farmácia que nos ligue ou procure as informações de adesão ao plano.



- Se a farmácia não conseguir obter as informações imediatamente, talvez você tenha que pagar o valor integral da prescrição ou retornar à farmácia com o seu cartão de identificação de associado.
- Envie-nos uma cópia do seu recibo quando nos solicitar o reembolso.
- Poderemos não lhe reembolsar o valor integral pago se o preço à vista for maior do que o preço negociado para a prescrição.

6. Quando você paga o valor integral da prescrição de um medicamento que não é coberto

Você pode pagar o valor integral da prescrição porque o medicamento não é coberto.

- O medicamento pode não estar em nossa *Lista de Medicamentos Cobertos* (*Lista de Medicamentos*) em nosso site, ou pode haver uma exigência ou restrição que você desconhece ou acha que não se aplica a você. Se você decidir adquirir o medicamento, talvez precise pagar o valor integral.
 - Se não pagar pelo medicamento, mas achar que devemos cobri-lo, você pode solicitar uma decisão de cobertura (consulte o **Capítulo 9** deste *Manual do Associado*).
 - Se você e seu médico ou outro profissional de saúde autorizado a prescrever acharem que você precisa do medicamento imediatamente (dentro de 24 horas), você pode solicitar uma decisão rápida de cobertura (consulte o **Capítulo 9** deste *Manual do Associado*).

Envie-nos uma cópia do seu recibo quando nos solicitar o reembolso. Em alguns casos, talvez precisemos obter mais informações do seu médico ou de outro profissional de saúde autorizado a prescrever para reembolsá-lo pelo medicamento. Poderemos não reembolsar o valor integral que você pagou se o preço que você pagou for maior do que o preço negociado para a prescrição.

Quando você nos envia uma solicitação de pagamento, nós a analisamos e decidimos se o serviço ou medicamento deve ser coberto. Isso se chama tomar uma “decisão de cobertura”. Se decidirmos que o serviço ou medicamento deve ser coberto, pagaremos por ele.

Se negarmos sua solicitação de pagamento, você poderá recorrer da nossa decisão. Para saber como entrar com um recurso, consulte o **Capítulo 9** deste *Manual do Associado*.

B. Como nos enviar uma solicitação de pagamento

Envie-nos sua fatura e o comprovante de qualquer pagamento que tenha feito pelos serviços do Medicare. O comprovante de pagamento pode ser uma cópia do cheque que você preencheu ou um recibo do prestador. **É uma boa ideia fazer uma cópia da fatura e dos recibos para seus registros.** Você pode pedir ajuda ao seu coordenador de cuidados.

Para ter certeza de que está nos fornecendo todas as informações de que precisamos para tomar uma decisão, você pode preencher o nosso formulário de reembolso para fazer a sua solicitação de pagamento. Você não é obrigado a usar o formulário, mas ele nos ajudará a processar as informações mais rapidamente. Sua solicitação deve ser escrita e assinada por



Em caso de dúvidas, ligue para o CCA One Care (HMO D-SNP) no telefone 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. A ligação é gratuita. **Para obter mais informações**, acesse www.ccama.org.

você, por um representante autorizado ou por um profissional habilitado a prescrever licenciado. As informações a seguir são necessárias para processar sua solicitação:

- Nome e sobrenome
- ID do associado ou sua data de nascimento
- O nome do prestador de serviços/suprimento e seu Identificador Nacional de Prestadores (NPI)
- Data(s) do serviço
- Código(s) CPT
- Código(s) de diagnóstico
- Você deve incluir uma cópia do recibo e uma fatura detalhada dos serviços ou suprimentos. Os recibos devem mostrar:
 - Local e data da compra
 - Valor integral pago
 - Itens/serviços a serem reembolsados
- O recibo ou fatura deve incluir códigos de diagnóstico e de procedimento. Se uma fatura detalhada não estiver disponível, você pode enviar uma declaração do prestador/fornecedor em papel timbrado. Tanto o recibo quanto a fatura detalhada devem ser fáceis de ler. O CCA não atenderá às solicitações de reembolso de itens comprados com vales-presente ou cartões-presente. O CCA não reembolsará cupons.
- Seria útil se você indicasse o tipo de serviço:
 - Médico/saúde comportamental
 - Serviços odontológicos
 - Equipamentos/suprimentos
 - Transporte
- Você pode obter uma cópia do formulário em nosso site (www.ccama.org) ou ligar para o Serviços ao associados e solicitar o formulário.

Envie sua solicitação de pagamento por correio ou fax, juntamente com todas as faturas ou recibos pagos, para este endereço:

Commonwealth Care Alliance, Inc.
Member Services Department
30 Winter Street, 11th Floor
Boston, MA 02108
Fax: 617-426-1311

Você deve nos enviar sua solicitação dentro de 365 dias a partir da data em que recebeu o serviço, item ou medicamento.

Reembolso de prescrições (Parte D)

O reembolso de prescrições é diferente do reembolso de serviços médicos. O plano trabalha em parceria com seu gestor de benefícios farmacêuticos (PBM), CVS Caremark, para fornecer reembolsos de prescrições da Parte D.



Em caso de dúvidas, ligue para o CCA One Care (HMO D-SNP) no telefone 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. A ligação é gratuita. **Para obter mais informações**, acesse www.ccama.org.

Para garantir que você nos forneça todas as informações necessárias para tomarmos uma decisão, você pode preencher nosso formulário de reembolso de receitas médicas para solicitar o pagamento.

- Você não é obrigado usar o formulário de reembolso de prescrições médicas, mas ele nos ajudará a processar as informações mais rapidamente. Sua solicitação deve ser feita por escrito e assinada e datada por você, por um representante autorizado ou por um profissional habilitado a prescrever licenciado. Você deve incluir as seguintes informações em sua solicitação:
 - Nome e sobrenome
 - Número de telefone
 - Data de nascimento
 - Sexo
 - ID de associado
 - Endereço para correspondência
 - Preencha a seção Informe-nos sobre suas prescrições
 - Para prescrições compostas e vacinas, inclua o formulário adicional aplicável
 - Assinatura e data da assinatura
 - Nome e endereço da farmácia ou número NABP da farmácia
 - Nome do médico que fez a prescrição
 - Endereço do médico que fez a prescrição
 - Número de telefone do médico que fez a prescrição
 - Data(s) em que a prescrição foi fornecida
 - Nome do medicamento
 - Número da prescrição
 - Para medicamentos compostos, são necessárias as seguintes informações
 - Forma final do composto (creme, adesivos, supositórios, suspensão etc.)
 - Tempo gasto na preparação do medicamento
 - Ingredientes do composto
 - Código Nacional do Medicamento
 - Quantidade
 - Suprimento diário
 - Recibo ou comprovante de pagamento, que deve incluir:
 - Nome do paciente
 - Número da prescrição
 - Código nacional do medicamento
 - Data do fornecimento
 - Quantidade de medicamento dispensado



- Suprimento em dias dispensados
- Valor integral pago
 - Valor pago pelo associado
- Você pode obter uma cópia do formulário em nosso site (www.ccama.org) ou ligar para o Serviços ao associados e solicitar o formulário.

Envie sua solicitação de pagamento juntamente com quaisquer faturas ou recibos pagos para a CVS Caremark neste endereço:

CVS Caremark
P.O. Box 52066
Phoenix, AZ 85072-2066

Você deve nos enviar sua solicitação dentro de 365 dias a partir da data em que recebeu o serviço, item ou medicamento.

Reembolso de cuidados oftalmológicos

O reembolso de cuidados oftalmológicos de rotina é diferente do reembolso de serviços médicos. O plano tem parceria com a EyeMed para fornecer reembolsos de cuidados oftalmológicos de rotina. Em algumas situações, podemos precisar obter mais informações do seu médico para poder reembolsá-lo.

Para garantir que você nos forneça todas as informações necessárias para tomarmos uma decisão, preencha o formulário de reembolso da EyeMed para solicitar o pagamento.

- Você não é obrigado a usar o formulário de reembolso, mas ele nos ajudará a processar as informações mais rapidamente. Sua solicitação deve ser feita por escrito e assinada e datada por você, por um representante autorizado ou por um profissional habilitado a prescrever licenciado. Você deve incluir as seguintes informações em sua solicitação:
 - Data de nascimento do associado
 - Nome e sobrenome
 - Sexo
 - Endereço do associado
 - Quatro últimos dígitos do número do Social Security do associado
 - Data do serviço
 - Tipo de lente
 - Informações do prestador (nome, endereço, cidade e estado)
 - Recibo detalhado incluindo os serviços pagos por código, data do serviço e o método de pagamento

O recibo ou fatura deve incluir códigos de diagnóstico e de procedimento. Se uma fatura detalhada não estiver disponível, você pode enviar uma declaração do prestador/fornecedor em papel timbrado. Tanto o recibo quanto a fatura detalhada devem ser fáceis de ler. Não podemos honrar pedidos de reembolso por itens comprados com vales-presente ou cartões-presente. Não reembolsaremos cupons.



Em caso de dúvidas, ligue para o CCA One Care (HMO D-SNP) no telefone 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. A ligação é gratuita. **Para obter mais informações**, acesse www.ccama.org.

- Comprovante de pagamento
- Você pode obter uma cópia do formulário em nosso site (www.ccama.org), ligar para o Serviços ao associados e solicitar o formulário ou enviar sua solicitação de pagamento juntamente com quaisquer faturas ou recibos pagos para a EyeMed neste endereço: First American Administrators, Inc. Aos cuidados de: OON Claims, PO Box 8504, Mason, OH 45040-7111 Você deve enviar sua solicitação de reembolso dentro de 365 dias a partir da data em que recebeu o serviço.

Você deve nos enviar sua solicitação dentro de 365 dias a partir da data em que recebeu o serviço, item ou medicamento.

Reembolso de benefícios auditivos

O reembolso de cuidados auditivos de rotina é diferente do reembolso de serviços médicos. O plano trabalha em parceria com seu gerente de benefícios oftalmológicos, NationsHearing, para fornecer reembolsos auditivos de rotina. Em algumas situações, podemos precisar obter mais informações do seu médico para poder reembolsá-lo.

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

- Você não é obrigado a usar o formulário de reembolso, mas ele nos ajudará a processar as informações mais rapidamente. Sua solicitação deve ser feita por escrito e assinada e datada por você, por um representante autorizado ou por um profissional habilitado a prescrever licenciado. Você deve incluir as seguintes informações em sua solicitação:
 - Nome e sobrenome
 - ID do associado ou sua data de nascimento
 - O nome do prestador de serviços/fornecedor e seu NPI
 - Data(s) do serviço
 - Código(s) CPT
 - Código(s) de diagnóstico
 - Você deve incluir uma cópia do recibo e uma fatura detalhada dos serviços ou suprimentos. Os recibos devem mostrar:
 - Local e data da compra
 - Valor integral pago
 - Itens/serviços a serem reembolsados
 - O recibo ou fatura deve incluir códigos de diagnóstico e de procedimento. Se uma fatura detalhada não estiver disponível, você pode enviar uma declaração do prestador/fornecedor em papel timbrado. Tanto o recibo quanto a fatura detalhada devem ser fáceis de ler. O CCA não atenderá às solicitações de reembolso de itens comprados com vales-presente ou cartões-presente. O CCA não reembolsará cupons.
- Você pode obter uma cópia do formulário em nosso site (www.ccama.org) ou ligar para o Serviço de



Atendimento ao Associado e solicitá-lo.

Acesse o site para enviar sua reivindicação de pagamento por e-mail para OONClaims@nationsbenefits.com juntamente com seu contrato de compra, comprovante de pagamento e audiograma.

Você deve nos enviar sua solicitação dentro de 365 dias a partir da data em que recebeu o serviço, item ou medicamento.

C. Decisões de cobertura

Quando recebemos sua solicitação de pagamento, tomamos uma decisão de cobertura. Isso significa que decidimos se nosso plano cobre seu serviço, item ou medicamento. Também decidimos o valor que você deve pagar, se aplicável.

- Informaremos se precisarmos de mais informações suas.
- Se decidirmos que nosso plano cobre o serviço, item ou medicamento e você seguiu todas as regras para obtê-lo, nós pagaremos por ele. Se você já pagou pelo serviço ou medicamento, enviaremos um cheque pelo correio. Se você pagou o valor integral de um medicamento, talvez não receba o reembolso de todo o valor pago (por exemplo, se você comprou um medicamento em uma farmácia fora da rede ou se o preço à vista que você pagou for superior ao nosso preço negociado). Se você não pagou, pagaremos diretamente ao prestador.

O **Capítulo 3** deste *Manual do Associado* explica as regras para obter cobertura dos seus serviços. O **Capítulo 5** deste *Manual do Associado* explica as regras para obter cobertura dos seus medicamentos do Medicare Parte D.

- Se decidirmos não pagar pelo serviço ou medicamento, enviaremos uma carta explicando os motivos. A carta também explica os seus direitos de entrar com um recurso.
- Para saber mais sobre decisões de cobertura, consulte o **Capítulo 9, Seção E**.

D. Recursos

Se você achar que cometemos um erro ao recusar seu pedido de pagamento, você pode nos pedir para alterar nossa decisão. Isso é chamado de “entrar com um recurso”. Você também pode entrar com um recurso se não concordar com o valor que pagamos.

O processo formal de recurso tem procedimentos e prazos detalhados. Para saber mais sobre recursos, consulte o **Capítulo 9** deste *Manual do Associado*.

- Para entrar com um recurso contra o reembolso de um serviço de assistência médica, consulte a **Seção F**.
- Para entrar com um recurso contra o reembolso de um medicamento, consulte a **Seção G**.



Em caso de dúvidas, ligue para o CCA One Care (HMO D-SNP) no telefone 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. A ligação é gratuita. **Para obter mais informações**, acesse www.ccama.org.

Capítulo 8: Seus direitos e responsabilidades

Introdução

Este capítulo inclui seus direitos e responsabilidades como associado do nosso plano. Devemos respeitar seus direitos. Os principais termos e suas definições aparecem em ordem alfabética no último capítulo deste *Manual do Associado*.

Índice

A. Seu direito de obter serviços e informações de uma forma que atenda às suas necessidades	158
B. Nossa responsabilidade pelo seu acesso oportuno aos serviços e medicamentos cobertos	159
C. Nossa responsabilidade de proteger suas informações pessoais de saúde (PHI)	160
C1. Como protegemos suas PHI.....	160
C2. Seu direito de consultar seus prontuários	160
D. Nossa responsabilidade em fornecer informações a você.....	170
E. Incapacidade dos prestadores da rede de faturar diretamente para você.....	171
F. Seu direito de sair do nosso plano	171
G. Seu direito de tomar decisões sobre sua assistência médica.....	172
G1. Seu direito de conhecer suas opções de tratamento e tomar decisões.....	172
G2. Seu direito de dizer o que você quer que aconteça se não puder tomar decisões sobre assistência médica por si mesmo.....	172
G3. O que fazer se suas instruções não forem seguidas	174
H. Seu direito de fazer uma reclamação e pedir que reconsideremos nossas decisões	174
H1. O que fazer em caso de tratamento injusto ou para obter mais informações sobre seus direitos	174
I. Suas responsabilidades como associado do plano	175
J. Recuperação patrimonial	176



A. Seu direito de obter serviços e informações de uma forma que atenda às suas necessidades

Devemos garantir que **todos** os serviços, clínicos e não clínicos, sejam prestados a você de forma culturalmente competente e acessível, incluindo aqueles com proficiência limitada em inglês, habilidades de leitura limitadas, incapacidade auditiva ou aqueles com origens culturais e étnicas diversas. Também devemos informá-lo sobre os benefícios do nosso plano e seus direitos de uma forma que você possa entender. Devemos informá-lo sobre seus direitos a cada ano em que você estiver em nosso plano.

- Para obter informações de uma forma que você possa entender, ligue para o Serviços ao associados. Nosso plano oferece serviços de interpretação gratuitos para responder a perguntas em diferentes idiomas.
- Nosso plano também pode fornecer materiais em outros idiomas além do inglês, incluindo espanhol, e em formatos como letras grandes, braille ou áudio. Para obter materiais em um desses formatos alternativos, ligue para o Serviços ao associados ou escreva para CCA One Care (HMO D-SNP). Ligue para 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana, para solicitar informações em outros idiomas e formatos. A ligação é gratuita. Para fins de correspondências futuras, manteremos seu pedido de formatos alternativos e/ou idiomas especiais em nossos arquivos. Você pode alterar suas preferências de comunicação conosco a qualquer momento, ligando para o Serviços ao associados. Você pode entrar em contato com o responsável pela acessibilidade e acomodações, que é o responsável pela conformidade com a ADA, para solicitar uma acomodação razoável em:

Commonwealth Care Alliance, Inc.
Attn: ADA Officer
2 Avenue de Lafayette, 5th Floor
Boston, MA 02111
Telefone: 1-617-960-0474, ramal. 3932 (TTY 711)
E-mail: civilrightscoordinator@commonwealthcare.org

Se você tiver dificuldade para obter informações do nosso plano devido a problemas de idioma ou deficiência e quiser registrar uma reclamação, ligue para:

- Medicare pelo número 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Usuários de TTY devem ligar para 1-877-486-2048.
- My Ombudsman, pelo telefone 1-855-781-9898, de segunda a sexta-feira, das 9 am às 4 pm.
 - Usar o 7-1-1 para ligar para 1-855-781-9898. Este número é para pessoas surdas, com deficiência auditiva ou de fala.
 - Use o videofone (VP) 339-224-6831. Este número é para pessoas surdas, com deficiência auditiva.



Em caso de dúvidas, ligue para o CCA One Care (HMO D-SNP) no telefone 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. A ligação é gratuita. **Para obter mais informações**, acesse www.ccama.org.

Centro de Atendimento ao Cliente do MassHealth (Medicaid): 1-800-841-2900, de segunda a sexta-feira, das 8 am às 5 pm. (TTY: 711).

Office for Civil Rights em 1-800-368-1019. Usuários de TTY devem ligar para 1-800-537-7697.

B. Nossa responsabilidade pelo seu acesso oportuno aos serviços e medicamentos cobertos

Você tem direitos como associado do nosso plano.

- Você tem o direito de escolher um médico de cuidados primários (PCP) em nossa rede. Um prestador da rede é um prestador que trabalha conosco. Você pode encontrar mais informações sobre os tipos de prestadores que podem atuar como PCP e como escolher um PCP no **Capítulo 3** deste *Manual do Associado*.
 - Ligue para o Serviços ao associados ou acesse o *Diretório de Prestadores e Farmácias* para saber mais sobre os prestadores da rede e quais médicos estão aceitando novos pacientes.
- Você tem direito a um especialista em saúde da mulher sem precisar de encaminhamento. **Não** exigimos que você obtenha encaminhamentos.
- Você tem o direito de obter serviços cobertos dos prestadores da rede dentro de um prazo razoável.
 - Isso inclui o direito de obter serviços de especialistas em tempo hábil.
 - Se não conseguir obter os serviços dentro de um prazo razoável, teremos de pagar pelos cuidados fora da rede.
- Você tem o direito de obter serviços emergenciais ou cuidados urgentes sem aprovação prévia (PA).
- Você tem o direito de retirar seu medicamento em qualquer uma das farmácias da rede sem grandes atrasos.
- Você tem o direito de saber quando pode usar um prestador fora da rede. Para saber mais sobre prestadores fora da rede, consulte o **Capítulo 3** deste *Manual do Associado*.

O **Capítulo 9** deste *Manual do Associado* informa o que você pode fazer se achar que não está recebendo seus serviços ou medicamentos dentro de um prazo razoável. Ele também informa o que você pode fazer se negarmos a cobertura para os seus serviços ou medicamentos e você não concordar com a nossa decisão.



Em caso de dúvidas, ligue para o CCA One Care (HMO D-SNP) no telefone 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. A ligação é gratuita. **Para obter mais informações**, acesse www.ccama.org.

C. Nossa responsabilidade de proteger suas informações pessoais de saúde (PHI)

Protegemos suas PHI conforme exigido pelas leis federais e estaduais.

Suas PHI incluem as informações pessoais que você nos forneceu quando se cadastrou em nosso plano. Também inclui seus prontuários e outras informações médicas e de saúde.

Você tem direitos quando se trata de suas informações e de controlar como suas PHI são usadas. Nós lhe fornecemos um aviso por escrito que informa sobre esses direitos e explica como protegemos a privacidade de suas PHI. O aviso é chamado de “Aviso de Prática de Privacidade”.

C1. Como protegemos suas PHI

Nós nos certificamos de que nenhuma pessoa não autorizada veja ou altere seus registros.

Exceto nos casos mencionados abaixo, não fornecemos suas PHI a ninguém que não esteja prestando seus cuidados ou pagando por eles. Se o fizermos, devemos obter sua permissão por escrito primeiro. Você, ou alguém legalmente autorizado a tomar decisões por você, pode dar permissão por escrito.

Às vezes, não precisamos obter sua permissão por escrito primeiro. Essas exceções são permitidas ou exigidas por lei:

- Devemos liberar as PHI para agências governamentais que verificam a qualidade do cuidado do nosso plano.
- Devemos liberar as PHI por ordem judicial.
- Devemos fornecer suas PHI ao Medicare, inclusive informações sobre seus medicamentos do Medicare Parte D. Se o Medicare liberar suas PHI para pesquisa ou outros usos, ele o fará de acordo com as leis federais.

C2. Seu direito de consultar seus prontuários

- Você tem o direito de consultar seus prontuários e de obter uma cópia deles.
- Você tem o direito de nos pedir para atualizar ou corrigir seus prontuários. Se nos pedir para fazer isso, trabalharemos com seu profissional de saúde para decidir se as alterações devem ser feitas.
- Você tem o direito de saber se e como compartilhamos suas PHI com outras pessoas com objetivos não rotineiros.

Se tiver dúvidas ou preocupações sobre a privacidade de suas PHI, ligue para o Serviços ao associados.

Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA)

Aviso de práticas de privacidade

Este aviso descreve como suas informações médicas podem ser usadas e divulgadas e como você pode ter acesso a elas. Leia-o com cuidado.



Em caso de dúvidas, ligue para o CCA One Care (HMO D-SNP) no telefone 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. A ligação é gratuita. **Para obter mais informações**, acesse www.ccama.org.

Data de vigência: 31 de julho de 2025

A Commonwealth Care Alliance, Inc., é obrigada por lei a (i) proteger a privacidade das suas **Informações Médicas (que incluem informações de assistência médica comportamental)**; (ii) fornecer-lhe este Aviso de práticas de privacidade explicando os nossos deveres legais e práticas de privacidade com relação às Informações Médicas; e (iii) notificá-lo se as suas Informações Médicas não criptografadas forem afetadas por uma violação.

Reservamo-nos o direito de alterar este Aviso e de tornar as alterações efetivas para todas as Informações Médicas que mantemos. Se fizermos uma alteração material no Aviso, (i) publicaremos o Aviso atualizado em nosso site; (ii) publicaremos o Aviso atualizado em cada um dos locais de atendimento dos Nossos Prestadores de Assistência Médica; e (iii) disponibilizaremos cópias do Aviso atualizado mediante solicitação. Também enviaremos aos Associados do Nosso Plano de Saúde informações sobre o Aviso atualizado e como obtê-lo (ou uma cópia dele) na próxima correspondência anual aos Associados. Somos obrigados a cumprir os termos do Aviso que está em vigor no momento.

Informações de contato: Se tiver dúvidas sobre as informações contidas neste Aviso ou se quiser exercer os seus direitos ou registrar uma reclamação, entre em contato com:

Commonwealth Care Alliance, Inc.
Attention: Privacy Officer
2 Avenue de Lafayette
Boston, MA 02110
Ligação gratuita: 866-457-4953 (TTY 711)

SEÇÃO 1: Empresas às quais este Aviso se aplica

Este Aviso se aplica à Commonwealth Care Alliance, Inc., e suas afiliadas que participam da Regra de Privacidade da HIPAA como “entidades cobertas”. Algumas dessas afiliadas são **“Nossos Planos de Saúde”** — empresas que fornecem ou pagam benefícios do Medicare, benefícios do Medicaid ou outros benefícios de assistência médica, como uma seguradora de saúde ou HMO. Outras afiliadas são os Nossos Prestadores de Assistência Médica (**“Nossos Prestadores”**) que fornecem tratamento aos pacientes, como clínicas de cuidados primários.

Este Aviso descreve como todas essas entidades usam e divulgam suas Informações Médicas e seus direitos com relação a essas informações. Na maioria dos casos, Nossos Planos de Saúde usam e divulgam suas Informações Médicas da mesma forma que Nossos Prestadores e seus direitos sobre suas Informações Médicas são os mesmos. Entretanto, quando houver diferenças, este Aviso explicará essas diferenças descrevendo como tratamos as Informações Médicas sobre um **Associado de um Plano de Saúde** de forma diferente das Informações Médicas sobre um **Paciente de um Prestador**.

Os Planos de Saúde e Prestadores aos quais este Aviso se aplica incluem:

Nossos Planos de Saúde

- Commonwealth Care Alliance One Care



Em caso de dúvidas, ligue para o CCA One Care (HMO D-SNP) no telefone 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. A ligação é gratuita. **Para obter mais informações**, acesse www.ccama.org.

- Commonwealth Care Alliance Senior Care Options

Nossos Prestadores de Assistência Médica

- Commonwealth Clinical Alliance, Inc.
- Boston's Community Medical Group, Inc. d/b/a CCA Primary Care
- instED®
- Marie's Place
- Community Intensive Care, Inc.

SEÇÃO 2: Informações que coletamos e protegemos:

Os indivíduos são responsáveis por fornecer Informações Médicas corretas e completas para que a Commonwealth Care Alliance, Inc. e suas afiliadas (CCA) possam prestar serviços de qualidade. O CCA tem o compromisso de proteger a confidencialidade das Informações Médicas dos indivíduos que são coletadas ou criadas, de forma física, eletrônica e oral, como parte de nossas operações e prestação de serviços. Ao interagir conosco por meio de nossos serviços, podemos coletar Informações Médicas e outras informações sobre você, conforme descrito abaixo.

As Informações Médicas podem incluir informações pessoais, mas todas elas são consideradas Informações Médicas quando você as fornece por meio dos serviços ou em conexão com eles:

- Coletamos informações, como endereços de e-mail, informações pessoais, financeiras ou demográficas quando você as fornece para nós voluntariamente, como (mas não limitado a) quando você entra em contato conosco para fazer perguntas, preenche formulários on-line, responde a uma de nossas pesquisas, responde a material publicitário ou promocional, registra-se para acessar nossos serviços ou usa determinados serviços.

As Informações de Saúde Protegidas (PHI) que coletamos, usamos e podemos compartilhar incluem (as PHI podem estar em formato oral, escrito ou eletrônico):

- Seu nome, número do Social Security, endereço e data de nascimento
- Sexo atribuído no nascimento
- Raça/etnia
- Idioma
- Histórico de saúde
- Informações de adesão ao CCA ou outro plano de saúde
- Identidade de gênero
- Orientação sexual e



Em caso de dúvidas, ligue para o CCA One Care (HMO D-SNP) no telefone 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. A ligação é gratuita. **Para obter mais informações**, acesse www.ccama.org.

- Pronomes preferidos.

SEÇÃO 3: Como usamos e divulgamos suas Informações Médicas

Esta seção do nosso Aviso explica como podemos usar e divulgar suas Informações Médicas para prestar assistência médica, pagar por ela, obter pagamento pela assistência médica e operar nossos negócios de forma eficiente. Esta seção também descreve outras circunstâncias em que podemos usar ou divulgar suas Informações Médicas.

Nosso modelo de cuidado exige que Nossos Planos de Saúde e Nossos Prestadores de Assistência Médica trabalhem em conjunto com outros profissionais de saúde para fornecer serviços médicos a você. Nossa equipe profissional, médicos e outros prestadores de cuidados (denominados “Equipe de Cuidados”) têm acesso às suas Informações Médicas e as compartilham entre si, conforme necessário, para realizar tratamento, pagamento e operações de saúde, conforme permitido por lei.

Tratamento: nossos prestadores podem usar as Informações Médicas de um paciente e nós podemos divulgar Informações Médicas para fornecer, coordenar ou gerenciar seu tratamento de saúde e serviços relacionados. Isso pode incluir a comunicação com outros profissionais de saúde com relação ao seu tratamento e a coordenação e o gerenciamento do seu tratamento de saúde com outras pessoas.

Exemplo: você está recebendo alta de um hospital. Nosso enfermeiro pode divulgar suas Informações Médicas a uma agência de saúde domiciliar para garantir que você receba os serviços de que precisa após a alta hospitalar.

Exemplo: você escolhe um médico de cuidados primários. Podemos fornecer ao seu médico de cuidados primários algumas informações sobre você, como seu número de telefone, endereço e que você prefere falar espanhol, para que ele possa entrar em contato com você a fim de agendar cuidados ou fornecer lembretes.

Pagamento: podemos usar e divulgar suas Informações Médicas para pagar pelos serviços de saúde que você recebeu e para obter pagamento de terceiros por esses serviços.

Exemplo: para processar e reivindicar pagamentos referentes a serviços de assistência médica e tratamentos que você recebeu.

Seu médico pode enviar ao nosso Plano de Saúde um pedido de reembolso por serviços de saúde prestados a você. O Plano de Saúde pode usar essas informações para pagar o reembolso ao seu médico e pode divulgar as Informações Médicas ao Medicare ou ao MassHealth quando o Plano de Saúde buscar o pagamento pelos serviços.

Exemplo: para fornecer informações a um médico ou hospital para confirmar seus benefícios.

Operações de saúde: podemos usar e divulgar suas Informações Médicas para realizar diversas atividades comerciais que nos permitem administrar os benefícios aos quais você tem direito sob Nosso Plano de Saúde e o tratamento fornecido por Nossos Prestadores. Por exemplo, podemos usar ou divulgar suas Informações Médicas para:

- Analisar e avaliar as habilidades, qualificações e desempenho dos profissionais de saúde que tratam de você.



Em caso de dúvidas, ligue para o CCA One Care (HMO D-SNP) no telefone 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. A ligação é gratuita. **Para obter mais informações,** acesse www.ccama.org.

- Cooperar com outras organizações que avaliam a qualidade do cuidado prestado a outras pessoas.
- Determinar se você tem direito aos benefícios da nossa cobertura; no entanto, somos proibidos por lei de usar suas informações genéticas com objetivos de subscrição.

Alguns exemplos de como usamos as PHI:

- Para analisar a qualidade do cuidado e serviços que você recebe.
- Para ajudá-lo e fornecer-lhe informações e serviços educacionais e de melhoria da saúde, p. ex., para doenças como diabetes.
- Para informá-lo sobre serviços e programas adicionais que possam ser do seu interesse e/ou ajudá-lo, p. ex., um benefício para ajudar a pagar por aulas de ginástica.
- Para lembrá-lo de fazer avaliações, rastreamentos ou exames regulares de saúde.
- Para desenvolver programas e iniciativas de melhoria da qualidade, incluindo a criação, o uso ou o compartilhamento de dados não identificados, conforme permitido pela HIPAA.
- Para investigar e processar casos, como fraude, desperdício ou abuso

Atividades conjuntas. A Commonwealth Care Alliance, Inc. e suas afiliadas têm um acordo para trabalhar em conjunto para melhorar a assistência médica e reduzir custos. Podemos nos envolver em acordos semelhantes com outros profissionais e planos de saúde. Podemos trocar suas Informações Médicas com outros participantes desses acordos para tratamento, pagamento e operações de assistência médica relacionadas às atividades conjuntas desses “acordos organizados de assistência médica”.

Pessoas envolvidas em seu cuidado: Podemos divulgar suas Informações Médicas a um parente, amigo pessoal próximo ou qualquer outra pessoa que você identifique como envolvida em seu cuidado. Por exemplo, se você nos pedir para compartilhar suas Informações Médicas com seu cônjuge, elas serão divulgadas a ele. Também poderemos divulgar suas Informações Médicas a essas pessoas se você não estiver em condições de concordar e se determinarmos que isso é do seu interesse. Em caso de emergência, poderemos usar ou divulgar suas Informações Médicas a um parente, a outra pessoa envolvida em seu cuidado ou a uma organização de socorro em caso de desastre (como a Cruz Vermelha), se precisarmos notificar alguém sobre sua localização ou condição.

Exigido por lei: usaremos e divulgaremos suas Informações Médicas sempre que formos obrigados por lei a fazê-lo. Por exemplo:

- divulgaremos Informações Médicas em resposta a uma ordem judicial ou a uma intimação.
- Usaremos ou divulgaremos Informações Médicas para ajudar em um recall de produto ou para relatar reações adversas a medicamentos.



Em caso de dúvidas, ligue para o CCA One Care (HMO D-SNP) no telefone 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. A ligação é gratuita. **Para obter mais informações,** acesse www.ccama.org.

- Divulgaremos Informações Médicas a uma agência de supervisão de saúde, que é uma agência responsável pela supervisão de planos de saúde, pelos profissionais de saúde, pelo sistema de saúde em geral ou por determinados programas governamentais (como o Medicare e o MassHealth).
- 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, como o pai ou responsável por uma criança, uma pessoa com uma procuração para assistência médica ou o tutor nomeado pelo tribunal de um indivíduo com deficiência.

Ameaça à saúde ou à segurança: poderemos usar ou divulgar suas Informações Médicas se acreditarmos que isso seja necessário para prevenir ou diminuir uma ameaça grave à saúde ou à segurança.

Atividades de saúde pública: poderemos usar ou divulgar suas Informações Médicas para atividades de saúde pública, como investigação de doenças, denúncia de abuso e negligência infantil ou doméstica e monitoramento de medicamentos ou dispositivos regulamentados pela Food and Drug Administration.

Aplicação da lei: podemos divulgar Informações Médicas a um oficial da lei com objetivos específicos e limitados de aplicação da lei, como a divulgação de Informações Médicas sobre a vítima de um crime ou em resposta a uma intimação do grande júri. Também podemos divulgar Informações Médicas sobre um detento para uma instituição correcional.

Médicos legistas e outros: podemos divulgar Informações Médicas a um médico legista, examinador médico ou diretor de funerária ou a organizações que ajudam com transplantes de órgãos, córneas e tecidos.

Indenização trabalhista: poderemos divulgar Informações Médicas conforme autorizado e em conformidade com as leis de indenização trabalhista.

Organizações de pesquisa: podemos usar ou divulgar suas Informações Médicas para pesquisa, mas somente sob condições específicas para proteger a privacidade delas.

Determinadas funções governamentais: podemos usar ou divulgar suas Informações Médicas para determinadas funções governamentais, incluindo, mas não se limitando a, atividades militares e de veteranos e atividades de segurança nacional e inteligência.

Parceiros comerciais: contratamos fornecedores para realizar funções em nosso nome. Permitimos que esses “**parceiros comerciais**” colem, usem ou divulguem Informações Médicas em nosso nome para realizar essas funções. Obrigamos contratualmente nossos parceiros comerciais (e eles são obrigados por lei) a fornecer as mesmas proteções de privacidade que nós oferecemos.

Comunicações para captação de recursos: podemos usar ou divulgar Informações Médicas para captação de recursos. Se você receber uma solicitação de captação de recursos de nossa parte (ou em nosso nome), poderá optar por não participar de futuras atividades de captação de recursos.

Restrições adicionais sobre uso e divulgação de acordo com as leis estaduais e outras leis federais: algumas leis estaduais ou outras leis federais podem exigir proteções especiais



de privacidade que restringem ainda mais o uso e a divulgação de determinadas informações confidenciais de saúde. Essas leis podem proteger os seguintes tipos de informações:

1. Informações sobre uso de álcool e substâncias: as informações médicas recebidas de um programa federal para transtornos por uso de drogas ou substâncias (“Programas da Parte 2”) por meio de um consentimento geral fornecido por você podem ser usadas para tratamento, pagamento e operações de assistência médica, e para divulgar novamente suas outras informações de forma semelhante. Essas informações específicas não serão usadas ou divulgadas em processos judiciais sem sua autorização por escrito ou uma ordem judicial.
2. Informações biométricas
3. Informações sobre abuso ou negligência de crianças ou adultos
4. Informações sobre violência doméstica
5. Informações genéticas
6. Informações sobre HIV/AIDS
7. Informações sobre saúde comportamental
8. Informações sobre saúde reprodutiva e aborto
9. Informações sobre infecções sexualmente transmissíveis

Nos casos em que os estados ou outras leis federais oferecerem maiores proteções de privacidade, seguiremos os requisitos mais rigorosos, quando nos forem aplicáveis.

SEÇÃO 4: Outros usos e divulgações que exigem sua autorização prévia

Exceto conforme descrito acima, não usaremos ou divulgaremos suas Informações Médicas sem sua permissão por escrito (“**autorização**”). Podemos entrar em contato com você para pedir que assine um formulário de autorização para nossos usos e divulgações ou você pode entrar em contato conosco para divulgar suas Informações Médicas a outra pessoa, e precisaremos pedir que assine um formulário de autorização.

Se você assinar uma autorização por escrito, poderá revogá-la (ou cancelá-la) posteriormente. Se quiser revogar a sua autorização, deverá fazê-lo por escrito (envie-nos essa autorização usando as **Informações de Contato** no início deste Aviso). Se você revogar sua autorização, deixaremos de usar ou divulgar suas Informações Médicas com base na autorização, exceto na medida em que tivermos agido com base na autorização. A seguir estão os usos ou divulgações de suas Informações Médicas para os quais precisaríamos de sua autorização por escrito:

- **Uso ou divulgação com o objetivo de “marketing”:** só poderemos usar ou divulgar suas Informações Médicas com o objetivo de “marketing” se tivermos sua autorização por escrito. Entretanto, podemos enviar-lhe informações sobre determinados produtos e serviços relacionados à saúde sem sua autorização por escrito, desde que ninguém nos pague para enviá-las.



Em caso de dúvidas, ligue para o CCA One Care (HMO D-SNP) no telefone 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. A ligação é gratuita. **Para obter mais informações**, acesse www.ccama.org.

- **Venda de suas Informações Médicas:** a Commonwealth Care Alliance, Inc. não venderá suas Informações Médicas. Se o fizéssemos, precisaríamos de sua autorização por escrito.
- **Uso e divulgação de anotações de psicoterapia:** exceto para determinadas atividades de tratamento, pagamento e operações de assistência médica ou conforme exigido por lei, só poderemos usar ou divulgar suas anotações de psicoterapia se tivermos sua autorização por escrito.

Não usaremos de forma inadmissível sua raça, etnia, idioma, status de deficiência, identidade de gênero ou orientação sexual para:

- Determinar benefícios
- Reivindicações de pagamento
- Determinar seu custo ou elegibilidade para benefícios
- Discriminar associados ou pacientes por qualquer motivo
- Determinar a disponibilidade ou o acesso a assistência médica ou serviços administrativos

SEÇÃO 5: Você tem direitos com relação às suas informações médicas

Você tem certos direitos com relação às suas Informações Médicas. Para exercer qualquer um desses direitos, você pode entrar em contato conosco usando as **Informações de Contato** no início deste Aviso.

Direito a uma cópia deste Aviso: você tem o direito de receber uma cópia impressa do nosso Aviso de Práticas de Privacidade a qualquer momento, mesmo que tenha concordado em recebê-lo eletronicamente.

Direito de acesso para inspeção e cópia: você tem o direito de inspecionar (ver ou revisar) e receber uma cópia ou resumo de suas Informações Médicas que mantemos em um “conjunto de registros designados”. Se mantivermos essas informações em formato eletrônico, você poderá obter uma cópia eletrônica desses registros. Você também pode instruir Nossos Prestadores de Assistência Médica a enviar uma cópia eletrônica das informações que mantemos sobre você em um Prontuário Eletrônico a terceiros. Você deve nos fornecer uma solicitação por escrito para esse acesso. Poderemos cobrar uma taxa razoável, baseada em custos, para cobrir os custos de uma cópia de suas Informações Médicas. De acordo com a Regra de Privacidade da HIPAA e em circunstâncias muito limitadas, poderemos negar essa solicitação. Forneceremos uma negativa por escrito a você no prazo máximo de 30 dias corridos após a solicitação (ou no máximo 60 dias corridos se o notificarmos sobre uma extensão).

Direito de solicitar que Informações Médicas sejam alteradas: se acredita que as Informações Médicas que temos são imprecisas ou incompletas, você tem o direito de solicitar que as alteremos, corrijamos ou acrescentemos às suas Informações Médicas. Sua solicitação deve ser feita por escrito e incluir uma explicação do motivo pelo qual nossas informações precisam ser alteradas. Se concordarmos, alteraremos suas informações. Se não concordarmos, forneceremos uma explicação com futuras divulgações das informações.



Em caso de dúvidas, ligue para o CCA One Care (HMO D-SNP) no telefone 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. A ligação é gratuita. **Para obter mais informações,** acesse www.ccama.org.

Direito a um relatório de divulgações: você tem o direito de receber uma lista de determinadas divulgações que fazemos de suas Informações Médicas (“**relatório de divulgações**”). A lista não incluirá divulgações para tratamento, pagamento e operações de saúde, divulgações feitas há mais de seis anos ou outras divulgações. Forneceremos um relatório por ano, sem custo, mas poderemos cobrar uma taxa razoável, baseada em custos, se você solicitar outro relatório dentro de 12 meses. Você deve solicitar um relatório de divulgações por escrito.

Direito de solicitar restrições de uso e divulgações: você tem o direito de solicitar que limitemos a forma como usamos e divulgamos suas Informações Médicas (i) para tratamento, pagamento e operações de saúde ou (ii) para pessoas envolvidas em seu cuidado. Exceto conforme descrito abaixo, não somos obrigados a concordar com sua solicitação de restrição. Se concordarmos com sua solicitação, cumprimos suas restrições, a menos que as informações sejam necessárias para tratamento de emergência.

Nossos Prestadores de Assistência Médica devem concordar com sua solicitação para restringir a divulgação de Informações Médicas se (i) as divulgações forem para pagamento ou operações de assistência médica (e não forem exigidas por lei) e (ii) as informações se referirem exclusivamente a itens ou serviços de assistência médica pelos quais você, ou outra pessoa em seu nome (que não sejam os Nossos Planos de Saúde), pagou integralmente.

Direito de solicitar um método alternativo de contato: você tem o direito de solicitar por escrito que entremos em contato com você em um local diferente ou usando um método diferente. Por exemplo, você pode preferir que todas as informações escritas sejam enviadas para o seu endereço comercial em vez de para o seu endereço residencial ou que sejam enviadas por e-mail.

Nossos Prestadores de Assistência Médica concordarão com qualquer solicitação razoável de métodos alternativos de contato.

SEÇÃO 6: Você pode registrar uma reclamação sobre nossas práticas de privacidade

Se acreditar que seus direitos de privacidade foram violados, você poderá registrar uma reclamação por escrito junto à Commonwealth Care Alliance, Inc. ou ao U.S. Department of Health and Human Services.

A Commonwealth Care Alliance, Inc. não tomará nenhuma medida contra você ou mudará a maneira como o tratamos de qualquer forma se você apresentar uma reclamação.

Para registrar uma reclamação por escrito ou solicitar mais informações da Commonwealth Care Alliance, Inc., entre em contato conosco usando as **Informações de Contato** no início deste Aviso.

SEÇÃO 7: Requisitos específicos do estado

Massachusetts Immunization Information Systems: Nossos Prestadores são obrigados a informar as vacinas que você recebeu ao Massachusetts Immunization Information Systems (MIIS). O MIIS é um sistema estadual para manter o controle dos registros de vacinação e é gerenciado pelo Massachusetts Department of Public Health (MDPH). Se não quiser que seus registros do MIIS sejam compartilhados com outros profissionais de saúde, envie um Formulário de Objeção ao Compartilhamento de Dados para:



Em caso de dúvidas, ligue para o CCA One Care (HMO D-SNP) no telefone 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. A ligação é gratuita. **Para obter mais informações,** acesse www.ccama.org.

Massachusetts Immunization Information System (MIIS) Immunization Program

Massachusetts Department of Public Health

305 South Street

Jamaica Plain, MA 02130

SEÇÃO 8: Mais informações sobre como o CCA implementa recursos de segurança nas PHI

A Commonwealth Care Alliance está em conformidade com a Health Insurance Privacy and Accountability Act (HIPAA) em nosso manuseio de informações pessoais de saúde (PHI). Os esforços abaixo descrevem amplamente as ações tomadas pelo CCA para proteger essas informações confidenciais.

Proteções administrativas:

- **Políticas e procedimentos.** O CCA implementa políticas e procedimentos razoáveis para cumprir as normas, especificações de implementação ou outros requisitos da Regra de Segurança da HIPAA.
- **Processo de gerenciamento de segurança.** O CCA implementa políticas e procedimentos para evitar, detectar, conter e corrigir violações de segurança.
- **Responsabilidade de segurança atribuída.** O diretor de segurança da informação é responsável pelo desenvolvimento e implementação das políticas e procedimentos de segurança.
- **Segurança da força de trabalho.** O acesso às PHI eletrônicas deverá ser restrito apenas aos integrantes da força de trabalho que precisem acessar esses registros para desempenhar suas responsabilidades profissionais.
- **Conscientização e treinamento de segurança.** O CCA implementa um programa de conformidade de treinamento, educação e conscientização sobre privacidade e segurança para todos os associados da Força de Trabalho (incluindo nossa Diretoria).
- **Procedimentos de incidentes de segurança.** O CCA implementa políticas e procedimentos para lidar com incidentes de privacidade e segurança.
- **Plano de contingência.** O CCA estabelece políticas e procedimentos para responder a uma emergência ou outra ocorrência (por exemplo, incêndio, vandalismo, falha do sistema e desastre natural) que danifique os sistemas que contêm PHIs eletrônicas, o que inclui backups e planos de resposta comercial.

Proteções físicas:

- **Controles de acesso às instalações.** O CCA implementou políticas e procedimentos para limitar o acesso físico aos seus sistemas de informações eletrônicas e à instalação ou instalações nas quais eles estão alojados, garantindo, ao mesmo tempo, que o acesso devidamente autorizado seja permitido.
- **Segurança da estação de trabalho.** O CCA implementa proteções físicas para todas as estações de trabalho que acessam PHI eletrônicas, para restringir o acesso a usuários autorizados.



Em caso de dúvidas, ligue para o CCA One Care (HMO D-SNP) no telefone 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. A ligação é gratuita. **Para obter mais informações**, acesse www.ccama.org.

- **Controles de dispositivos e mídia.** O CCA implementa políticas e procedimentos que regem o recebimento e a remoção de hardware e mídia eletrônica que contenham PHI eletrônicas para dentro e fora de uma instalação e o movimento desses itens dentro da unidade.

Proteções técnicas e eletrônicas:

- **Controle de acesso.** O CCA implementa políticas e procedimentos técnicos para sistemas de informações eletrônicas que mantêm PHI eletrônicas para permitir o acesso somente àquelas pessoas ou programas de software aos quais foram concedidos direitos de acesso.
- **Controles de auditoria.** O CCA implementa mecanismos de hardware, software e/ou procedimentos que registram e examinam a atividade nos sistemas de informação que contêm ou usam PHI eletrônicas.
- **Integridade.** Integridade. O CCA implementa políticas e procedimentos para proteger as PHI eletrônicas contra alterações ou destruição impróprias.
- **Autenticação de pessoa ou entidade.** O CCA implementa procedimentos para verificar se uma pessoa ou entidade que busca acesso às PHI eletrônicas é a pessoa declarada.
- **Segurança da transmissão.** O CCA implementa medidas técnicas de segurança para proteger contra o acesso não autorizado às PHI eletrônicas que estão sendo transmitidas através de uma rede de comunicações eletrônicas.

D. Nossa responsabilidade em fornecer informações a você

Como associado de nosso plano, você tem o direito de obter informações sobre nosso plano, nossos prestadores da rede e seus serviços cobertos.

Se você não fala inglês, temos serviços de intérprete para responder às suas perguntas sobre o nosso plano. Para obter um intérprete, entre em contato com o Serviços ao associados. Esse é um serviço gratuito para você. Você pode obter este documento e outros materiais impressos em espanhol ou falar com alguém sobre essas informações em outros idiomas, gratuitamente. Ligue para 1-866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. Também podemos fornecer informações gratuitas em letras grandes, braile, áudio, clipes de vídeo em linguagem americana de sinais e outras formas.

Se quiser obter informações sobre qualquer um dos itens a seguir, ligue para o Serviços ao associados:

- Como escolher ou mudar de plano
- Nosso plano, incluindo:
 - informações financeiras
 - como os associados do plano nos avaliaram
 - o número de recursos feitos pelos associados



Em caso de dúvidas, ligue para o CCA One Care (HMO D-SNP) no telefone 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. A ligação é gratuita. **Para obter mais informações**, acesse www.ccama.org.

- como sair do nosso plano
- Nossos prestadores da rede e nossas farmácias da rede, incluindo:
 - como escolher ou trocar os médicos de cuidados primários
 - qualificações dos prestadores e farmácias de nossa rede
 - como pagamos os prestadores da nossa rede
- Serviços e medicamentos cobertos, incluindo:
 - serviços (consulte os **Capítulos 3 e 4** deste *Manual do Associado*) e medicamentos (consulte os **Capítulos 5 e 6** deste *Manual do Associado*) cobertos pelo nosso plano
 - limites de sua cobertura e medicamentos
 - regras que você deve seguir para obter os serviços e medicamentos cobertos
- Por que algo não é coberto e o que você pode fazer a respeito (consulte o **Capítulo 9** deste *Manual do Associado*), inclusive:
 - pedir-nos para o colocar por escrito por que algo não está coberto
 - mudar uma decisão que tomamos
 - pagar uma fatura que você recebeu

E. Incapacidade dos prestadores da rede de faturar diretamente para você

Médicos, hospitais e outros prestadores da nossa rede não podem obrigá-lo a pagar pelos serviços cobertos. Eles também não podem fazer uma fatura do valor residual ou cobrar do usuário se pagarmos menos do que o valor cobrado pelo prestador. Para saber o que fazer se um prestador da rede tentar lhe cobrar por serviços cobertos, consulte o **Capítulo 7** deste *Manual do Associado*.

F. Seu direito de sair do nosso plano

Ninguém pode obrigá-lo a permanecer em nosso plano se você não quiser.

- Você tem o direito de obter a maioria de seus serviços de assistência médica por meio do Original Medicare ou de outro plano Medicare Advantage (MA).
- Você pode obter seus benefícios de medicamentos do Medicare Parte D em um plano de medicamentos ou em outro plano MA.
- Consulte o **Capítulo 10** deste *Manual do Associado*:



Em caso de dúvidas, ligue para o CCA One Care (HMO D-SNP) no telefone 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. A ligação é gratuita. **Para obter mais informações**, acesse www.ccama.org.

- Para obter mais informações sobre quando você pode se associar a um novo plano de benefícios de MA ou de medicamentos.
- Para obter informações sobre como obterá seus benefícios do MassHealth (Medicaid) se sair do nosso plano.

G. Seu direito de tomar decisões sobre sua assistência médica

Você tem o direito de obter informações completas de seus médicos e outros profissionais de saúde para ajudá-lo a tomar decisões sobre sua assistência médica.

G1. Seu direito de conhecer suas opções de tratamento e tomar decisões

Seus prestadores devem explicar sua condição e suas opções de tratamento de uma forma que você possa entender. Você tem o direito de:

- **Conhecer suas opções.** Você tem o direito de ser informado sobre todas as opções de tratamento.
- **Conhecer os riscos.** Você tem o direito de ser informado sobre todos os riscos envolvidos. Devemos informá-lo com antecedência se algum serviço ou tratamento fizer parte de um experimento de pesquisa. Você tem o direito de recusar tratamentos experimentais.
- **Obter uma segunda opinião.** Você tem o direito de recorrer a outro médico antes de decidir sobre o tratamento.
- **Dizer não.** Você tem o direito de recusar qualquer tratamento. Isso inclui o direito de deixar um hospital ou outra instalação médica, mesmo que seu médico o aconselhe a não fazê-lo. Você tem o direito de parar de tomar um medicamento prescrito. Se você recusar o tratamento ou parar de tomar um medicamento prescrito, não o retiraremos do nosso plano. No entanto, se recusar o tratamento ou parar de tomar um medicamento, você assumirá total responsabilidade pelo que acontecer com você.
- **Pedir que expliquemos por que um prestador negou o cuidado.** Você tem o direito de obter uma explicação de nossa parte se um prestador negar cuidados que você acha que deveria receber.
- **Pedir-nos para cobrir um serviço ou medicamento que negamos ou que normalmente não cobrimos.** Isso é chamado de decisão de cobertura. O **Capítulo 9** deste *Manual do Associado* explica como nos solicitar uma decisão de cobertura.

G2. Seu direito de dizer o que você quer que aconteça se não puder tomar decisões sobre assistência médica por si mesmo

Às vezes, as pessoas não conseguem tomar decisões sobre assistência médica por si mesmas. Antes que isso aconteça com você, você pode:



Em caso de dúvidas, ligue para o CCA One Care (HMO D-SNP) no telefone 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. A ligação é gratuita. **Para obter mais informações**, acesse www.ccama.org.

- Preencher um formulário por escrito **dando a alguém o direito de tomar decisões de assistência médica por você**, caso se torne incapaz de fazê-lo por si mesmo.
- **Dar aos seus médicos instruções por escrito** sobre como lidar com sua assistência médica se você se tornar incapaz de tomar decisões por si mesmo, inclusive sobre os cuidados que **não** deseja.

O documento legal que você usa para dar suas instruções é chamado de “diretiva antecipada”. Há diferentes tipos de diretivas antecipadas e diferentes nomes para elas. Exemplos são um testamento vital e uma procuração para assistência médica.

Você não é obrigado a ter uma diretiva antecipada, mas pode ter. Veja a seguir o que fazer se quiser usar uma diretiva antecipada:

- **Obtenha o formulário.** Você pode obter o formulário com seu médico, um advogado, um assistente social ou em algumas lojas de materiais de escritório. As farmácias e os consultórios de prestadores geralmente têm esses formulários. Você pode encontrar um formulário gratuito on-line e baixá-lo. Você pode entrar em contato com o Serviços ao associados para solicitar um formulário fornecido pelo Honoring Choices Massachusetts. Você também pode baixar uma cópia do formulário no website do Honoring Choices Massachusetts (www.honoringchoicesmass.com).
- **Preencha o formulário e assine-o.** O formulário é um documento legal. Considere a possibilidade de pedir ajuda a um advogado ou a outra pessoa de sua confiança, como um associado da família ou seu PCP, para preenchê-lo.
- **Entregue cópias do formulário para as pessoas que precisam saber.** Entregue uma cópia do formulário ao seu médico. Você também deve dar uma cópia para a pessoa que você nomear para tomar decisões por você, caso não possa. Talvez você queira dar cópias para amigos próximos ou familiares. Mantenha uma cópia em casa.

Se estiver sendo hospitalizado e tiver uma diretiva antecipada assinada, **leve uma cópia dela para o hospital.**

- O hospital perguntará se você tem um formulário de diretiva antecipada assinado e se ele está com você.
- Se você não tiver um formulário de diretiva antecipada assinado, o hospital tem formulários e perguntará se você deseja assinar algum.

Você tem o direito de:

- Ter sua diretiva antecipada colocada em seus prontuários.
- Alterar ou cancelar sua diretiva antecipada a qualquer momento.

Por lei, ninguém pode lhe negar cuidados ou discriminá-lo com base no fato de você ter assinado uma diretiva antecipada. Ligue para o Serviços ao associados para obter mais informações.



Em caso de dúvidas, ligue para o CCA One Care (HMO D-SNP) no telefone 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. A ligação é gratuita. **Para obter mais informações**, acesse www.ccama.org.

G3. O que fazer se suas instruções não forem seguidas

Se você assinou uma diretiva antecipada e acha que um médico ou hospital não seguiu as instruções nela contidas, pode fazer uma reclamação junto ao Massachusetts Department of Public Health, Division of Healthcare Quality's Complaint Unit ligando para 1-800-462-5540. Para registrar uma reclamação contra um prestador profissional de saúde, ligue para o Conselho de Registro de Medicina Board of Registration in Medicine no número 781-876-8200.

H. Seu direito de fazer uma reclamação e pedir que reconsideremos nossas decisões

O **Capítulo 9** deste *Manual do Associado* informa o que você pode fazer se tiver algum problema ou preocupação com os serviços ou cuidados cobertos. Por exemplo, você pode nos pedir para tomar uma decisão de cobertura, entrar com um recurso para alterar uma decisão de cobertura ou fazer uma reclamação.

Você tem o direito de obter informações sobre recursos e reclamações que outros associados do plano tenham apresentado contra nós. Entre em contato com o Serviços ao associados para obter essas informações

H1. O que fazer em caso de tratamento injusto ou para obter mais informações sobre seus direitos

Se você acha que foi tratado injustamente – e **não** se trata de discriminação por motivos listados no **Capítulo 11** deste *Manual do Associado* – ou se deseja obter mais informações sobre seus direitos, ligue para:

- Serviços ao associados.
- O programa SHINE (Serving the Health Insurance Needs of Everyone) pelo número 1-800-243-4636. Para obter mais detalhes sobre o SHINE (Serving the Health Insurance Needs of Everyone), consulte o **Capítulo 2, Seção C**.
- My Ombudsman pelo número 1-855-781-9898 (ligação gratuita), de segunda a sexta-feira, das 9 am às 4 pm.
 - Usar o 7-1-1 para ligar para 1-855-781-9898. Este número é para pessoas surdas, com deficiência auditiva ou de fala.
 - Use o videofone (VP) 339-224-6831. Este número é para pessoas surdas, com deficiência auditiva.
 - Envie um e-mail para o My Ombudsman em info@myombudsman.org.

O My Ombudsman é um programa independente que pode ajudá-lo a resolver preocupações ou conflitos relacionados à sua adesão ao One Care ou ao seu acesso aos benefícios e serviços do One Care.



Em caso de dúvidas, ligue para o CCA One Care (HMO D-SNP) no telefone 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. A ligação é gratuita. **Para obter mais informações**, acesse www.ccama.org.

Medicare pelo número 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Usuários de TTY devem ligar para 1-877-486-2048. (Você também pode ler ou baixar o “Medicare Rights & Protections”, disponível no site do Medicare em www.medicare.gov/publications/11534-medicare-rights-and-protections.pdf.)

MassHealth (Medicaid) pelo número 1-800-841-2900, de segunda a sexta-feira, das 8 am às 5 pm. (TTY: 711).

I. Suas responsabilidades como associado do plano

Como associado do plano, você tem a responsabilidade de fazer o que está listado abaixo. Se tiver alguma dúvida, ligue para o Serviços ao associados.

- **Leia este *Manual do Associado*** para saber o que nosso plano cobre e as regras a serem seguidas para obter serviços e medicamentos cobertos. Para obter detalhes sobre:
 - Serviços cobertos, consulte os **Capítulos 3 e 4** deste *Manual do Associado*. Esses capítulos informam o que é coberto, o que não é coberto, quais regras você precisa seguir e quanto você paga.
 - Medicamentos cobertos, consulte os **Capítulos 5 e 6** deste *Manual do Associado*.
- **Informe-nos sobre qualquer outra cobertura de saúde ou medicamentos** que você tenha. Precisamos garantir que você use todas as suas opções de cobertura ao receber cuidados de saúde. Ligue para o Serviços ao associados se você tiver outra cobertura.
- **Informe ao seu médico e a outros profissionais de saúde** que você é associado do nosso plano. Apresente seu cartão de identificação de associado ao receber serviços ou medicamentos.
- **Ajude seus médicos e outros profissionais de saúde** a lhe oferecerem o melhor cuidado.
 - Dê a eles as informações necessárias sobre você e sua saúde. Aprenda o máximo que puder sobre seus problemas de saúde. Siga os planos de tratamento e as instruções acordadas entre você e seus prestadores.
 - Certifique-se de que seus médicos e outros prestadores saibam sobre todos os medicamentos que você toma. Isso inclui medicamentos prescritos, medicamentos de venda livre, vitaminas e suplementos.
 - Faça todas as perguntas que tiver. Seus médicos e outros prestadores devem explicar as coisas de uma maneira que você possa entender. Se você fizer uma pergunta e não entender a resposta, pergunte novamente.
- **Seja atencioso.** Esperamos que todos os associados do plano respeitem os direitos dos outros. Também esperamos que você aja com respeito no consultório do seu médico, em hospitais e em outros consultórios de prestadores.



Em caso de dúvidas, ligue para o CCA One Care (HMO D-SNP) no telefone 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. A ligação é gratuita. **Para obter mais informações**, acesse www.ccama.org.

- **Pague o que você deve.** Como associado do plano, você é responsável por estes pagamentos:
 - **Se receber quaisquer serviços ou medicamentos que não sejam cobertos pelo nosso plano, você deverá pagar o valor integral.** (**Observação:** se você discordar da nossa decisão de não cobrir um serviço ou medicamento, pode entrar com um recurso. Consulte o **Capítulo 9, Seção G** para saber como entrar com um recurso).
- **Informe-nos se você se mudar.** Se você planeja se mudar, informe-nos imediatamente. Ligue para o Serviços ao associados.
 - **Se você se mudar para fora da nossa área de cobertura, não poderá permanecer no nosso plano.** Somente pessoas que moram na nossa área de cobertura podem ser associados deste plano. O **Capítulo 1** deste *Manual do Associado* fala sobre a nossa área de cobertura.
 - Podemos ajudá-lo a descobrir se você está se mudando para fora da nossa área de cobertura. Durante um período especial de adesão, você pode mudar para o Original Medicare ou se cadastrar em um plano de saúde ou de medicamentos do Medicare em seu novo local. Podemos informar se temos um plano em sua nova área.
 - Informe ao Medicare e ao MassHealth (Medicaid) seu novo endereço quando se mudar. Consulte o **Capítulo 2** deste *Manual do Associado* para obter os números de telefone do Medicare e do MassHealth (Medicaid).
 - **Se você se mudar e permanecer em nossa área de cobertura, ainda precisamos saber.** Precisamos manter seu registro de associado atualizado e saber como entrar em contato com você.
 - **Se você se mudar, informe o Social Security (ou o Railroad Retirement Board).**
- Ligue para o Serviços ao associados para obter ajuda se tiver dúvidas ou preocupações.

J. Recuperação patrimonial

- O MassHealth (Medicaid) é obrigado por lei federal a recuperar dinheiro dos espólios de certos associados do MassHealth (Medicaid) que tenham 55 anos ou mais, ou de pessoas de qualquer idade que esteja recebendo cuidados de longo prazo em uma instituição de permanência longa para idosos ou outra instituição médica. Para obter mais informações sobre a recuperação de patrimônio do MassHealth (Medicaid), acesse www.mass.gov/estaterecovery.



Em caso de dúvidas, ligue para o CCA One Care (HMO D-SNP) no telefone 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. A ligação é gratuita. **Para obter mais informações,** acesse www.ccama.org.

Capítulo 9. O que fazer se você tiver um problema ou reclamação (decisões de cobertura, recursos, reclamações)

Introdução

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

- Você tiver um problema ou reclamação sobre seu plano.
- Você precisar de um serviço, item ou medicamento que seu plano disse que não pagará.
- Você discordar de uma decisão tomada pelo seu plano sobre o seu cuidado.
- Você achar que os serviços cobertos estão terminando muito cedo.

Este capítulo está dividido em diferentes seções para ajudá-lo a encontrar facilmente o que procura. **Se você tiver um problema ou preocupação, leia as partes deste capítulo que se aplicam à sua situação.** Este capítulo está dividido em diferentes seções para ajudá-lo a encontrar facilmente informações sobre o que fazer em relação ao seu problema ou preocupação.

Se você estiver enfrentando um problema com seus serviços

Você deve receber os serviços médicos, serviços de saúde comportamental, medicamentos e serviços e suportes de longa duração (LTSS) necessários para o seu cuidado como parte do seu Plano de cuidado individualizado (ICP). **Se você estiver tendo um problema com seus cuidados, pode ligar para o My Ombudsman no número 1-855-781-9898 (ou usando o MassRelay no número 711 para ligar para 1-855-781-9898 ou videofone (VP) 339-224-6831).** Este capítulo explica as opções que você tem para diferentes problemas e reclamações, mas você também pode ligar para o My Ombudsman para ajudá-lo com o seu problema. Para recursos adicionais para resolver suas preocupações e formas de contatá-los, consulte o **Capítulo 2**, Seção H, para obter mais informações sobre o My Ombudsman.



Índice

A. O que fazer se tiver um problema ou preocupação	180
A1. Sobre os termos jurídicos	180
B. Onde obter ajuda	180
B1. Para mais informações e ajuda	180
C. Como entender as reclamações e os recursos do Medicare e do MassHealth (Medicaid) no nosso plano	182
D. Problemas com seus benefícios	182
E. Decisões de cobertura e recursos.....	182
E1. Decisões de cobertura	183
E2. Recursos.....	183
E3. Ajuda com decisões de cobertura e recursos.....	184
E4. Qual seção deste capítulo pode ajudá-lo.....	185
F. Cuidados médicos.....	185
F1. Como usar esta seção	185
F2. Como solicitar uma decisão de cobertura.....	186
F3. Como entrar com um recurso de Nível 1	189
F4. Como entrar com um recurso de Nível 2	192
F5. Problemas de pagamento	196
G. Medicamentos do Medicare Parte D	197
G1. Decisões de cobertura e recursos do Medicare Parte D.....	197
G2. Exceções do Medicare Parte D	198
G3. Coisas importantes a saber sobre como solicitar uma exceção	199
G4. Como solicitar uma decisão de cobertura, incluindo uma exceção.....	200



G5. Como entrar com um recurso de Nível 1	202
G6. Como entrar com um recurso de Nível 2	204
H. Como solicitar a cobertura de uma internação hospitalar mais longa	206
H1. Conhecendo seus direitos no Medicare	206
H2. Como entrar com um recurso de Nível 1	207
H3. Como entrar com um recurso de Nível 2	209
I. Como solicitar que continuemos a cobrir determinados serviços médicos	210
I1. Aviso prévio antes do término da sua cobertura	210
I2. Como entrar com um recurso de Nível 1	211
I3. Como entrar com um recurso de Nível 2	212
J. Como levar seu recurso além do Nível 2	213
J1. Próximas etapas para serviços e itens do Medicare	213
J2. Recursos adicionais do MassHealth (Medicaid)	214
J3. Níveis de recurso 3, 4 e 5 para solicitações de medicamentos do Medicare Parte D ...	214
K. Como fazer uma reclamação	216
K1. Que tipos de problemas devem ser objeto de reclamação	216
K2. Reclamações internas	218
K3. Reclamações externas	219



A. O que fazer se tiver um problema ou preocupação

Este capítulo explica como lidar com problemas e preocupações. O processo a utilizar depende do tipo de problema que tiver. Utilize um processo para **decisões de cobertura e recursos** e outro para **fazer uma reclamação** (também chamadas de queixas).

Para garantir a equidade e a rapidez, cada processo tem um conjunto de regras, procedimentos e prazos que nós e você devemos seguir.

A1. Sobre os termos jurídicos

Existem termos jurídicos neste capítulo para algumas regras e prazos. Muitos desses termos podem ser difíceis de entender, por isso usamos palavras mais simples em vez de certos termos jurídicos, sempre que possível. Usamos o mínimo possível de abreviações.

Por exemplo, dizemos:

- “Fazer uma reclamação” em vez de “apresentar uma queixa”
- “Decisão de cobertura” em vez de “determinação da organização”, “determinação do benefício”, “determinação de risco” ou “determinação da cobertura”
- “Decisão rápida de cobertura” em vez de “determinação acelerada”
- “Organização de Revisão Independente” (IRO) em vez de “Entidade de Revisão Independente” (IRE)

Conhecer os termos jurídicos adequados pode ajudá-lo a comunicar-se com mais clareza, por isso também os fornecemos.

B. Onde obter ajuda

B1. Para mais informações e ajuda

Às vezes, é confuso iniciar ou seguir o processo para lidar com um problema. Isso pode ser especialmente verdadeiro se você não se sentir bem ou tiver limitação de energia. Outras vezes, você pode não ter as informações necessárias para dar o próximo passo.

Ajuda do State Health Insurance Assistance Program (SHIP)

Você pode ligar para o State Health Insurance Assistance Program (SHIP). Os conselheiros do SHINE podem responder às suas perguntas e ajudá-lo a entender o que fazer em relação ao seu problema. O SHINE não está vinculado a nós nem a nenhuma seguradora ou plano de saúde. O SHINE tem conselheiros treinados em todos os municípios, e os serviços são gratuitos. O número de telefone do SHINE é 1-800-243-4636 e o site é www.shinema.org. TTY (para pessoas surdas, com deficiência auditiva ou de fala): 1-800-439-2370 (somente em Massachusetts).

Em caso de dúvidas, ligue para o CCA One Care (HMO D-SNP) no telefone 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. A ligação é gratuita. **Para obter mais informações**, acesse www.ccama.org.



Ajuda e informações do Medicare

Para obter mais informações e ajuda, você pode entrar em contato com o Medicare. Aqui estão duas maneiras de obter ajuda do Medicare:

- Ligue para 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Usuários de TTY devem ligar para 1-877-486-2048.
- Visite o site do Medicare (www.medicare.gov).

Ajuda e informações do MassHealth (Medicaid)

Você pode ligar diretamente para o Atendimento ao Cliente do MassHealth (Medicaid) para obter ajuda referente a problemas. Ligue para 1-800-841-2900. TTY (para pessoas surdas, com deficiência auditiva ou de fala): 711.

Ajuda do My Ombudsman

My Ombudsman é um programa independente que pode ajudar você em caso de dúvidas, preocupações ou problemas relacionados ao One Care. Você pode entrar em contato com o My Ombudsman para obter informações ou ajuda a fim de resolver qualquer problema com seu plano One Care. Os serviços My Ombudsman são gratuitos. Informações sobre o My Ombudsman também podem ser encontradas no **Capítulo 2**, Seção H. A equipe do My Ombudsman:

- Pode responder às suas perguntas ou encaminhá-lo ao lugar certo para encontrar o que precisa.
- Pode ajudar você a resolver um problema ou preocupação com o One Care ou seu plano One Care, que é o CCA One Care (HMO D-SNP). A equipe do My Ombudsman ouvirá, investigará o problema e discutirá as opções com você para ajudar a resolvê-lo.
- Ajuda com recursos. Um recurso é uma maneira formal de solicitar ao seu plano One Care, MassHealth (Medicaid) ou Medicare a revisão de uma decisão sobre seus serviços. A equipe do My Ombudsman pode conversar com você sobre como entrar com um recurso e o que esperar durante este processo.

Você pode ligar, enviar um e-mail, escrever ou visitar o escritório do My Ombudsman.

- Ligue para 1-855-781-9898, de segunda a sexta-feira, das 9 am às 4 pm. Pessoas surdas, com deficiência auditiva ou na fala devem usar o MassRelay no número 711 para ligar para 1855-781-9898 ou videofone (VP) 339-224-6831.
- E-mail info@myombudsman.org
- Escreva ou visite o escritório do My Ombudsman em 25 Kingston Street, 4th floor, Boston, MA 02111.
 - Consulte o site do My Ombudsman ou entre em contato diretamente com eles para obter informações atualizadas sobre localização, agendamentos e horário de atendimento sem agendamento.
- Visite o My Ombudsman on-line em www.myombudsman.org.

Em caso de dúvidas, ligue para o CCA One Care (HMO D-SNP) no telefone 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. A ligação é gratuita. **Para obter mais informações**, acesse www.ccama.org.



C. Como entender as reclamações e os recursos do Medicare e do MassHealth (Medicaid) no nosso plano

Você tem o Medicare e o MassHealth (Medicaid). As informações contidas neste capítulo aplicam-se a **todos** os seus benefícios do Medicare e do MassHealth (Medicaid) Isto é por vezes chamado de “processo integrado”, porque combina, ou integra, os processos do Medicare e do MassHealth (Medicaid).

Às vezes, os processos do Medicare e do MassHealth (Medicaid) não podem ser combinados. Nessas situações, você usa um processo para um benefício do Medicare e outro processo para um benefício do MassHealth (Medicaid). A **Seção F4** explica essas situações.

D. Problemas com seus benefícios

Se você tiver um problema ou preocupação, leia as partes deste capítulo que se aplicam à sua situação. A tabela a seguir ajuda você a encontrar a seção certa deste capítulo para problemas ou reclamações.

O seu problema ou preocupação é sobre os seus benefícios ou cobertura?	
Isso inclui problemas sobre se determinados cuidados médicos (itens médicos, serviços e/ou medicamentos da Parte B) são cobertos ou não, a forma como são cobertos e problemas sobre o pagamento dos cuidados médicos.	
Sim. O meu problema é sobre benefícios ou cobertura. Consulte a Seção E , “Decisões de cobertura e recursos”.	Não. O meu problema não é sobre benefícios ou cobertura. Consulte a Seção K , “Como fazer uma reclamação”.

E. Decisões de cobertura e recursos

O processo para solicitar uma decisão de cobertura e entrar com um recurso trata de problemas relacionados aos seus benefícios e cobertura para seus cuidados médicos (serviços, itens e medicamentos da Parte B, incluindo pagamento). Para simplificar, geralmente nos referimos a itens médicos, serviços e medicamentos da Parte B como **cuidados médicos**.

Em caso de dúvidas, ligue para o CCA One Care (HMO D-SNP) no telefone 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. A ligação é gratuita. **Para obter mais informações**, acesse www.ccama.org.



E1. Decisões de cobertura

Uma decisão de cobertura é uma decisão que tomamos sobre seus benefícios e cobertura ou sobre o valor que pagamos por seus serviços médicos ou medicamentos. Por exemplo, se o prestador da rede do seu plano o encaminhar a um especialista médico fora da rede, esse encaminhamento será considerado uma decisão favorável, a menos que o prestador da rede possa comprovar que você recebeu uma notificação de recusa padrão para esse especialista médico ou que o serviço encaminhado nunca seja coberto sob nenhuma condição (consulte o **Capítulo 4, Seção H** deste *Manual do Associado*).

Você ou seu médico também podem entrar em contato conosco e solicitar uma decisão de cobertura. Você ou seu médico podem não ter certeza se cobrimos um serviço médico específico ou se podemos recusar o cuidado médico que você acredita ser necessário. **Se deseja saber se cobriremos um serviço médico antes de recebê-lo, você pode nos solicitar que tomemos uma decisão de cobertura para você.**

Tomamos uma decisão de cobertura sempre que decidimos o que é coberto para você e quanto pagamos. Em alguns casos, podemos decidir que um serviço ou medicamento não é coberto ou não é mais coberto para você pelo Medicare ou MassHealth (Medicaid). Se você discordar dessa decisão de cobertura, poderá entrar com um recurso.

E2. Recursos

Se tomarmos uma decisão de cobertura e você não estiver satisfeito com ela, poderá “recorrer” da decisão. Um recurso é uma forma formal de nos solicitar que revisemos e alteremos uma decisão de cobertura que tomamos.

Quando você recorre de uma decisão pela primeira vez, isso é chamado de Recurso de Nível 1. Nesse recurso, revisamos a decisão de cobertura que tomamos para verificar se seguimos todas as regras corretamente. Outros revisores, diferentes daqueles que tomaram a decisão original desfavorável, analisam o seu recurso.

Quando concluímos a revisão, informamos nossa decisão. Em determinadas circunstâncias, explicadas mais adiante neste capítulo, você pode solicitar uma “decisão rápida de cobertura” ou “um recurso rápido” de uma decisão de cobertura.

Se dissermos **Não** a uma parte ou à totalidade do seu pedido, enviaremos uma carta. Se o seu problema for sobre a cobertura de um serviço de cuidado do Medicare, a carta informará que enviamos o seu caso para a Organização de Revisão Independente (IRO) para um Recurso de Nível 2. Se o seu problema for sobre a cobertura de um serviço ou item do Medicare Parte D ou Medicaid, a carta informará como você mesmo pode entrar com um Recurso de Nível 2. Consulte a **Seção F4** para obter mais informações sobre Recursos de Nível 2.

Se você não estiver satisfeito com a decisão do Recurso de Nível 2, poderá passar por níveis adicionais de recurso.



E3. Ajuda com decisões de cobertura e recursos

Você pode solicitar ajuda a qualquer um dos seguintes:

- **Serviços ao associados** nos números na parte inferior da página.
- Ligue para o seu Coordenador de cuidados.
- Ligue, envie um e-mail, escreva ou faça uma consulta a **My Ombudsman**.
 - Ligue para 1-855-781-9898, de segunda a sexta-feira, das 9 am às 4 pm. Pessoas surdas, com deficiência auditiva ou na fala devem usar o MassRelay no número 711 para ligar para 1-855-781-9898 ou videofone (VP) 339-224-6831.
 - E-mail info@myombudsman.org.
 - Visite o My Ombudsman on-line em www.myombudsman.org.
 - Escreva ou visite o escritório do My Ombudsman em 25 Kingston Street, 4th floor, Boston, MA 02111.
 - Consulte o site do My Ombudsman ou entre em contato diretamente com eles para obter informações atualizadas sobre localização, agendamentos e horário de atendimento sem agendamento.
- **State Health Insurance Assistance Program (SHIP)** para obter ajuda gratuita. Em Massachusetts, o SHIP é chamado de SHINE. O SHINE é uma organização independente. Não está conectado com este plano. O número de telefone do SHINE é 1-800-243-4636. TTY (para pessoas surdas, com deficiência auditiva ou de fala): 1-800-439-2370 (somente em Massachusetts).
- **Seu médico ou outro prestador.** Seu médico ou outro prestador pode solicitar uma decisão de cobertura ou entrar com um recurso em seu nome.
- **Um amigo ou familiar.** Você pode nomear outra pessoa para agir em seu nome como seu “representante” e solicitar uma decisão de cobertura ou entrar com um recurso.
- **Um advogado.** Você tem direito a um advogado, mas **não é obrigatório ter um advogado** para solicitar uma decisão de cobertura ou entrar com um recurso.
 - Ligue para o seu próprio advogado ou obtenha o nome de um advogado na ordem dos advogados local ou outro serviço de referência. Alguns grupos jurídicos oferecem serviços jurídicos gratuitos se você se qualificar.

Preencha o formulário de Nomeação de Representante se desejar que um advogado ou outra pessoa atue como seu representante. O formulário dá permissão a alguém para agir em seu nome.

Em caso de dúvidas, ligue para o CCA One Care (HMO D-SNP) no telefone 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. A ligação é gratuita. **Para obter mais informações**, acesse www.ccama.org.



Ligue para o Serviços ao associados nos números na parte inferior da página e peça o formulário “Nomeação de Representante”. Você também pode obter o formulário visitando www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf ou em nosso site www.ccama.org. **Você deve nos fornecer uma cópia do formulário assinado.**

E4. Qual seção deste capítulo pode ajudá-lo

Existem quatro situações que envolvem decisões de cobertura e recursos. Cada situação tem regras e prazos diferentes. Fornecemos detalhes para cada uma delas em uma seção separada deste capítulo. Consulte a seção que se aplica:

- **Seção F**, “Cuidados médicos”
- **Seção G**, “Medicamentos do Medicare Parte D”
- **Seção H**, “Como solicitar a cobertura de uma internação hospitalar mais longa”
- **Seção I**, “Como solicitar a continuação da cobertura de determinados serviços médicos” (Esta seção se aplica apenas a estes serviços: assistência médica domiciliar, cuidado em unidades de enfermagem especializada e Serviços de Unidade Ambulatorial de Reabilitação Abrangente (CORF).)

Se você não tiver certeza de qual seção usar, ligue para o Serviços ao associados nos números na parte inferior da página.

Se precisar de outra ajuda ou informação, ligue para o My Ombudsman pelo número 1-855-781-9898 (ou use o MassRelay pelo número 711 para ligar para 1-855-781-9898 ou videofone (VP) 339-224-6831) ou envie um e-mail para info@myombudsman.org.

F. Cuidados médicos

Esta seção explica o que fazer se você tiver problemas para obter cobertura para cuidados médicos ou se quiser que nós os reembolsemos seu cuidado.

Esta seção trata dos seus **benefícios para cuidados médicos descritos no** Capítulo 4 deste *Manual do Associado*, na tabela de benefícios. Em alguns casos, regras diferentes podem se aplicar a um medicamento do Medicare Parte B. Quando isso acontecer, explicaremos como as regras para medicamentos Medicare Parte B diferem das regras para serviços e itens médicos.

F1. Como usar esta seção

Esta seção explica o que você pode fazer em qualquer uma das cinco situações a seguir:

1. Você acha que cobrimos os cuidados médicos de que precisa, mas que não está recebendo.

O que você pode fazer: você pode nos pedir para tomar uma decisão de cobertura. Consulte a **Seção F2**.

Em caso de dúvidas, ligue para o CCA One Care (HMO D-SNP) no telefone 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. A ligação é gratuita. **Para obter mais informações**, acesse www.ccama.org.



2. Não aprovamos os cuidados que seu médico ou outro profissional de saúde quer fornecer, e você acha que deveríamos.

O que você pode fazer: você pode recorrer de nossa decisão. Consulte a **Seção F3**.

3. Você recebeu cuidados médicos que acha que cobrimos, mas não pagamos.

O que você pode fazer: você pode recorrer de nossa decisão de não pagar. Consulte a **Seção F5**.

4. Você recebeu e pagou por cuidados médicos que achava que eram cobertos por nós e quer que o reembolsemos.

O que você pode fazer: você pode nos pedir para reembolsá-lo. Consulte a **Seção F5**.

5. Reduzimos ou interrompemos sua cobertura para determinados cuidados médicos, e você acha que nossa decisão pode prejudicar sua saúde.

O que você pode fazer: você pode recorrer de nossa decisão de reduzir ou interromper o cuidado médico. Consulte a **Seção F4**.

- Se a cobertura for para cuidados hospitalares, assistência médica domiciliar, assistência em unidade de enfermagem especializada ou serviços CORF, aplicam-se regras especiais. Consulte a **Seção H** ou **Seção I** para saber mais.
- Para todas as outras situações que envolvam a redução ou interrupção de sua cobertura para determinados cuidados médicos, use esta seção (**Seção F**) como guia.

F2. Como solicitar uma decisão de cobertura

Quando uma decisão de cobertura envolve seus cuidados médicos, ela é chamada de **determinação integrada da organização**.

Você, seu médico ou seu representante pode nos solicitar uma decisão de cobertura:

- Ligando para: 866-610-2273 TTY: 711
- Fax: 1-857-453-4517
- Escrevendo para:

Commonwealth Care Alliance, Inc.
Attn: Appeals and Grievances Department
2 Avenue de Lafayette, 5th Floor
Boston, MA 02111



Decisão de cobertura padrão

Quando lhe informarmos a nossa decisão, usaremos os prazos “padrão”, a menos que concordemos em usar os prazos “rápidos”. Uma decisão de cobertura padrão significa que lhe daremos uma resposta dentro de:

- **7 dias corridos** após recebermos sua solicitação **de um serviço ou item médico participante de nossas regras de autorização prévia.**
- **14 dias corridos** após recebermos sua solicitação **para todos os outros serviços ou itens médicos.**
- **72 horas** após recebermos sua solicitação **de um medicamento Medicare Parte B.**

Para um item ou serviço médico, podemos levar até mais 14 dias corridos se você pedir mais tempo ou se precisarmos de mais informações que possam beneficiá-lo (como prontuários de prestadores fora da rede). Se precisarmos de mais alguns dias para tomar a decisão, nós o informaremos por escrito. **Não podemos demorar mais alguns dias se sua solicitação for para um medicamento do Medicare Parte B.**

Se achar que **não devemos** demorar mais alguns dias, você pode fazer uma “reclamação rápida” sobre nossa decisão de demorar mais dias. Quando você faz uma reclamação rápida, nós a respondemos em até 24 horas. O processo para fazer uma reclamação é diferente do processo para decisões de cobertura e recursos. Para obter mais informações sobre como fazer uma reclamação, incluindo uma reclamação rápida, consulte a **Seção K**.

Decisão rápida de cobertura

O termo legal para decisão de cobertura rápida é **determinação acelerada**.

Quando você nos solicitar uma decisão de cobertura sobre seus cuidados médicos e sua saúde exigir uma resposta rápida, peça-nos para tomar uma “decisão rápida de cobertura”. Uma decisão rápida de cobertura significa que lhe daremos uma resposta dentro de:

- **72 horas** após recebermos sua solicitação **de um serviço ou item médico.**
- **24 horas** após recebermos sua solicitação **para um medicamento do Medicare Parte B.**

Para um item ou serviço médico, podemos levar até 14 dias corridos adicionais se descobrirmos que faltam informações que podem ser benéficas para você (como prontuários de prestadores fora da rede) ou se você precisar de tempo para nos fornecer informações para a análise. Se precisarmos de mais alguns dias para tomar a decisão, nós o informaremos por escrito. **Não podemos demorar mais tempo se sua solicitação for para um medicamento do Medicare Parte B.**

Se você achar que **não devemos** demorar mais dias para tomar a decisão de cobertura, você pode fazer uma “reclamação rápida” sobre nossa decisão de demorar mais dias. Para obter



mais informações sobre como fazer uma reclamação, inclusive uma reclamação rápida, consulte a **Seção K**. Entraremos em contato com você assim que tomarmos a decisão.

Para obter uma decisão rápida de cobertura, você deve atender a dois requisitos:

- Você está solicitando cobertura para itens e/ou serviços médicos que **não recebeu**. Você não pode solicitar uma decisão rápida de cobertura sobre o pagamento de itens ou serviços que já recebeu.
- Usar os prazos padrão **pode causar sérios danos à sua saúde** ou prejudicar sua capacidade de funcionamento.

Nós lhe concederemos automaticamente uma decisão rápida de cobertura se o seu médico nos informar que sua saúde assim o exige. Se você solicitar sem o apoio do seu médico, nós decidiremos se você receberá uma decisão rápida de cobertura.

- Se decidirmos que seu estado de saúde não atende aos requisitos para uma decisão de cobertura rápida, enviaremos uma carta informando isso e, em vez disso, usaremos os prazos padrão. A carta informa a você:
 - Nós lhe concederemos automaticamente uma decisão rápida de cobertura se o seu médico a solicitar.
 - Como você pode registrar uma “reclamação rápida” sobre nossa decisão de lhe dar uma decisão de cobertura padrão em vez de uma decisão rápida de cobertura. Para obter mais informações sobre como fazer uma reclamação, incluindo uma reclamação rápida, consulte a **Seção K**.

Se dissermos Não a uma parte ou à totalidade do seu pedido, enviaremos uma carta explicando os motivos.

- Se dissermos **Não**, você tem o direito de entrar com um recurso. Se achar que cometemos um erro, entrar com um recurso é uma maneira formal de nos pedir que revisemos nossa decisão e a alteremos.
- Se decidir entrar com um recurso, você passará para o Nível 1 do processo de recursos (consulte a **Seção F3**).

Em circunstâncias limitadas, podemos indeferir sua solicitação de uma decisão de cobertura, o que significa que não analisaremos a solicitação. Exemplos de quando uma solicitação será indeferida incluem:

- 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 sua solicitação seja retirada.

Se rejeitarmos uma solicitação de decisão de cobertura, enviaremos a você um aviso explicando por que a solicitação foi rejeitada e como solicitar uma revisão da rejeição. Essa revisão é chamada de recurso. Os recursos são discutidos na próxima seção.

F3. Como entrar com um recurso de Nível 1

Para iniciar um recurso, você, seu médico ou seu representante devem entrar em contato conosco. Entre em contato conosco pelo telefone 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana.

Além disso, se precisar de ajuda durante o processo de recurso, você pode ligar para o My Ombudsman no número 1-855-781-9898 (ou usar o MassRelay no número 711 para ligar para 1-855-781-9898 ou videofone (VP) 339-224-6831). O My Ombudsman não está ligado a nós ou a qualquer companhia de seguros ou plano de saúde.

Solicite um recurso padrão ou um recurso rápido por escrito ou entrando em contato conosco pelo telefone 866-610-2273.

- Se o seu médico ou outro profissional de saúde autorizado a prescrever pedir para continuar um serviço ou item que você já está recebendo durante o recurso, talvez seja necessário nomeá-lo como seu representante para agir em seu nome.
- Se alguém que não seja seu médico fizer o recurso por você, inclua um formulário de Nomeação de Representante autorizando essa pessoa a representá-lo. Você pode obter o formulário visitando www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf ou em nosso site www.ccama.org.
- Podemos aceitar uma solicitação de recurso sem o formulário, mas não podemos iniciar ou concluir nossa análise até que o recebamos. Se não recebermos o formulário antes do prazo para tomarmos uma decisão sobre seu recurso:
 - Rejeitaremos sua solicitação; e
 - Enviamos a você uma notificação por escrito explicando seu direito de pedir à IRO que reveja nossa decisão de indeferir seu recurso.
- Você deve solicitar um recurso no prazo de 65 dias corridos a partir da data da carta que enviamos para informá-lo de nossa decisão.
- Se você perder o prazo mas apresentar um bom motivo para perdê-lo, poderemos lhe dar mais tempo para fazer o recurso. Exemplos de bons motivos são: você teve uma doença grave ou fornecemos informações erradas sobre o prazo. Explique o motivo pelo qual seu recurso está atrasado quando o apresentar.
- Você tem o direito de nos pedir uma cópia gratuita das informações sobre o seu recurso. Você e seu médico também podem nos fornecer mais informações para apoiar o seu recurso.

Em caso de dúvidas, ligue para o CCA One Care (HMO D-SNP) no telefone 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. A ligação é gratuita. **Para obter mais informações**, acesse www.ccama.org.



Se sua assim saúde o exigir, solicite um recurso rápido.

O termo legal para “recurso rápido” é “**reconsideração acelerada**”.

- Se você recorrer de uma decisão que tomamos sobre a cobertura de cuidados, você e/ou seu médico decidem se é necessário de um recurso rápido.

Nós lhe concederemos automaticamente um recurso rápido se o seu médico nos disser que sua saúde assim o exige. Se você solicitar sem o apoio do seu médico, nós decidiremos se você terá direito a um recurso rápido.

- Se decidirmos que seu estado de saúde não atende aos requisitos para um recurso rápido, enviaremos uma carta informando isso e, em vez disso, usaremos os prazos padrão. A carta informa a você:
 - Nós lhe concedemos automaticamente um recurso rápido se o seu médico o solicitar.
 - Como você pode apresentar uma “reclamação rápida” sobre nossa decisão de lhe conceder um recurso padrão em vez de um recurso rápido. Para obter mais informações sobre como fazer uma reclamação, incluindo uma reclamação rápida, consulte a **Seção K**.

Se lhe dissermos que estamos interrompendo ou reduzindo serviços ou itens que você já recebe, você poderá continuar com esses serviços ou itens durante o recurso.

- Se decidirmos alterar ou interromper a cobertura de um serviço ou item que você recebe, enviaremos um aviso antes de fazê-lo.
- Se não concordar com nossa decisão, você pode entrar com um Recurso de Nível 1.
- Continuaremos cobrindo o serviço ou item se você solicitar um Recurso de Nível 1 no prazo de 10 dias corridos a partir da data da nossa carta ou até a data de entrada em vigor pretendida da ação, o que for posterior.
 - Se você cumprir esse prazo, receberá o serviço ou item sem alterações enquanto o recurso de Nível 1 estiver pendente.
 - Você também receberá todos os outros serviços ou itens (que não sejam participantes do seu recurso) sem alterações.
 - Se não recorrer antes dessas datas, seu serviço ou item não será continuado enquanto você aguarda a decisão do recurso.

Analizamos o seu recurso e lhe damos a nossa resposta.

- Quando analisamos seu recurso, examinamos cuidadosamente todas as informações sobre sua solicitação de cobertura de cuidados médicos.
- Verificamos se seguimos todas as regras quando dissermos **Não** à sua solicitação.

Em caso de dúvidas, ligue para o CCA One Care (HMO D-SNP) no telefone 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. A ligação é gratuita. **Para obter mais informações,** acesse www.ccama.org.



- Reunimos mais informações, se necessário. Podemos entrar em contato com você ou com o seu médico para obter mais informações.

Há prazos para um recurso rápido.

- Quando usamos os prazos rápidos, devemos lhe dar a nossa resposta em até **72 horas após recebermos o seu recurso**. Daremos nossa resposta mais cedo se sua saúde assim o exigir.
- Se você pedir mais tempo ou se precisarmos de mais informações que possam beneficiá-lo, **podemos levar até 14 dias corridos a mais** se a sua solicitação for para um item ou serviço médico.
 - Se precisarmos de mais dias para tomar a decisão, nós o informaremos por escrito.
 - Se a sua solicitação for para um medicamento Medicare Parte B, não podemos levar mais tempo para tomar a decisão.
 - Se não lhe dermos uma resposta dentro de 72 horas ou até o último dos dias a mais solicitados, devemos enviar sua solicitação para o Nível 2 do processo de recursos. Ele será então analisado por uma IRO. Mais adiante neste capítulo, falaremos sobre essa organização e explicaremos o processo de apelação de Nível 2. Se o seu problema for sobre a cobertura de um serviço ou item do Medicaid, você mesmo pode entrar com uma Audiência Administrativa de Nível 2 junto ao estado assim que o prazo acabar.
- **Se dissermos Sim a uma parte ou à totalidade do seu pedido**, devemos autorizar ou fornecer a cobertura que concordamos em fornecer dentro de 72 horas após recebermos seu recurso.
- **Se dissermos Não a uma parte ou à totalidade da sua solicitação**, enviaremos o seu recurso à IRO para um Recurso de Nível 2.

Há prazos para um recurso padrão.

- Quando usamos os prazos padrão, devemos dar a resposta no prazo de **30 dias corridos** após recebermos o recurso para a cobertura de serviços que você não recebeu.
- Se a sua solicitação for para um medicamento Medicare Parte B que você não recebeu, daremos a resposta **em até 7 dias corridos** após recebermos o recurso ou antes, se a sua saúde assim o exigir.
- Se você pedir mais tempo ou se precisarmos de mais informações que possam beneficiá-lo, **podemos levar até 14 dias corridos a mais** se a sua solicitação for para um item ou serviço médico.
 - Se precisarmos de mais dias para tomar a decisão, nós o informaremos por escrito.

- Se a sua solicitação for para um medicamento Medicare Parte B, não podemos levar mais tempo para tomar a decisão.
- Se achar que **não devemos** levar mais dias, você pode apresentar uma reclamação rápida sobre a nossa decisão. Quando você apresenta uma reclamação rápida, nós lhe damos uma resposta em 24 horas. Para obter mais informações sobre como fazer uma reclamação, incluindo reclamações rápidas, consulte a **Seção K**.
- Se não dermos uma resposta até o prazo final ou até o último dos dias a mais solicitados, devemos enviar sua solicitação ao Nível 2 do processo de recursos. Ele será então analisado por uma IRO. Mais adiante neste capítulo, na **Seção F4**, falaremos sobre essa organização e explicaremos o processo de recursos de Nível 2. Se o seu problema for sobre a cobertura de um serviço ou item do Medicaid, você mesmo pode entrar com uma Audiência Administrativa de Nível 2 junto ao estado assim que o prazo acabar.

Se dissermos Sim a uma parte ou à totalidade da sua solicitação, devemos autorizar ou fornecer a cobertura que concordamos em fornecer dentro de 30 dias corridos, ou **dentro de 7 dias corridos** se a sua solicitação for para um medicamento Medicare Parte B, após recebermos o seu recurso.

Se dissermos **Não** a uma parte ou à totalidade da sua solicitação, **você terá direitos adicionais de recurso**:

- Se dissermos **Não** a uma parte ou à totalidade do seu pedido, enviaremos uma carta a você.
- Se o seu problema for sobre a cobertura de um serviço ou item do Medicare, a carta informa que enviamos o seu caso à IRO para um Recurso de Nível 2.
- Se o seu problema for sobre a cobertura de um serviço ou item do MassHealth (Medicaid), a carta informa como apresentar um Recurso de Nível 2 por conta própria.

F4. Como entrar com um recurso de Nível 2

Se dissermos **Não** a uma parte ou à totalidade do seu Recurso de Nível 1, enviaremos uma carta a você. Essa carta informa se o Medicare, o MassHealth (Medicaid) ou ambos os programas geralmente cobrem o serviço ou item.

- Se o seu problema for sobre um serviço ou item que o Medicare geralmente cobre, 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 sobre um serviço ou item que o MassHealth (Medicaid) normalmente cobre, você mesmo pode apresentar um Recurso de Nível 2. A carta lhe diz como fazer isso. Também incluímos mais informações mais adiante neste capítulo.
- Se o seu problema for sobre um serviço ou item que **tanto o Medicare quanto o MassHealth (Medicaid)** possam cobrir, você receberá automaticamente um recurso de Nível 2 junto à IRO. Você também pode solicitar uma Audiência Administrativa com o estado.



Se você se qualificou para a continuação dos benefícios quando entrou com o Recurso de Nível 1, seus benefícios para o serviço, item ou medicamento sob recurso também podem continuar durante o Nível 2. Consulte a **Seção F3** para obter informações sobre a continuação dos seus benefícios durante os recursos de Nível 1.

- Se o seu problema for sobre um serviço normalmente coberto apenas pelo Medicare, seus benefícios para esse serviço não continuarão durante o processo de recurso de Nível 2 junto à IRO.
- Se o seu problema for sobre um serviço normalmente coberto apenas pelo MassHealth (Medicaid), seus benefícios para esse serviço continuarão se você enviar um Recurso de Nível 2 dentro de 10 dias corridos após receber nossa carta de decisão.

Quando o seu problema é sobre um serviço ou item que o Medicare geralmente cobre

A IRO analisa seu recurso. Trata-se de uma organização independente contratada pelo Medicare.

O nome formal da Organização de Revisão Independente (IRO) é **Entidade de Revisão Independente**, às vezes chamada de **IRE**.

- Essa organização não está ligada a nós e não é uma agência governamental. O Medicare escolheu a empresa para ser a IRO, e supervisiona seu trabalho.
- Enviamos informações sobre seu recurso (seu “arquivo de caso”) para essa organização. Você tem direito a uma cópia gratuita do seu processo.
- Você tem o direito de fornecer à IRO informações adicionais para apoiar o seu recurso.
- Os revisores da IRO examinam com cuidado todas as informações relacionadas ao seu recurso.

Se você teve um recurso rápido no Nível 1, também terá um recurso rápido no Nível 2.

- Se você entrou com um pedido de recurso rápido para nós no Nível 1, automaticamente terá um recurso rápido no Nível 2. A IRO deve lhe dar uma resposta ao seu Recurso de Nível 2 **dentro de 72 horas** após recebê-lo.
- Se a sua solicitação for de um item ou serviço médico e a IRO precisar reunir mais informações que possam beneficiá-lo, **isso pode levar até 14 dias corridos a mais**. A IRO não pode levar mais tempo para tomar uma decisão se a sua solicitação for para um medicamento do Medicare Parte B.

Se você teve um recurso padrão no Nível 1, você também terá um recurso padrão no Nível 2.

- Se você entrou com um recurso padrão contra nós no Nível 1, automaticamente terá um recurso padrão no Nível 2.

Em caso de dúvidas, ligue para o CCA One Care (HMO D-SNP) no telefone 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. A ligação é gratuita. **Para obter mais informações**, acesse www.ccama.org.



- Se a sua solicitação for para um item ou serviço médico, a IRO deve lhe dar uma resposta ao seu Recurso de Nível 2 **dentro de 30 dias corridos** após recebê-lo.
- Se a sua solicitação for para um medicamento do Medicare Parte B, a IRO deve lhe dar uma resposta ao seu Recurso de Nível 2 **dentro de 7 dias corridos** após recebê-lo.
- Se a sua solicitação for de um item ou serviço médico e a IRO precisar reunir mais informações que possam beneficiá-lo, **isso pode levar até 14 dias corridos a mais**. A IRO leva mais tempo para tomar uma decisão se a sua solicitação for para um medicamento do Medicare Parte B.

A IRO lhe dará a resposta por escrito e explicará os motivos.

- **Se a IRO disser Sim a uma parte ou à totalidade de uma solicitação de um item ou serviço médico, devemos:**
 - Autorizar a cobertura de cuidados médicos **dentro de 72 horas, ou**
 - Prestar o serviço em até **14 dias corridos** após recebermos a decisão da IRO para **solicitações padrão, ou o**
 - Prestar o serviço **em até 72 horas** a partir da data em que obtivermos a decisão da IRO para **solicitações aceleradas**.
- **Se a IRO disser Sim a uma parte ou à totalidade de uma solicitação de medicamento do Medicare Parte B, devemos autorizar ou fornecer o medicamento do Medicare Parte B em controvérsia:**
 - **dentro de 72 horas** após recebermos a decisão da IRO para **solicitações padrão, ou**
 - **dentro de 24 horas** a partir da data em que recebermos a decisão da IRO para **solicitações aceleradas**.
- **Se a IRO disser Não a uma parte ou a todo o seu recurso**, isso significa que ela concorda que não devemos aprovar sua solicitação (ou parte dela) para cobertura de cuidados médicos. Isso é chamado de “manter a decisão” ou “recusar seu recurso”.
 - Se o seu caso atender aos requisitos, você decide se deseja levar o recurso adiante.
 - Há três níveis adicionais no processo de recurso após o Nível 2, em um total de cinco níveis.
 - Se o seu Recurso de Nível 2 for recusado e você atender aos requisitos para continuar o processo de recurso, você deve decidir entrar com um



recurso no Nível 3 e fazer entrar com um terceiro recurso. Os detalhes sobre como fazer isso estão na notificação por escrito que você recebe após o Recurso de Nível 2.

- Um Juiz de direito administrativo (ALJ) ou um advogado responsável pela decisão administrativa lida com um Recurso de Nível 3. Consulte a **Seção J** para obter mais informações sobre os Recursos de Nível 3, 4 e 5.

Quando o seu problema é sobre um serviço ou item que o Medicaid normalmente cobre, ou que é coberto tanto pelo Medicare quanto pelo MassHealth (Medicaid)

Um recurso de Nível 2 para serviços que o MassHealth (Medicaid) normalmente cobre é uma Audiência Administrativa com o estado. No MassHealth (Medicaid), uma Audiência Administrativa permite que um consumidor insatisfeito com determinadas ações ou omissões do Departamento ou de um prestador sob contrato com o Departamento apresente sua posição em uma audiência informal e receba uma decisão justa de um oficial de audiência imparcial com base nos fatos e nas políticas, regulamentos, estatutos e/ou jurisprudência aplicáveis do Department of Children and Families (DCF). Você deve solicitar uma Audiência Administrativa por escrito ou por telefone **no prazo de 120 dias corridos** a partir da data em que enviamos a carta de decisão sobre o seu Recurso de Nível 1. A carta que enviamos a você informa onde enviar a sua solicitação de Audiência Administrativa.

Para obter o “Formulário de Solicitação de Audiência Administrativa” ou para obter mais informações sobre seus direitos de recurso, entre em contato com o 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-\(Medicaid\)-decision](http://www.mass.gov/how-to/how-to-appeal-a-MassHealth-(Medicaid)-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 temos sobre seu recurso para o Board of Hearings. Essas informações são chamadas de seu “arquivo de caso”. Você tem o direito de nos solicitar uma cópia do seu processo. As cópias lhe são fornecidas gratuitamente. Você tem o direito de fornecer ao Board of Hearings informações adicionais para apoiar o seu recurso. Na audiência, você pode se apresentar por conta própria ou ter um representante autorizado agindo em seu nome, ou ser representado por um advogado ou outro representante às suas próprias custas. Você pode entrar em contato com um serviço jurídico local ou uma agência comunitária para obter aconselhamento ou representação sem nenhum custo.

O escritório de Audiência Administrativa lhe dará a decisão por escrito e explicará os motivos.

- Se o escritório da Audiência Administrativa disser **Sim** a uma parte ou à totalidade de uma solicitação de um item ou serviço médico, devemos autorizar ou fornecer o serviço ou item **dentro de 72 horas** após recebermos a decisão.
- Se o escritório da Audiência Administrativa disser **Não** a uma parte ou à totalidade do seu recurso, isso significa que ele concorda que não devemos aprovar sua solicitação (ou parte dela) para cobertura de cuidados médicos. Isso é chamado de “manter a decisão” ou “recusar seu recurso”.



Se a decisão da IRO ou do escritório de Audiência Administrativa for **Não** para toda ou parte da sua solicitação, você tem direitos adicionais de recurso.

Se o seu Recurso de Nível 2 foi para a **IRO**, você só poderá recorrer novamente se o valor em dólares do serviço ou item que deseja atingir um determinado valor mínimo. Um ALJ ou advogado responsável pela decisão administrativa lida com um Recurso de Nível 3. **A carta que você recebe da IRO explica os direitos adicionais de recurso que você pode ter.**

A carta que você recebe do escritório de Audiência Administrativa descreve a próxima opção de recurso.

Consulte a **Seção J** para obter mais informações sobre seus direitos de recurso após o Nível 2.

F5. Problemas de pagamento

Não permitimos que os prestadores da nossa rede lhe cobrem por serviços e itens cobertos. Isso é verdade mesmo se pagarmos ao prestador menos do que ele cobra por um serviço ou item coberto. Você nunca é obrigado a pagar o valor residual de qualquer fatura.

Se você receber uma fatura de serviços e itens cobertos, envie-a para nós. Não pague a fatura você mesmo. Entraremos em contato diretamente com o prestador e cuidaremos do problema. Se você pagar a fatura, poderá obter um reembolso do nosso plano se tiver seguido as regras para obter serviços ou itens.

Para obter mais informações, consulte o **Capítulo 7** deste *Manual do Associado*. Ele descreve situações em que você pode precisar nos pedir para reembolsá-lo ou pagar uma fatura que recebeu de um prestador. Ele também informa como nos enviar a documentação que solicita o pagamento.

Se você pedir o reembolso, estará solicitando uma decisão de cobertura. Verificaremos se o serviço ou item pelo qual você pagou está coberto e se você seguiu todas as regras para usar sua cobertura.

- Se o serviço ou item pelo qual você pagou estiver coberto e você tiver seguido todas as regras, enviaremos o pagamento pelo serviço ou item normalmente dentro de 30 dias corridos, mas no máximo 60 dias corridos após recebermos sua solicitação.
- Se você ainda não tiver pago pelo serviço ou item, enviaremos o pagamento diretamente ao prestador. Quando enviamos o pagamento, é o mesmo que dizer **Sim** à sua solicitação de decisão de cobertura.
- Se o serviço ou item não for coberto ou se você não tiver seguido todas as regras, enviaremos uma carta informando que não pagaremos pelo serviço ou item e explicando o motivo.

Se não concordar com nossa decisão de não pagar, **você pode entrar com um recurso**. Siga o processo de recurso descrito na **Seção F3**. Ao seguir essas instruções, observe:

- Se você fizer um recurso para que nós o reembolsemos, devemos dar-lhe a nossa resposta dentro de 30 dias corridos após recebê-lo.



Se a nossa resposta ao seu recurso for **Não** e o **Medicare** normalmente cobrir o serviço ou item, enviaremos o seu caso à IRO. Nós lhe enviaremos uma carta se isso acontecer.

- Se a IRO reverter nossa decisão e disser que devemos pagá-lo, devemos enviar o pagamento para você ou para o prestador dentro de 30 dias corridos. Se a resposta ao seu recurso for **Sim** em qualquer estágio do processo de recurso após o Nível 2, devemos enviar o pagamento para você ou para o profissional de saúde no prazo de 60 dias corridos.
- Se a IRO disser **Não** ao seu recurso, isso significa que ela concorda que não devemos aprovar sua solicitação. Isso é chamado de “manter a decisão” ou “recusar seu recurso”. Você receberá uma carta explicando os direitos adicionais de recurso que pode ter. Consulte a **Seção J** para obter mais informações sobre os níveis adicionais de recurso.

Se a nossa resposta ao seu recurso for **Não** e o MassHealth (Medicaid) normalmente cobrir o serviço ou item, você mesmo pode entrar com um Recurso de Nível 2. Consulte a **Seção F4** para obter mais informações.

G. Medicamentos do Medicare Parte D

Seus benefícios como associado do nosso plano incluem cobertura para muitos medicamentos. A maioria deles são medicamentos do Medicare Parte D. Há alguns medicamentos que não são cobertos pelo Medicare Parte D e que o MassHealth (Medicaid) pode cobrir. **Esta seção se aplica apenas aos recursos de medicamentos do Medicare Parte D.** Diremos “medicamento” no restante desta seção em vez de dizer “medicamento do Medicare Parte D” todas as vezes.

Para ser coberto, o medicamento deve ser usado para uma indicação medicamente aceita. Isso significa que o medicamento é aprovado pela Food and Drug Administration (FDA) ou apoiado por determinadas referências médicas. Consulte o **Capítulo 5** deste *Manual do Associado* para obter mais informações sobre uma indicação medicamente aceita.

G1. Decisões de cobertura e recursos do Medicare Parte D

Aqui estão exemplos de decisões de cobertura que você nos pede para tomar sobre seus medicamentos do Medicare Parte D:

- Você nos pede para abrir uma exceção, inclusive para:
 - cobrir um medicamento do Medicare Parte D que não esteja na *Lista de Medicamentos* do nosso plano ou
 - anular uma restrição à nossa cobertura para um medicamento (como limites na quantidade que você pode obter)
- Você nos pergunta se um medicamento está coberto para você (por exemplo, quando o medicamento está na *Lista de Medicamentos* do nosso plano, mas precisamos aprová-lo para você antes de cobri-lo)

Em caso de dúvidas, ligue para o CCA One Care (HMO D-SNP) no telefone 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. A ligação é gratuita. **Para obter mais informações**, acesse www.ccama.org.



OBSERVAÇÃO: se a sua farmácia lhe disser que seu medicamento não pode ser retirado da forma que está escrito, ela lhe dará um aviso por escrito explicando como entrar em contato conosco para solicitar uma decisão de cobertura.

Uma decisão de cobertura inicial sobre seus medicamentos do Medicare Parte D é chamada de “**determinação de cobertura**”.

- Você nos pede para pagar por um medicamento que já comprou. Isso é pedir uma decisão de cobertura sobre o pagamento.

Se não concordar com uma decisão de cobertura que tomamos, você pode recorrer da nossa decisão. Esta seção informa como solicitar decisões de cobertura e como entrar com um recurso. Use a tabela abaixo para ajudá-lo.

Em qual dessas situações você se encontra?			
Você precisa de um medicamento que não consta em nossa <i>Lista de Medicamentos</i> ou precisa que nós dispenseemos uma regra ou restrição sobre um medicamento que cobrimos.	Você deseja que cubramos um medicamento que consta em nossa <i>Lista de Medicamentos</i> e acredita que cumpre as regras ou restrições do plano (como obter aprovação prévia) para o medicamento de que precisa.	Você deseja solicitar o reembolso de um medicamento que já adquiriu e pagou.	Informamos que não cobriremos ou pagaremos por um medicamento da maneira que você deseja
Você pode nos pedir para abrir uma exceção. (Este é um tipo de decisão de cobertura).	Você pode nos solicitar uma decisão de cobertura.	Você pode nos pedir para reembolsá-lo. (Este é um tipo de decisão de cobertura).	Você pode entrar com um recurso. (Isso significa que você nos pede para reconsiderar).
Comece pela Seção G2 e, em seguida, consulte as Seções G3 e G4 .	Consulte a Seção G4 .	Consulte a Seção G4 .	Consulte a Seção G5 .

G2. Exceções do Medicare Parte D

Se não cobrirmos um medicamento da maneira que você deseja, você pode nos pedir para abrir uma “exceção”. Se recusarmos seu pedido de exceção, você pode recorrer de nossa decisão.

Quando você solicita uma exceção, seu médico ou outro profissional de saúde autorizado a prescrever precisa explicar as razões médicas pelas quais você precisa dela.

Em caso de dúvidas, ligue para o CCA One Care (HMO D-SNP) no telefone 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. A ligação é gratuita. **Para obter mais informações**, acesse www.ccama.org.



Solicitar a cobertura de um medicamento que não está em nossa *Lista de Medicamentos* ou a remoção de uma restrição a um medicamento é, às vezes, chamado de solicitar uma “exceção de formulário”.

Aqui estão alguns exemplos de exceções que você, seu médico ou outro profissional de saúde autorizado a prescrever podem nos solicitar:

1. Cobertura de um medicamento que não consta em nossa *Lista de Medicamentos*

- Podemos concordar em abrir uma exceção e cobrir um medicamento que não consta em nossa *Lista de Medicamentos*.

2. Remoção de uma restrição para um medicamento coberto

- Regras ou restrições extras se aplicam a determinados medicamentos em nossa *Lista de Medicamentos* (consulte o **Capítulo 5** deste *Manual do Associado* para obter mais informações).
- As regras e restrições extras para determinados medicamentos incluem:
 - Ser obrigado a usar a versão genérica de um medicamento em vez do medicamento de marca.
 - Obter nossa aprovação prévia antes de concordarmos em cobrir o medicamento para você. Isso às vezes é chamado de “autorização prévia (PA)”.
 - Ser obrigado a experimentar primeiro um medicamento diferente antes de concordarmos em cobrir o medicamento que você solicitou. Isso às vezes é chamado de “terapia sequencial”.
 - Limites de quantidade: para alguns medicamentos, há restrições quanto à quantidade do medicamento que você pode consumir.

G3. Coisas importantes a saber sobre como solicitar uma exceção

Seu médico ou outro profissional de saúde autorizado a prescrever deve nos informar os motivos médicos.

Seu médico ou outro profissional de saúde autorizado a prescrever deve nos fornecer uma declaração explicando os motivos médicos para solicitar uma exceção. Para uma decisão mais rápida, inclua essas informações médicas do seu médico ou outro profissional de saúde autorizado a prescrever quando solicitar a exceção.

Nossa *Lista de Medicamentos* geralmente inclui mais de um medicamento para o tratamento de uma condição específica. Esses são chamados de medicamentos “alternativos”. Se um medicamento alternativo for tão eficaz quanto o medicamento que você solicita e não causar mais efeitos colaterais ou outros problemas de saúde, geralmente **não** aprovamos a sua solicitação de exceção.

Podemos dizer Sim ou Não à sua solicitação.

Em caso de dúvidas, ligue para o CCA One Care (HMO D-SNP) no telefone 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. A ligação é gratuita. **Para obter mais informações**, acesse www.ccama.org.



- Se dissermos **Sim** à sua solicitação de exceção, a exceção geralmente dura até o final do ano civil. Isso é verdade desde que o seu médico continue a prescrever o medicamento para você e que esse medicamento continue a ser seguro e eficaz para o tratamento da sua doença.
- Se dissermos **Não** à sua solicitação de exceção, você pode entrar com um recurso. Consulte a **Seção G5** para obter informações sobre como entrar com um recurso se dissermos **Não**.

A próxima seção informa como solicitar uma decisão de cobertura, incluindo uma exceção.

G4. Como solicitar uma decisão de cobertura, incluindo uma exceção

- Solicite o tipo de decisão de cobertura que deseja ligando para 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana, por escrito ou por fax. Você, seu representante ou seu médico (ou outro profissional habilitado a prescrever) podem fazer isso. Inclua seu nome, informações de contato e informações sobre a reivindicação.
- Você, seu médico (ou outro profissional habilitado a prescrever) ou outra pessoa agindo em seu nome pode solicitar uma decisão de cobertura. Você também pode pedir que um advogado atue em seu nome.
- Consulte a **Seção E3** para saber como nomear alguém como seu representante.
- Você não precisa dar permissão por escrito ao seu médico ou outro profissional de saúde autorizado a prescrever para solicitar uma decisão de cobertura em seu nome.
- Se quiser nos pedir o reembolso de um medicamento, consulte o **Capítulo 7** deste *Manual do Associado*.
- Se você solicitar uma exceção, forneça-nos uma “declaração comprobatória”. A declaração comprobatória inclui as razões médicas do seu médico ou de outro profissional de saúde autorizado a prescrever para a solicitação de exceção.
- Seu médico ou outro profissional de saúde autorizado a prescrever pode nos enviar a declaração comprobatória por fax ou correio. Ele também pode nos informar por telefone e depois enviar a declaração por fax ou correio.

Se sua saúde assim o exigir, solicite uma “decisão rápida de cobertura”.

Usamos os “prazos padrão”, a menos que concordemos em usar os “prazos rápidos”.

- Uma **decisão de cobertura padrão** significa que lhe daremos uma resposta em até 72 horas após recebermos a declaração do seu médico.
- Uma **decisão rápida de cobertura** significa que lhe daremos uma resposta em até 24 horas após recebermos a declaração do seu médico.

Uma “decisão rápida de cobertura” é chamada de “**determinação de cobertura acelerada**”.



Você pode obter uma decisão rápida de cobertura se:

- For para um medicamento que você não recebeu. Você não pode obter uma decisão rápida de cobertura se estiver nos pedindo para reembolsá-lo por um medicamento que já comprou.
- Sua saúde ou capacidade de funcionamento seria seriamente prejudicada se usássemos os prazos padrão.

Se o seu médico ou outro profissional de saúde autorizado a prescrever nos disser que a sua saúde exige uma decisão de cobertura rápida, nós concordaremos e a daremos a você. Nós lhe enviaremos uma carta com essa informação.

- Se você solicitar uma decisão de cobertura rápida sem o apoio do seu médico ou outro profissional de saúde autorizado a prescrever, nós decidiremos se você receberá uma decisão rápida de cobertura.
- Se decidirmos que sua condição médica não atende aos requisitos para uma decisão rápida de cobertura, usaremos os prazos padrão.
 - Nós lhe enviaremos uma carta com essa informação. A carta também lhe informa como fazer uma reclamação sobre nossa decisão.
 - Você pode registrar uma reclamação rápida e obter uma resposta em 24 horas. Para obter mais informações sobre como fazer uma reclamação, incluindo reclamações rápidas, consulte a **Seção K**.

Prazos para uma decisão rápida de cobertura

- Se usarmos os prazos rápidos, devemos lhe dar a nossa resposta dentro de 24 horas após recebermos a sua solicitação. Se você solicitar uma exceção, daremos nossa resposta em até 24 horas após recebermos a declaração comprobatória do seu médico. Daremos a resposta mais cedo se sua saúde assim o exigir.
- Se não cumprirmos esse prazo, enviaremos sua solicitação ao Nível 2 do processo de recursos para análise por uma IRO. Consulte a **Seção G6** para obter mais informações sobre um recurso de Nível 2.
- Se dissermos **Sim** a uma parte ou à totalidade da sua solicitação, nós lhe daremos a cobertura dentro de 24 horas após recebermos a sua solicitação ou a declaração comprobatória do seu médico.
- Se dissermos **Não** a uma parte ou à totalidade da sua solicitação, enviaremos uma carta com os motivos. A carta também informa como você pode entrar com um recurso.

Prazos para uma decisão de cobertura padrão sobre um medicamento que você não recebeu

- Se usarmos os prazos padrão, devemos lhe dar a nossa resposta em até 72 horas após recebermos a sua solicitação. Se você solicitar uma exceção, daremos a nossa resposta em até 72 horas após recebermos a declaração comprobatória do seu médico. Daremos a resposta mais cedo se sua saúde assim o exigir.

Em caso de dúvidas, ligue para o CCA One Care (HMO D-SNP) no telefone 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. A ligação é gratuita. **Para obter mais informações**, acesse www.ccama.org.



- Se não cumprirmos esse prazo, enviaremos sua solicitação ao Nível 2 do processo de recursos para análise por uma IRO.
- Se dissermos **Sim** a uma parte ou à totalidade da sua solicitação, forneceremos a cobertura em até 72 horas após recebermos a sua solicitação ou a declaração comprobatória do seu médico para uma exceção.
- Se dissermos **Não** a uma parte ou à totalidade da sua solicitação, enviaremos uma carta com os motivos. A carta também informa como entrar com um recurso.

Prazos para uma decisão de cobertura padrão sobre um medicamento que você já comprou

- Devemos lhe dar a nossa resposta em até 14 dias corridos após recebermos a sua solicitação.
- Se não cumprirmos esse prazo, enviaremos sua solicitação ao Nível 2 do processo de recursos para análise por uma IRO.
- Se dissermos **Sim** a uma parte ou à totalidade da sua solicitação, nós lhe reembolsaremos em até 14 dias corridos.
- Se dissermos **Não** a uma parte ou à totalidade da sua solicitação, enviaremos uma carta com os motivos. A carta também informa como entrar com um recurso.

G5. Como entrar com um recurso de Nível 1

Um recurso ao nosso plano sobre uma decisão de cobertura de medicamentos do Medicare Parte D é chamado de “**redeterminação**” do plano.

- Inicie seu **recurso padrão** ou **rápido** ligando para 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana, por escrito ou por fax. Você, seu representante ou seu médico (ou outro profissional habilitado a prescrever) podem fazer isso. Inclua seu nome, informações de contato e informações sobre o seu recurso.
- Você deve solicitar um recurso **no prazo de 65 dias corridos** a partir da data da carta que enviamos para informá-lo de nossa decisão.
- Se você perder o prazo mas apresentar um bom motivo para perdê-lo, poderemos lhe dar mais tempo para fazer o recurso. Exemplos de bons motivos são: você teve uma doença grave ou fornecemos informações erradas sobre o prazo. Explique o motivo pelo qual seu recurso está atrasado quando o apresentar.
- Você tem o direito de nos pedir uma cópia gratuita das informações sobre o seu recurso. Você e seu médico também podem nos fornecer mais informações para apoiar o seu recurso.

Se sua assim saúde o exigir, solicite um recurso rápido.

Em caso de dúvidas, ligue para o CCA One Care (HMO D-SNP) no telefone 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. A ligação é gratuita. **Para obter mais informações**, acesse www.ccama.org.



Um recurso rápido também é chamado de “**redeterminação acelerada**”.

- Se você recorrer de uma decisão que tomamos sobre um medicamento que não recebeu, você e seu médico ou outro profissional de saúde autorizado a prescrever decidirão se você precisa de um recurso rápido.
- Os requisitos para um recurso rápido são os mesmos que os de uma decisão rápida de cobertura. Consulte a **Seção G4** para obter mais informações.

Analizamos o seu recurso e lhe damos a nossa resposta.

- Analisamos o seu recurso e examinamos com cuidado todas as informações sobre a sua solicitação de cobertura.
- Verificamos se seguimos as regras quando dissemos **Não** à sua solicitação.
- Poderemos entrar em contato com você ou com o seu médico ou outro profissional de saúde autorizado a prescrever para obter mais informações.

Prazos para um recurso rápido no Nível 1

- Se usarmos os prazos rápidos, devemos lhe dar a nossa resposta **dentro de 72 horas** após recebermos o seu recurso.
 - Daremos a resposta mais cedo se sua saúde assim o exigir
 - Se não dermos uma resposta em 72 horas, devemos enviar sua solicitação para o Nível 2 do processo de recursos. Em seguida, uma IRO analisa a solicitação. Consulte a **Seção G6** para obter informações sobre a organização da revisão e o processo de recursos de Nível 2.
- Se dissermos **Sim** a uma parte ou à totalidade da sua solicitação, devemos fornecer a cobertura que concordamos em fornecer dentro de 72 horas após recebermos o seu recurso.
- Se dissermos **Não** a uma parte ou à totalidade da sua solicitação, enviaremos uma carta explicando os motivos e informando como você pode entrar com um recurso.

Prazos para um recurso padrão no Nível 1

- Se usarmos os prazos padrão, devemos lhe dar a nossa resposta **em até 7 dias corridos** após recebermos o seu recurso para um medicamento que você não obteve.
- Nós lhe daremos a nossa decisão mais cedo se você não tiver recebido o medicamento e se o seu estado de saúde assim o exigir. Se achar que sua saúde o exige, solicite um recurso rápido.
 - Se não lhe dermos uma decisão no prazo de 7 dias corridos, devemos enviar sua solicitação ao Nível 2 do processo de recursos. Em seguida, uma IRO

Em caso de dúvidas, ligue para o CCA One Care (HMO D-SNP) no telefone 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. A ligação é gratuita. **Para obter mais informações**, acesse www.ccama.org.



analisa a solicitação. Consulte a **Seção G6** para obter informações sobre a organização da revisão e o processo de recursos de Nível 2.

Se dissermos **Sim** a uma parte ou à totalidade da sua solicitação:

- Devemos **fornecer a cobertura** que concordamos em fornecer tão rapidamente quanto sua saúde exigir, mas **no máximo 7 dias corridos** após recebermos seu recurso.
- Devemos **enviar-lhe o pagamento** de um medicamento que você comprou **no prazo de 30 dias corridos** após recebermos o seu recurso.

Se dissermos **Não** a uma parte ou à totalidade da sua solicitação:

- Enviaremos uma carta explicando os motivos e informando como você pode entrar com um recurso.
- Devemos lhe dar a nossa resposta sobre o reembolso de um medicamento que você comprou **em até 14 dias corridos** após recebermos o seu recurso.
 - Se não lhe dermos uma decisão no prazo de 14 dias corridos, devemos enviar sua solicitação ao Nível 2 do processo de recursos. Em seguida, uma IRO analisa a solicitação. Consulte a **Seção G6** para obter informações sobre a organização da revisão e o processo de recursos de Nível 2.
- Se dissermos **Sim** a uma parte ou à totalidade da sua solicitação, devemos pagá-lo em até 30 dias corridos após a recebermos.
- Se dissermos **Não** a uma parte ou à totalidade da sua solicitação, enviaremos uma carta explicando os motivos e informando como você pode entrar com um recurso.

G6. Como entrar com um recurso de Nível 2

Se dissermos **Não** ao seu Recurso de Nível 1, você poderá aceitar nossa decisão ou entrar com um recurso novamente. Se decidir entrar com outro recurso, você usará o processo de recurso de Nível 2. A **IRO** analisa nossa decisão quando dissermos **Não** ao seu primeiro recurso. Essa organização decide se devemos alterar nossa decisão.

O nome formal da “Organização de Revisão Independente” (IRO) é “**Entidade de Revisão Independente**”, às vezes chamada de “**IRE**”.

Para entrar com um Recurso de Nível 2, você, seu representante, seu médico ou outro profissional de saúde autorizado a prescrever deve entrar em contato com a IRO **por escrito** e solicitar uma revisão do seu caso.

- Se dissermos **Não** ao seu Recurso de Nível 1, a carta que lhe enviarmos incluirá **instruções sobre como entrar com um Recurso de Nível 2** junto à IRO. As

Em caso de dúvidas, ligue para o CCA One Care (HMO D-SNP) no telefone 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. A ligação é gratuita. **Para obter mais informações**, acesse www.ccama.org.



instruções informam quem pode entrar com um recurso de Nível 2, quais prazos você deve seguir e como entrar em contato com a organização.

- Quando você entra com um recurso junto à IRO, enviamos as informações que temos sobre o seu recurso para a organização. Essas informações são chamadas de seu “arquivo de caso”. **Você tem direito a uma cópia gratuita do seu processo.**
- Você tem o direito de fornecer à IRO informações adicionais para apoiar o seu recurso.

A IRO analisa seu recurso de Nível 2 para o Medicare Parte D e lhe dá uma resposta por escrito. Consulte a **Seção F4** para obter mais informações sobre a IRO.

Prazos para um recurso rápido no Nível 2

Se sua saúde assim o exigir, peça à IRO um recurso rápido.

- Se ela concordar com um recurso rápido, deverá lhe dar uma resposta **dentro de 72 horas** após receber sua solicitação de recurso.
- Se ela disser **Sim** a uma parte ou à totalidade da sua solicitação, devemos fornecer a cobertura do medicamento aprovado **dentro de 24 horas** após recebermos a decisão da IRO.

Prazos para um recurso padrão no Nível 2

Se você tiver um recurso padrão no Nível 2, a IRO deverá lhe dar uma resposta:

- **dentro de 7 dias corridos** após receber seu recurso para um medicamento que você não obteve.
- **dentro de 14 dias corridos** após receber seu recurso para reembolso de um medicamento que você comprou.

Se a IRO disser **Sim** a uma parte ou à totalidade da sua solicitação:

- Devemos fornecer a cobertura do medicamento aprovado **em até 72 horas** após recebermos a decisão da IRO.
- Devemos reembolsá-lo por um medicamento que você comprou no prazo de 30 dias corridos após recebermos a decisão da IRO.
- Se a IRO disser **Não** ao seu recurso, isso significa que ela concorda com a nossa decisão de não aprovar a sua solicitação. Isso é chamado de “manter a decisão” ou “recusar seu recurso”.

Se a IRO disser **Não** ao seu Recurso de Nível 2, você terá direito a um Recurso de Nível 3 se o valor em dólares da cobertura de medicamentos solicitada atender a um valor mínimo em dólares. Se o valor em dólares da cobertura de medicamentos solicitada for menor do que o mínimo exigido, você não poderá entrar com um recurso novamente. Nesse caso, a decisão do



Recurso de Nível 2 é final. A IRO lhe envia uma carta informando o valor mínimo em dólares necessário para continuar com um Recurso de Nível 3.

Se o valor em dólares da sua solicitação atender ao requisito, você escolhe se deseja prosseguir com o recurso.

- Há três níveis adicionais no processo de recursos após o Nível 2.
- Se a IRO disser **Não** ao seu Recurso de Nível 2 e você atender ao requisito para continuar o processo de recurso, você pode:
 - Decidir entrar com um recurso de Nível 3.
 - Consultar a carta que a IRO lhe enviou após o Recurso de Nível 2 para obter detalhes sobre como entrar com um Recurso de Nível 3.

Um ALJ ou advogado responsável pela decisão lida com os Recursos de Nível 3. Consulte a **Seção J** para obter informações sobre os recursos de nível 3, 4 e 5.

H. Como solicitar a cobertura de uma internação hospitalar mais longa

Ao ser internado em um hospital, você tem o direito de receber todos os serviços hospitalares que cobrimos e que são necessários para diagnosticar e tratar sua doença ou lesão. Para obter mais informações sobre a cobertura hospitalar do nosso plano, consulte o **Capítulo 4** deste *Manual do Associado*.

Durante a sua internação hospitalar coberta, o seu médico e a equipe do hospital trabalham com você para prepará-lo para o dia em que sair do hospital. Eles também ajudam a providenciar os cuidados que você pode precisar depois de sair.

- O dia em que você sair do hospital é chamado de “data de alta”.
- Seu médico ou a equipe do hospital lhe dirá qual é a sua data de alta.

Se achar que estão lhe pedindo para deixar o hospital muito cedo ou se estiver preocupado com os cuidados após deixá-lo, você pode solicitar uma internação hospitalar mais longa. Esta seção explica como fazer isso.

H1. Conhecendo seus direitos no Medicare

Dentro de dois dias após sua internação, alguém do hospital, como um enfermeiro ou assistente social, lhe dará um aviso por escrito chamado “Uma mensagem importante do Medicare sobre seus direitos”. Todas as pessoas que têm o Medicare recebem uma cópia desse aviso sempre que são internadas em um hospital.

Se você não receber o aviso, peça-o a qualquer funcionário do hospital. Se precisar de ajuda, ligue para o Serviços ao associados nos números indicados na parte inferior da página. Você

Em caso de dúvidas, ligue para o CCA One Care (HMO D-SNP) no telefone 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. A ligação é gratuita. **Para obter mais informações**, acesse www.ccama.org.



também pode ligar para 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Usuários de TTY devem ligar para 1-877-486-2048.

- **Leia o aviso** com atenção e faça perguntas se não estiver entendendo. O aviso informa sobre seus direitos como paciente de um hospital, incluindo seus direitos de:
 - Obter serviços cobertos pelo Medicare durante e após sua internação hospitalar. Você tem o direito de saber quais são esses serviços, quem pagará por eles e onde poderá obtê-los.
 - Participar de todas as decisões sobre a duração de sua internação hospitalar.
 - Saber onde relatar qualquer preocupação que tenha sobre a qualidade de seu cuidado hospitalar.
 - Recorrer se achar que está recebendo alta muito cedo do hospital.
- **Assine o aviso** para mostrar que você o recebeu e que compreende seus direitos.
 - Você ou alguém agindo em seu nome pode assinar o aviso.
 - A assinatura do aviso mostra **apenas** que você recebeu as informações sobre seus direitos. A assinatura **não** significa que você concorda com a data de alta que seu médico ou a equipe do hospital possa ter lhe informado.
- **Guarde sua cópia** da notificação assinada para que você tenha as informações caso precise delas.

Se você assinar o aviso mais de dois dias antes do dia em que sairá do hospital, receberá outra cópia antes de receber alta.

Você pode consultar uma cópia do aviso com antecedência se:

- Ligar para o Serviços ao associados nos números na parte inferior da página
- Ligue para o Medicare pelo telefone 1-800 MEDICARE (1800-633-4227). Usuários de TTY devem ligar para 1-877-486-2048.
- Visite www.cms.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im.

H2. Como entrar com um recurso de Nível 1

Para solicitar a cobertura de seus serviços hospitalares de internação por mais tempo, entre com um recurso. A Quality Improvement Organization (QIO) analisa o Recurso de Nível 1 para descobrir se a data de alta planejada é clinicamente apropriada para você.

A QIO é um grupo de médicos e outros profissionais de saúde pagos pelo governo federal. Esses especialistas verificam e ajudam a melhorar a qualidade para as pessoas que têm o Medicare. Eles não fazem parte do nosso plano.

Em Massachusetts, a QIO é a KEPRO. Entre em contato com eles pelo telefone 1-888-319-8452. As informações de contato também estão no aviso “Uma mensagem importante do Medicare sobre seus direitos” e no **Capítulo 2**.

Ligue para a QIO antes de deixar o hospital e, no máximo, até a data planejada para a alta.

- **Se ligar antes de sair**, você poderá permanecer no hospital após a data de alta planejada sem pagar por isso enquanto aguarda a decisão da QIO sobre o seu recurso.
- **Se não ligar para recorrer** e decidir permanecer no hospital após a data de alta planejada, você poderá pagar todos os custos dos cuidados hospitalares que receber após tal data.

Peça ajuda se precisar. Se você tiver dúvidas ou precisar de ajuda a qualquer momento:

- Ligar para o Serviços ao associados nos números na parte inferior da página.
- Ligar para o SHINE (Serving the Health Insurance Needs of Everyone) .

Solicite uma revisão rápida. Aja rapidamente e entre em contato com a QIO para solicitar uma revisão rápida da sua alta hospitalar.

O termo legal para “**revisão rápida**” é “**revisão imediata**” ou “**revisão acelerada**”.

O que acontece durante a revisão rápida

- Os revisores da QIO perguntam a você ou ao seu representante por que você acha que a cobertura deve continuar após a data de alta planejada. Você não é obrigado a escrever uma declaração, mas pode fazê-lo.
- Os revisores examinam suas informações médicas, conversam com seu médico e analisam as informações que o hospital e nosso plano lhes forneceram.
- Até o meio-dia do dia seguinte ao dia em que os revisores informarem ao nosso plano sobre o seu recurso, você receberá uma carta com a data de alta planejada. A carta também apresenta os motivos pelos quais o seu médico, o hospital e nós achamos que essa é a data de alta correta e clinicamente adequada para você.

Em caso de dúvidas, ligue para o CCA One Care (HMO D-SNP) no telefone 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. A ligação é gratuita. **Para obter mais informações**, acesse www.ccama.org.



O termo legal para essa explicação por escrito é “**Notificação detalhada de alta**”. Você pode obter uma amostra ligando para o Serviços ao associados nos números na parte inferior da página ou para 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). (Usuários de TTY devem ligar para 1-877-486-2048). Também é possível consultar um exemplo de notificação on-line em www.cms.gov/medicare/forms-notice/beneficiary-notice-initiative/ffs-ma-im.

No período de um dia inteiro após obter todas as informações necessárias, a QIO lhe dará a resposta ao seu recurso.

Se a QIO disser **Sim** ao seu recurso:

- Forneceremos seus serviços hospitalares de internação cobertos enquanto os serviços forem clinicamente necessários.

Se a QIO disser **Não** ao seu recurso:

- Eles acreditam que a data de alta planejada é clinicamente apropriada.
- Nossa cobertura para os seus serviços hospitalares de internação terminará ao meio-dia do dia seguinte à resposta da QIO ao seu recurso.
- Talvez você tenha que pagar o valor integral dos cuidados hospitalares que receber após o meio-dia do dia seguinte à resposta da QIO ao seu recurso.
- Você pode entrar com um Recurso de Nível 2 se a QIO recusar o seu Recurso de Nível 1 e você permanecer no hospital após a data de alta planejada.

H3. Como entrar com um recurso de Nível 2

Para um Recurso de Nível 2, você pede à QIO que analise novamente a decisão tomada no seu Recurso de Nível 1. Entre em contato com eles pelo telefone 1-888-319-8452.

Você deve solicitar essa revisão **em até 60 dias corridos** após o dia em que a QIO disse **Não** ao seu Recurso de Nível 1. Você **só** pode solicitar essa revisão se permanecer no hospital após a data em que a cobertura para o cuidado terminou.

Os revisores da QIO irão:

- Dar outra olhada cuidadosa em todas as informações relacionadas ao seu recurso.
- Informar a decisão deles sobre o seu Recurso de Nível 2 em até 14 dias corridos após o recebimento da sua solicitação de uma segunda revisão.

Se a QIO disser **Sim** ao seu recurso:

- Devemos reembolsá-lo pelos cuidados hospitalares desde o meio-dia do dia seguinte à data em que a QIO recusou seu Recurso de Nível 1.
- Forneceremos seus serviços hospitalares de internação cobertos enquanto os serviços forem clinicamente necessários.

Se a QIO disser **Não** ao seu recurso:

- Eles concordam com a decisão que tomaram sobre seu Recurso de Nível 1 e não a alteram.
- Eles lhe entregam uma carta que informa o que você pode fazer se quiser continuar o processo de recurso e entrar com um Recurso de Nível 3.

Um ALJ ou advogado responsável pela decisão lida com os Recursos de Nível 3. Consulte a **Seção J** para obter informações sobre os recursos de nível 3, 4 e 5.

I. Como solicitar que continuemos a cobrir determinados serviços médicos

Esta seção trata apenas de três tipos de serviços que você pode estar recebendo:

- serviços de assistência médica domiciliar
- cuidados de enfermagem especializados em uma unidade de enfermagem especializada, e
- cuidados de reabilitação como paciente externo em uma CORF aprovada pelo Medicare. Isso geralmente significa que você está recebendo tratamento para uma doença ou acidente ou que está se recuperando de uma grande operação.

Com qualquer um desses três tipos de serviços, você tem o direito de obter serviços cobertos pelo tempo que o médico disser que são necessários.

Quando decidirmos parar de cobrir qualquer um desses serviços, devemos informá-lo **antes** do término dos serviços. Quando sua cobertura para esse serviço terminar, deixaremos de pagar por ele.

Se achar que estamos encerrando a cobertura do seu cuidado muito cedo, **você pode recorrer da nossa decisão**. Esta seção informa como solicitar um recurso.

I1. Aviso prévio antes do término da sua cobertura

Nós lhe enviamos um aviso por escrito que você receberá pelo menos dois dias antes de deixarmos de pagar pelo seu cuidado. Esse aviso é chamado de “Aviso de não cobertura do Medicare”. O aviso informa a data em que deixaremos de cobrir seus cuidados e como recorrer de nossa decisão.

Você ou seu representante deve assinar a notificação para mostrar que a recebeu. A assinatura da notificação mostra **apenas** que você recebeu as informações. A assinatura **não** significa que você concorda com nossa decisão.

Em caso de dúvidas, ligue para o CCA One Care (HMO D-SNP) no telefone 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. A ligação é gratuita. **Para obter mais informações**, acesse www.ccama.org.



12. Como entrar com um recurso de Nível 1

Se achar que estamos encerrando a cobertura de seus cuidados muito cedo, você pode recorrer da nossa decisão. Esta seção o informa sobre o processo de Recurso de Nível 1 e o que fazer.

- **Cumpra os prazos.** Os prazos são importantes. Entenda e siga os prazos que se aplicam às coisas que você deve fazer. Nosso plano também deve seguir os prazos. Se achar que não estamos cumprindo os prazos, você pode apresentar uma reclamação. Consulte a **Seção K** para obter mais informações sobre reclamações.
- **Peça ajuda se precisar.** Se você tiver dúvidas ou precisar de ajuda a qualquer momento:
 - Ligar para o Serviços ao associados nos números na parte inferior da página.
 - Ligue para o SHINE (Serving the Health Insurance Needs of Everyone)
- **Entre em contato com a QIO.**
 - Consulte a **Seção H2** ou o **Capítulo 2** deste *Manual do Associado* para obter mais informações sobre a QIO e como entrar em contato com ela.
 - Peça-lhes que analisem seu recurso e decidam se devem alterar a decisão do nosso plano.
- **Aja rapidamente e solicite um recurso “rápido”.** Pergunte à QIO se é clinicamente apropriado que encerremos a cobertura de seus serviços médicos.

Seu prazo para entrar em contato com essa organização

- Você deve entrar em contato com a QIO para iniciar seu recurso até o meio-dia do dia anterior à data de vigência da “Aviso de não cobertura do Medicare” que lhe enviamos.

O termo legal para a notificação por escrito é “**Aviso de não cobertura do Medicare**”. Para obter uma cópia de amostra, entre em contato com o Serviços ao associados pelos números na parte inferior da página ou ligue para o Medicare pelo número 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Usuários de TTY devem ligar para 1-877-486-2048. Ou obtenha uma cópia on-line em www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNFI/FFS-Expedited-Determination-Notices.

O que acontece durante um recurso rápido

- Os revisores da QIO perguntam a você ou ao seu representante por que você acha que a cobertura deve continuar. Você não é obrigado a escrever uma declaração, mas pode fazê-lo.
- Os revisores examinam suas informações médicas, conversam com seu médico e analisam as informações que nosso plano lhes forneceu.

Em caso de dúvidas, ligue para o CCA One Care (HMO D-SNP) no telefone 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. A ligação é gratuita. **Para obter mais informações**, acesse www.ccama.org.



- Nosso plano também lhe envia uma notificação por escrito que explica os motivos para encerrar a cobertura dos seus serviços. Você receberá a notificação até o final do dia em que os revisores nos informarem sobre o seu recurso.

O termo legal para a explicação da notificação é “**Explicação detalhada da não cobertura**”.

- Os revisores lhe informam sobre a decisão que tomaram no período de um dia inteiro após obterem todas as informações necessárias.

Se a QIO disser **Sim** ao seu recurso:

- Forneceremos seus serviços cobertos enquanto forem clinicamente necessários.

Se a QIO disser **Não** ao seu recurso:

- Sua cobertura termina na data que lhe informamos.
- Paramos de cobrir os custos desse cuidado na data do aviso.
- Você mesmo pagará o valor integral desse cuidado se decidir continuar com a assistência médica domiciliar, assistência em unidade de enfermagem especializada ou serviços CORF após a data de término da cobertura
- Você decide se quer continuar com esses serviços e entrar com um Recurso de Nível 2.

I3. Como entrar com um recurso de Nível 2

Para um Recurso de Nível 2, você pede à QIO que analise novamente a decisão tomada no seu Recurso de Nível 1. Entre em contato com eles pelo telefone 1-888-319-8452.

Você deve solicitar essa revisão **em até 60 dias corridos** após o dia em que a QIO disse **Não** ao seu Recurso de Nível 1. Você **só** pode solicitar essa revisão se continuar a receber cuidados após a data em que a cobertura para esses cuidados terminou.

Os revisores da QIO irão:

- Dar outra olhada cuidadosa em todas as informações relacionadas ao seu recurso.
- Informar a decisão deles sobre o seu Recurso de Nível 2 em até 14 dias corridos após o recebimento da sua solicitação de uma segunda revisão.

Se a QIO disser **Sim** ao seu recurso:

- Nós o reembolsaremos pelos custos dos cuidados que você recebeu desde a data em que dissemos que sua cobertura terminaria.



- Forneceremos cobertura para os cuidados enquanto forem clinicamente necessários.

Se a QIO disser **Não** ao seu recurso:

- Eles concordam com nossa decisão de encerrar seu cuidado e não a alteram.
- Eles lhe entregam uma carta que informa o que você pode fazer se quiser continuar o processo de recurso e entrar com um Recurso de Nível 3.

Um ALJ ou advogado responsável pela decisão lida com os Recursos de Nível 3. Consulte a **Seção J** para obter informações sobre os recursos de nível 3, 4 e 5.

J. Como levar seu recurso além do Nível 2

J1. Próximas etapas para serviços e itens do Medicare

Se você entrou com um Recurso de Nível 1 e um Recurso de Nível 2 para serviços ou itens do Medicare, e ambos foram recusados, você pode ter o direito a níveis adicionais de recurso.

Se o valor em dólares do serviço ou item do Medicare que você recorreu não atingir um determinado valor mínimo em dólares, você não poderá mais recorrer. Se o valor em dólares for alto o suficiente, você poderá continuar o processo de recurso. A carta que receber da IRO para o seu Recurso de Nível 2 explica quem contatar e o que fazer para solicitar um Recurso de Nível 3.

Recurso de nível 3

O Nível 3 do processo de recurso é uma audiência do ALJ. A pessoa que toma a decisão é um ALJ ou um advogado responsável pela decisão que trabalha para o governo federal.

Se o ALJ ou o advogado responsável pela decisão disser **Sim** ao seu recurso, temos o direito de recorrer de uma decisão de Nível 3 que lhe seja favorável.

- Se decidirmos **recorrer** da decisão, enviaremos a você uma cópia da solicitação de Recurso de Nível 4 com todos os documentos que a acompanham. Podemos aguardar a decisão do Recurso de Nível 4 antes de autorizar ou prestar o serviço em controvérsia.
- Se decidirmos **não recorrer** da decisão, devemos autorizar ou prestar o serviço no prazo de 60 dias corridos após recebermos a decisão do ALJ ou do advogado responsável pela decisão.
 - Se o ALJ ou o advogado responsável pela decisão disser **Não** ao seu recurso, o processo de recurso pode não ter terminado.
- Se você decidir **aceitar** essa decisão que rejeita seu recurso, o processo de recurso estará encerrado.

Em caso de dúvidas, ligue para o CCA One Care (HMO D-SNP) no telefone 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. A ligação é gratuita. **Para obter mais informações**, acesse www.ccama.org.



- Se decidir **não aceitar** essa decisão que rejeita o seu recurso, você poderá continuar no próximo nível do processo de revisão. A notificação que você receber lhe dirá o que fazer para um Recurso de Nível 4.

Recurso de Nível 4

O Conselho de Recursos do Medicare (Conselho) analisa seu recurso e lhe dá uma resposta. O Conselho faz parte do governo federal.

Se o Conselho disser **Sim** ao seu Recurso de Nível 4 ou negar nossa solicitação de revisão de uma decisão de Recurso de Nível 3 favorável a você, temos o direito de recorrer ao Nível 5.

- Se decidirmos **recorrer** da decisão, nós o informaremos por escrito.
- Se decidirmos **não recorrer** da decisão, devemos autorizar ou prestar o serviço no prazo de 60 dias corridos após recebermos a decisão do Conselho.

Se o Conselho disser **Não** ou negar nossa solicitação de revisão, o processo de recurso pode não ter terminado.

- Se você decidir **aceitar** essa decisão que rejeita seu recurso, o processo de recurso estará encerrado.
- Se decidir **não aceitar** essa decisão que rejeita o seu recurso, você poderá continuar no próximo nível do processo de revisão. A notificação recebida informará se você pode passar para um Recurso de Nível 5 e o que fazer.

Recurso de nível 5

- Um juiz do Federal District Court analisará seu recurso e todas as informações e decidirá **Sim** ou **Não**. Não há outros níveis de recurso além do Federal District Court.

J2. Recursos adicionais do MassHealth (Medicaid)

Você também tem outros direitos de recurso se o seu recurso for sobre serviços ou itens que o MassHealth (Medicaid) (Medicaid) normalmente cobre. A carta que você receber do escritório de Audiência Administrativa lhe dirá o que fazer se desejar continuar o processo de recurso.

J3. Níveis de recurso 3, 4 e 5 para solicitações de medicamentos do Medicare Parte D

Esta seção pode ser adequada para você se tiver entrado com um Recurso de Nível 1 e um Recurso de Nível 2, e ambos os recursos foram recusados.

Se o valor do medicamento que você recorreu atingir um determinado valor em dólares, você poderá passar para níveis adicionais de recurso. A resposta por escrito recebida para o seu Recurso de Nível 2 explica com quem entrar em contato e o que fazer para solicitar um Recurso de Nível 3.



Recurso de nível 3

O Nível 3 do processo de recurso é uma audiência do ALJ. A pessoa que toma a decisão é um ALJ ou um advogado responsável pela decisão que trabalha para o governo federal.

Se o ALJ ou o advogado responsável pela decisão disser **Sim** ao seu recurso:

- O processo de recurso está encerrado.
- Devemos autorizar ou fornecer a cobertura do medicamento aprovado no prazo de 72 horas (ou 24 horas para um recurso acelerado) ou entrar com um recurso no prazo máximo de 30 dias corridos após recebermos a decisão.

Se o ALJ ou o advogado responsável pela decisão disser **Não** ao seu recurso, o processo de recurso pode não ter terminado.

- Se você decidir **aceitar** essa decisão que rejeita seu recurso, o processo de recurso estará encerrado.
- Se decidir **não aceitar** essa decisão que rejeita o seu recurso, você poderá continuar no próximo nível do processo de revisão. A notificação que você receber lhe dirá o que fazer para um Recurso de Nível 4.

Recurso de Nível 4

O Conselho analisa seu recurso e lhe dá uma resposta. O Conselho faz parte do governo federal.

Se o Conselho disser **Sim** ao seu recurso:

- O processo de recurso está encerrado.
- Devemos autorizar ou fornecer a cobertura do medicamento aprovado no prazo de 72 horas (ou 24 horas para um recurso acelerado) ou entrar com um recurso no prazo máximo de 30 dias corridos após recebermos a decisão.

Se o Conselho disser **Não** ao seu recurso ou se o Conselho negar a solicitação de revisão, o processo de recurso pode não ter terminado.

- Se você decidir **aceitar** a decisão que recusar seu recurso, o processo de recurso estará encerrado.
- Se decidir **não aceitar** essa decisão que rejeita o seu recurso, você poderá continuar no próximo nível do processo de revisão. A notificação recebida informará se você pode passar para um Recurso de Nível 5 e o que fazer.

Recurso de nível 5

- Um juiz do Federal District Court analisará seu recurso e todas as informações e decidirá **Sim** ou **Não**. Não há outros níveis de recurso além do Federal District Court.

K. Como fazer uma reclamação

K1. Que tipos de problemas devem ser objeto de reclamação

O processo de reclamação é usado apenas para certos tipos de problemas, como problemas sobre a qualidade do cuidado, tempos de espera, coordenação do cuidado e atendimento ao cliente. Aqui estão exemplos dos tipos de problemas tratados pelo processo de reclamação.

Reclamação	Exemplo
Qualidade de seus cuidados médicos	<ul style="list-style-type: none">• Você está insatisfeito com a qualidade do cuidado, como o cuidado que teve no hospital.
Respeito à sua privacidade	<ul style="list-style-type: none">• Você acha que alguém não respeitou seu direito à privacidade ou compartilhou informações confidenciais sobre você.
Desrespeito, mau atendimento ao cliente ou outros comportamentos negativos	<ul style="list-style-type: none">• Um profissional de saúde ou da equipe foi rude ou desrespeitoso com você.• Nossa equipe o tratou mal.• Você acha que está sendo forçado a sair do nosso plano.
Acessibilidade e assistência linguística	<ul style="list-style-type: none">• Você não consegue acessar fisicamente os serviços e unidades de assistência médica no consultório de um médico ou prestador.• Seu médico ou prestador não fornece um intérprete para o idioma que não seja o inglês que você fala (como a linguagem americana de sinais ou o espanhol).• Seu prestador não lhe oferece outras acomodações razoáveis que você precisa e solicita.



Reclamação	Exemplo
Tempos de espera	<ul style="list-style-type: none">• Você tem dificuldade para marcar uma consulta ou espera muito tempo para marcá-la.• Os médicos, farmacêuticos ou outros profissionais de saúde, o Serviços ao associados ou outros funcionários do plano o deixam esperando por muito tempo.
Limpeza	<ul style="list-style-type: none">• Você acha que a clínica, o hospital ou o consultório médico não é limpo.
Informações que você recebe de nós	<ul style="list-style-type: none">• Você acha que não lhe enviamos um aviso ou carta que você deveria ter recebido.• Você acha que as informações escritas que lhe enviamos são muito difíceis de entender.
Pontualidade relacionada a decisões de cobertura ou recursos	<ul style="list-style-type: none">• Você acha que não cumprimos nossos prazos para tomar uma decisão de cobertura ou responder ao seu recurso.• Você acha que, após obtermos uma decisão de cobertura ou recurso a seu favor, não cumprimos os prazos para aprovar ou fornecer o serviço ou reembolsar-lhe por determinados serviços médicos.• Você acha que não enviamos seu caso à IRO no prazo.

Há diferentes tipos de reclamações. Você pode fazer uma reclamação interna e/ou externa. Uma reclamação interna é registrada e analisada pelo nosso plano. Uma reclamação externa é registrada e analisada por uma organização não afiliada ao nosso plano. Se precisar de ajuda para fazer uma reclamação interna e/ou externa, você pode ligar para o **My Ombudsman no número 1-855-781-9898 (ou usar o MassRelay no número 711 para ligar para 1-855-781-9898 ou videofone (VP) 339-224-6831).**

O termo legal para uma “reclamação” é “**queixa**”.

O termo legal para “fazer uma reclamação” é “**registrar uma queixa**”.



K2. Reclamações internas

Para fazer uma reclamação interna, ligue para o Serviços ao associados no número 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. Você pode fazer a reclamação a qualquer momento, a menos que se trate de um medicamento do Medicare Parte D. Se a reclamação for sobre um medicamento do Medicare Parte D, você deverá fazê-la **no prazo de 60 dias corridos** após a ocorrência do problema sobre o qual deseja reclamar.

- Se houver mais alguma coisa que precise fazer, o Serviços ao associados lhe informará.
- Você também pode escrever a sua reclamação e enviá-la para nós. Se você fizer a reclamação por escrito, a responderemos por escrito.
- **Funciona da seguinte forma:**
 - O Serviços ao associados registrará a reclamação no banco de dados de associados e acompanhará qualquer diálogo subsequente pertinente à reclamação no mesmo registro. Forneceremos a você um aviso de recebimento da sua reclamação em tempo hábil.
 - Se possível, o Serviços ao associados tentará resolver a reclamação por telefone.
 - Você ou um representante autorizado poderá participar da discussão e oferecer sugestões ou ideias para resolver o problema ou a questão.
 - Se a reclamação não puder ser resolvida por telefone, será iniciado um processo mais formal. As respostas a uma reclamação serão baseadas no que for melhor para o associado, de acordo com a política e os procedimentos do plano.
 - A investigação será concluída o mais rápido possível. A maioria das reclamações é respondida em até 30 dias corridos. Se precisarmos de mais informações e o atraso for do seu interesse ou se você solicitar mais tempo, podemos levar até 14 dias corridos adicionais (44 dias corridos no total) para responder à sua reclamação. Se precisarmos de mais tempo, entraremos em contato por telefone e enviaremos uma notificação por escrito.
 - Você ou seu representante autorizado receberá uma ligação (ou carta, se solicitado) do nosso plano com uma resposta à reclamação.
 - Se você estiver preocupado com a qualidade do cuidado que recebe, incluindo o cuidado durante uma internação hospitalar, você pode registrar uma reclamação ao plano, e ela será investigada pelo Quality Improvement Department do plano. Você também pode registrar uma reclamação à KEPRO, a Quality Improvement Organization de Massachusetts. Para obter mais informações sobre a Quality Improvement Organization em Massachusetts, consulte o Capítulo 2, Seção H deste livreto.



O termo legal para “reclamação rápida” é “reclamação acelerada”.

Se possível, responderemos imediatamente. Se você nos ligar com uma reclamação, talvez possamos lhe dar uma resposta na mesma ligação. Se sua condição de saúde exigir que respondamos rapidamente, nós o faremos.

- Respondemos à maioria das reclamações em até 30 dias corridos. Se não tomarmos uma decisão dentro de 30 dias corridos porque precisamos de mais informações, nós o notificaremos por escrito. Também fornecemos uma atualização do status e o tempo estimado para que você obtenha a resposta.
- Se você fizer uma reclamação porque negamos sua solicitação de uma “decisão rápida de cobertura” ou de um “recurso rápido”, nós lhe daremos automaticamente uma opção de “reclamação rápida” e responderemos à sua reclamação em 24 horas.
- Se você fizer uma reclamação porque levamos mais tempo para tomar uma decisão de cobertura ou entrar com um recurso, nós lhe daremos automaticamente uma opção de “reclamação rápida” e responderemos à sua reclamação dentro de 24 horas.

Se não concordarmos com parte ou com a totalidade da sua reclamação, informaremos a você e apresentaremos nossos motivos. Responderemos independentemente de concordarmos ou não com a reclamação.

K3. Reclamações externas

Medicare:

Você pode informar o Medicare sobre sua reclamação ou enviá-la a ele. O Formulário de Reclamação do Medicare está disponível em: www.medicare.gov/my/medicare-complaint. Você não precisa apresentar uma reclamação ao CCA One Care (HMO D-SNP) antes de apresentar uma reclamação ao Medicare.

O Medicare leva suas reclamações a sério e usa essas informações para ajudar a melhorar a qualidade do programa Medicare.

Se tiver qualquer outro feedback ou preocupação, ou se achar que o plano de saúde não está resolvendo o seu problema, você também pode ligar para 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Usuários de TTY devem ligar para 1-877-486-2048. A ligação é gratuita.

Office for Civil Rights (OCR)

Você pode fazer uma reclamação ao OCR do Department of Health and Human Services (HHS) se achar que não foi tratado de forma justa. Por exemplo, você pode fazer uma reclamação sobre acesso para deficientes ou assistência linguística. O número de telefone do OCR é 1-800-368-1019. Usuários de TTY devem ligar para 1-800-537-7697. Você pode visitar www.hhs.gov/ocr para maiores informações.

Você também pode entrar em contato com o escritório local do OCR em:

Em caso de dúvidas, ligue para o CCA One Care (HMO D-SNP) no telefone 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. A ligação é gratuita. **Para obter mais informações**, acesse www.ccama.org.



Office for Civil Rights – New England Region
U.S. Department of Health and Human Services Government Center
J.F. Kennedy Federal Building - Room 1875 Boston, MA 02203

Central de Atendimento ao Cliente: 800-368-1019; TDD: 800-537-7697
Fax: 202-619-3818
E-mail: ocrmail@hhs.gov

Você também pode ter direitos de acordo com a Americans with Disability Act (ADA).
Você pode entrar em contato com o My Ombudsman para obter assistência ligando para 1-855-781-9898 (ou usando o MassRelay no 711 para ligar para 1-855-781-9898 ou videofone (VP) 339-224-6831) ou enviando um e-mail para info@myombudsman.org.

QIO

Quando sua reclamação é sobre a qualidade do cuidado, você tem duas opções:

- Pode fazer sua reclamação sobre a qualidade do cuidado diretamente à QIO.
- Pode fazer sua reclamação à QIO e ao nosso plano. Se você fizer uma reclamação à QIO, trabalharemos com ela para resolvê-la.

A QIO é um grupo de médicos e outros especialistas em assistência médica pagos pelo governo federal para verificar e melhorar o cuidado prestado aos pacientes do Medicare. Para saber mais sobre a QIO, consulte a **Seção H2** ou o **Capítulo 2** deste *Manual do Associado*.

Em Massachusetts, a QIO é chamada de KEPRO. O número de telefone da KEPRO é 1-888-319-8452.



Capítulo 10: Como encerrar sua associação ao nosso plano

Introdução

Este capítulo explica como você pode encerrar sua associação ao nosso plano e suas opções de cobertura de saúde após sair dele. Se você sair do nosso plano, ainda estará nos programas Medicare e MassHealth (Medicaid), desde que seja elegível. Os principais termos e suas definições aparecem em ordem alfabética no último capítulo deste *Manual do Associado*.



Em caso de dúvidas, ligue para o CCA One Care (HMO D-SNP) no telefone 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. A ligação é gratuita. **Para obter mais informações**, acesse www.ccama.org.

Índice

A. Quando você pode encerrar sua associação ao nosso plano	223
B. Como encerrar sua associação ao nosso plano	224
C. Como obter serviços do Medicare e do MassHealth (Medicaid) separadamente	224
C1. Seus serviços do Medicare.....	224
C2. Seus serviços do MassHealth (Medicaid).....	227
D. Seus itens médicos, serviços e medicamentos até o término da sua associação ao nosso plano	228
E. Outras situações em que sua associação ao nosso plano termina	228
F. Regras contra pedir que você saia do nosso plano por qualquer motivo relacionado à saúde	229
G. Seu direito de fazer uma reclamação se encerrarmos sua associação ao nosso plano	229
H. Como obter mais informações sobre o cancelamento da sua associação ao plano	230



A. Quando você pode encerrar sua associação ao nosso plano

A maioria das pessoas com seguro Medicare pode encerrar sua associação em determinados períodos do ano. Como você também tem o MassHealth (Medicaid), pode cancelar sua associação ao nosso plano a qualquer momento, em qualquer mês do ano.

Além dessa flexibilidade, você pode cancelar sua associação ao nosso plano durante os seguintes períodos do ano:

- **Período aberto para adesão**, que vai de 15 de outubro a 7 de dezembro. Se você escolher um novo plano durante esse período, sua associação em nosso plano terminará em 31 de dezembro e sua associação no novo plano começará em 1º de janeiro.
- **O Período aberto para adesão do Medicare Advantage (MA)**, que vai de 1º de janeiro a 31 de março e também para os novos beneficiários do Medicare que estão cadastrados em um plano, a partir do mês de direito à Parte A e à Parte B até o último dia do terceiro mês de direito. Se você escolher um novo plano durante esse período, sua associação ao novo plano começará no primeiro dia do mês seguinte.

Pode haver outras situações em que você esteja qualificado para fazer uma alteração em sua adesão. Por exemplo, quando:

- você sair da nossa área de cobertura,
- sua elegibilidade para o MassHealth (Medicaid) ou Extra Help mudou, **ou**
- se tiver se mudado recentemente, estiver recebendo cuidados ou tiver acabado de sair de uma unidade de enfermagem especializada ou de um hospital de cuidados de longa duração.

Sua associação termina no último dia do mês em que recebemos sua solicitação de mudança de plano. Por exemplo, se recebermos sua solicitação em 18 de janeiro, sua cobertura com nosso plano terminará em 31 de janeiro. Sua nova cobertura começa no primeiro dia do mês seguinte (1º de fevereiro, neste exemplo).

Se sair do nosso plano, poderá obter informações sobre:

- Opções do Medicare na tabela da **Seção C1**.
- Serviços do Medicaid na **Seção C2**.

Você pode obter mais informações sobre como encerrar sua associação ligando para:

- ❖ Serviços ao associados, no número que se encontra na parte inferior desta página. O número para usuários de TTY também está listado.



Em caso de dúvidas, ligue para o CCA One Care (HMO D-SNP) no telefone 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. A ligação é gratuita. **Para obter mais informações**, acesse www.ccama.org.

- ❖ Ligue para o Atendimento ao Cliente do MassHealth (Medicaid) pelo telefone 1-800-841-2900, de segunda a sexta, das 8 am às 8 pm. Usuários de TTY (pessoas surdas, com deficiência auditiva ou de fala) podem ligar para o 711.
- ❖ Medicare pelo número 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Usuários de TTY devem ligar para 1-877-486-2048.
- ❖ O State Health Insurance Assistance Program (SHIP), SHINE no telefone 1-800-243-4636. Usuários de TTY (pessoas surdas, com deficiência auditiva ou de fala) podem ligar para 1-800-439-2370.

OBSERVAÇÃO: se você estiver em um Drug Management Program (DMP), talvez não possa mudar de plano. Consulte o **Capítulo 5** deste *Manual do Associado* para obter informações sobre os programas de gerenciamento de medicamentos.

B. Como encerrar sua associação ao nosso plano

Se decidir encerrar sua associação, você pode se inscrever em outro plano Medicare ou mudar para o Original Medicare. No entanto, se quiser mudar do nosso plano para o Original Medicare, mas não tiver escolhido um plano de medicamentos Medicare separado, você deve pedir o cancelamento de seu cadastro no nosso plano. Há duas maneiras de solicitar o cancelamento de seu cadastro:

- ❖ Você pode fazer uma solicitação por escrito para nós. Entre em contato com o Serviços ao associados pelo número no final desta página se precisar de mais informações sobre como fazer isso.
- ❖ Ligue para o Medicare no telefone 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Os usuários de TTY (pessoas que têm dificuldade para ouvir ou falar) devem ligar para 1-877-486-2048. Ao ligar para o 1-800-MEDICARE, você também pode se cadastrar em outro plano de saúde ou de medicamentos do Medicare. Mais informações sobre como obter os serviços do Medicare quando você sair do nosso plano estão na tabela da página 236.
- ❖ A **Seção C** abaixo inclui as etapas que você pode seguir para se cadastrar em um plano diferente, o que também encerrará sua associação ao nosso plano.

C. Como obter serviços do Medicare e do MassHealth (Medicaid) separadamente

Você tem opções para obter seus serviços do Medicare e do Medicaid se optar por sair do nosso plano.

C1. Seus serviços do Medicare

Você tem três opções para obter seus serviços do Medicare listados abaixo de qualquer mês do ano. Você tem uma opção adicional listada abaixo durante certas épocas do ano, incluindo o **Período aberto para adesão** e o **Período aberto para adesão do Medicare Advantage** ou



Em caso de dúvidas, ligue para o CCA One Care (HMO D-SNP) no telefone 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. A ligação é gratuita. **Para obter mais informações**, acesse www.ccama.org.

outras situações descritas na **Seção A**. Ao escolher uma dessas opções, você encerra automaticamente sua associação ao nosso plano.

<p>1. Você pode mudar para:</p> <p>Outro plano que oferece seu Medicare e a maioria ou todos os seus benefícios e serviços do Medicaid em um único plano, também conhecido como plano integrado de necessidades especiais de elegibilidade dupla (D-SNP) ou plano do Program of All-inclusive Care for the Elderly (PACE).</p>	<p>Veja o que fazer:</p> <p>Ligue para o Medicare no telefone 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Os usuários de TTY devem ligar para 1-877-486-2048 para se cadastrar em um novo D-SNP integrado.</p> <p>Em caso de dúvidas sobre o Program of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE), ligue para 1-800-841-2900.</p> <p>Se precisar de ajuda ou mais informações:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ligue para o Programa SHINE (Serving Health Insurance Needs of Everyone) no telefone 1-800-243-4636. Usuários de TTY podem ligar para 1-800-439-2370. <p>OU</p> <p>Entre em contato diretamente com um novo D-SNP integrado para se cadastrar no plano.</p> <p>Você será automaticamente cancelado do nosso plano quando a cobertura do seu novo plano começar.</p>
--	---



<p>2. Você pode mudar para:</p> <p>Original Medicare com um plano de medicamentos separado do Medicare</p>	<p>Veja o que fazer:</p> <p>Ligue para o Medicare no telefone 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Os usuários de TTY devem ligar para 1-877-486-2048 para se cadastrar no Original Medicare com um plano de medicamentos separado do Medicare.</p> <p>Se precisar de ajuda ou mais informações:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ligue para o Programa SHINE (Serving Health Insurance Needs of Everyone) no telefone 1-800-243-4636. Usuários de TTY devem ligar para 1-800-439-2370. <p>Você será automaticamente cancelado do nosso plano quando sua cobertura do Original Medicare começar.</p>
<p>3. Você pode mudar para:</p> <p>Original Medicare sem um plano de medicamentos separado do Medicare</p> <p>OBSERVAÇÃO: se você mudar para o Original Medicare e não se cadastrar em um plano de medicamentos separado do Medicare, o Medicare poderá cadastrá-lo em um plano de medicamentos, a menos que você informe ao Medicare que não deseja participar.</p> <p>Você só deve cancelar a cobertura de medicamentos se tiver cobertura de medicamentos de outra fonte, como um empregador ou sindicato. Se tiver dúvidas sobre a necessidade de cobertura para medicamentos, ligue para o SHINE no número 1-800-243-4636, de segunda a sexta-feira, das 8 am às 5 pm. Para obter mais informações ou encontrar um escritório local do SHINE em sua área, visite www.shinema.org.</p>	<p>Veja o que fazer:</p> <p>Ligue para o Medicare no telefone 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Os usuários de TTY devem ligar para 1-877-486-2048 para se cadastrar no Original Medicare.</p> <p>Se precisar de ajuda ou mais informações:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ligue para o Programa SHINE (Serving Health Insurance Needs of Everyone) no telefone 1-800-243-4636. Usuários de TTY devem ligar para 1-800-439-2370. <p>Você será automaticamente cancelado do nosso plano quando sua cobertura do Original Medicare começar.</p>



<p>4. Você pode mudar para:</p> <p>Qualquer plano de saúde do Medicare durante determinados períodos do ano, incluindo o Período aberto para adesão e o Período aberto para adesão do Medicare Advantage ou outras situações descritas na Seção A.</p>	<p>Veja o que fazer:</p> <p>Ligue para o Medicare no telefone 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Os usuários de TTY devem ligar para 1-877-486-2048 para se cadastrar em um novo plano do Medicare.</p> <p>Para consultas sobre o Program of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE), ligue para 1-800-841-2900. Se precisar de ajuda ou de mais informações:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ligue para o Programa SHINE (Serving Health Insurance Needs of Everyone) no telefone 1-800-243-4636. Usuários de TTY devem ligar para 1-800-439-2370. <p>OU</p> <p>Entre em contato diretamente com um novo D-SNP integrado para se cadastrar no plano.</p> <p>Você será terá seu cadastro do nosso plano Medicare automaticamente cancelado quando a cobertura do seu novo plano começar.</p>
---	--

C2. Seus serviços do MassHealth (Medicaid)

Algumas pessoas que decidem não se associar a um plano One Care podem se associar a um tipo diferente de plano para obter seus benefícios do Medicare e do MassHealth (Medicaid) juntos.

- Se você tiver 55 anos ou mais, poderá se qualificar para se cadastrar no Program of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE) (aplicam-se critérios adicionais). O PACE ajuda os idosos a permanecerem na comunidade em vez de receberem cuidados em uma unidade de enfermagem especializada.
- Se você tiver 65 anos ou mais ao deixar o CCA One Care, poderá aderir a um plano Senior Care Options (SCO).

Para saber mais sobre os planos PACE e se você pode se associar a um deles, ligue para o Programa SHINE (Serving Health Insurance Needs of Everyone) no número 1-800-243-4636. Usuários de TTY devem ligar para 1-800-439-2370. Continue recebendo seus serviços e medicamentos do Medicare e do MassHealth (Medicaid) por meio de nosso plano até o fim de sua associação.



Em caso de dúvidas, ligue para o CCA One Care (HMO D-SNP) no telefone 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. A ligação é gratuita. **Para obter mais informações**, acesse www.ccama.org.

D. Seus itens médicos, serviços e medicamentos até o término da sua associação ao nosso plano

Se você sair do nosso plano, pode levar algum tempo até que sua associação termine e sua nova cobertura do Medicare e do Medicaid comece. Durante esse período, você continuará recebendo seus medicamentos e assistência médica por meio de nosso plano até o início de seu novo plano.

- Use os prestadores de nossa rede para receber cuidados médicos.
- Use as farmácias de nossa rede, inclusive por meio de nossos serviços de farmácia por correspondência, para retirar seus medicamentos.
- Se você estiver hospitalizado no dia em que sua associação ao CCA One Care (HMO D-SNP) terminar, nosso plano cobrirá sua internação hospitalar até sua alta. Isso ocorrerá mesmo que sua nova cobertura de saúde comece antes de sua alta.

E. Outras situações em que sua associação ao nosso plano termina

Estes são os casos em que devemos encerrar sua associação ao nosso plano:

- Se houver uma interrupção em sua cobertura do Medicare Parte A e do Medicare Parte B.
- Se você não se qualificar mais para o Medicaid e seu período de carência tiver terminado. Nosso plano é para pessoas que se qualificam tanto para o Medicare quanto para o Medicaid.
- Se você se associar a um programa de isenção de serviços domiciliares e comunitários (HCBS) do MassHealth (Medicaid).
- Se você sair da nossa área de cobertura.
- Se mudar para uma unidade de cuidados intermediários operada pelo Massachusetts Department of Developmental Services.
- Se você estiver fora da nossa área de cobertura por mais de seis meses.
 - Se você se mudar ou fizer uma viagem longa, ligue para o Serviços ao associados para saber se o local para onde está se mudando ou viajando está na área de cobertura do nosso plano.
- Se você for para a cadeia ou prisão por um delito criminal.
- Se você mentir ou omitir informações sobre outros seguros que possui para medicamentos.
- Se você tiver ou obtiver outro seguro abrangente para medicamentos ou cuidados médicos.
- Se você não for cidadão dos Estados Unidos ou não estiver legalmente presente nos Estados Unidos.



Em caso de dúvidas, ligue para o CCA One Care (HMO D-SNP) no telefone 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. A ligação é gratuita. **Para obter mais informações**, acesse www.ccama.org.

- Você deve ser cidadão dos Estados Unidos ou estar legalmente presente nos Estados Unidos para ser associado ao nosso plano.
- O Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) nos notifica se você não for elegível para permanecer associado com base nisso.
- Teremos que cancelar seu cadastro se você não atender a esse requisito.

Se você perder a elegibilidade para os benefícios do MassHealth (Medicaid), o plano CCA One Care (HMO D-SNP) continuará oferecendo cuidados, desde que haja uma expectativa razoável de que você recupere sua cobertura do MassHealth (Medicaid) dentro de um mês. Manteremos sua associação pelo restante do mês em que recebermos a notificação do MassHealth (Medicaid) sobre sua perda de elegibilidade, além de um mês adicional. Se você recuperar a cobertura do MassHealth (Medicaid) dentro desse período, a sua adesão não será encerrada.

Podemos fazer com que você saia do nosso plano pelos seguintes motivos somente se obtivermos permissão do Medicare e do Medicaid primeiro:

- Se você nos fornecer intencionalmente informações incorretas ao se cadastrar em nosso plano e essas informações afetarem sua elegibilidade a ele.
- Se o seu comportamento for continuamente perturbador e dificultar a prestação de cuidados médicos a você e a outros associados do nosso plano.
- Se permitir que outra pessoa use seu cartão de identificação de associado para obter cuidados médicos. (O Medicare poderá solicitar ao Inspetor Geral que investigue seu caso se encerrarmos sua associação por esse motivo).

F. Regras contra pedir que você saia do nosso plano por qualquer motivo relacionado à saúde

Não podemos pedir que você saia do nosso plano por qualquer motivo relacionado à sua saúde. Se achar que estamos pedindo para você sair do nosso plano por um motivo relacionado à saúde, **ligue para o Medicare** no número 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Usuários de TTY devem ligar para 1-877-486-2048.

G. Seu direito de fazer uma reclamação se encerrarmos sua associação ao nosso plano

Se encerrarmos sua associação ao nosso plano, devemos informar por escrito os motivos do encerramento. Também devemos explicar como você pode apresentar uma queixa ou fazer uma reclamação sobre nossa decisão de encerrar sua associação. Você também pode consultar o **Capítulo 9** deste *Manual do Associado* para obter informações sobre como fazer uma reclamação.



Em caso de dúvidas, ligue para o CCA One Care (HMO D-SNP) no telefone 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. A ligação é gratuita. **Para obter mais informações**, acesse www.ccama.org.

H. Como obter mais informações sobre o cancelamento da sua associação ao plano

Se tiver dúvidas ou quiser obter mais informações sobre o cancelamento de sua associação, você pode ligar para o Serviços ao associados no número indicado no final desta página.



Em caso de dúvidas, ligue para o CCA One Care (HMO D-SNP) no telefone 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. A ligação é gratuita. **Para obter mais informações**, acesse www.ccama.org.

Capítulo 11: Avisos legais

Introdução

Este capítulo inclui avisos legais que se aplicam à sua associação ao nosso plano. Os principais termos e suas definições aparecem em ordem alfabética no último capítulo deste *Manual do Associado*.

Índice

A. Aviso sobre leis	232
B. Aviso sobre não discriminação.....	232
C. Aviso sobre o Medicare como segundo pagador e o MassHealth (Medicaid) como último responsável pelo pagamento	234
D. Aviso sobre práticas de privacidade.....	234



A. Aviso sobre leis

Muitas leis se aplicam a este *Manual do Associado*. Essas leis podem afetar seus direitos e responsabilidades, mesmo que não estejam incluídas ou explicadas neste *Manual do Associado*. As principais leis que se aplicam são as leis federais sobre os programas Medicare e MassHealth (Medicaid). Outras leis federais e estaduais também podem se aplicar.

B. Aviso sobre não discriminação

Não discriminamos nem tratamos você de forma diferente por causa de sua raça, etnia, nacionalidade, cor, religião, sexo, idade, deficiência mental ou física, estado de saúde, experiência com sinistros, histórico médico, informações genéticas, evidência de segurabilidade ou localização geográfica dentro da área de cobertura.

Além disso, não discriminamos associados nem os tratamos de forma diferente devido a recursos, comportamento, identidade de gênero, capacidade mental, recebimento de cuidados de saúde, uso de serviços, condição médica, estado de saúde, recebimento de serviços de saúde, estado civil, credo, assistência pública ou local de residência.

Se você quiser obter mais informações ou tiver preocupações sobre discriminação ou tratamento injusto:

- ❖ Entre em contato com o Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, pelo telefone 1-800-368-1019. Usuários de TTY podem ligar para 1-800-537-7697. Você também pode visitar www.hhs.gov/ocr para obter mais informações.
- ❖ Ligue para o Office for Civil Rights. 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) ou para seu Office for Civil Rights. Você também pode consultar as informações do Office for Civil Rights do Department of Health and Human Services em <https://www.hhs.gov/ocr/index.html>.
- ❖ Se for portador de deficiência e precisar de ajuda para acessar os serviços de assistência médica ou um prestador, ligue para o Serviços ao associados. Se tiver uma reclamação, como um problema de acesso a cadeira de rodas, o Serviços ao associados pode ajudar.
- ❖ Todas as organizações que fornecem planos Medicare Advantage, como o nosso plano, devem obedecer às leis federais contra discriminação, incluindo o Título VI da Civil Rights Act de 1964, a Rehabilitation Act de 1973, a Age Discrimination Act de 1975, a Americans with Disabilities Act, a Seção 1557 da Affordable Care Act, todas as outras leis que se aplicam a organizações que recebem financiamento federal e quaisquer outras leis e regras que se apliquem por qualquer outro motivo.

A Commonwealth Care Alliance, Inc. cumpre as leis federais de direitos civis aplicáveis e não discrimina, exclui nem trata pessoas de forma diferente em razão de quadros clínicos, estado de saúde, recebimento de serviços de saúde, experiência com reivindicações, histórico médico,

Em caso de dúvidas, ligue para o CCA One Care (HMO D-SNP) no telefone 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. A ligação é gratuita. **Para obter mais informações**, acesse www.ccama.org.



deficiência (incluindo deficiência comportamental), estado civil, idade, sexo (incluindo estereótipos sexuais e identidade de gênero), orientação sexual, nacionalidade, raça, cor, religião, credo, assistência pública ou local de residência. A Commonwealth Care Alliance, Inc.:

Fornece auxílios e serviços gratuitos para pessoas com deficiência se comunicarem efetivamente conosco, como:

- Oferece intérpretes qualificados de linguagem de sinais
- Oferecer informações escritas em outros formatos (letras grandes, áudio, formatos eletrônicos acessíveis, outros formatos)

Fornece serviços de idiomas gratuitos para pessoas cuja língua materna não seja o inglês, como:

- Intérpretes qualificados
- Informações escritas em outros idiomas

Se precisar desses serviços, entre em contato com o Serviços ao associados

Se você acredita que a Commonwealth Care Alliance, Inc. deixou de fornecer esses serviços ou discriminou de outra forma em decorrência de quadro clínico, estado de saúde, recebimento de serviços de saúde, experiência com reivindicações, histórico médico, deficiência (incluindo deficiência comportamental), estado civil, idade, sexo (incluindo estereótipos sexuais e identidade de gênero), orientação sexual, nacionalidade, raça, cor, religião, credo, assistência pública ou local de residência, você pode registrar uma reclamação em:

Commonwealth Care Alliance, Inc.
Civil Rights Coordinator
30 Winter Street, 11th Floor
Boston, MA 02108
Telefone: 1-617-960-0474, ramal. 3932 (TTY 711)
Fax: 1-857-453-4517
E-mail: civilrightscordinator@commonwealthcare.org

Você pode registrar uma reclamação pessoalmente ou por correio, fax ou e-mail. Se precisar de ajuda para registrar uma queixa, o Coordenador de Direitos Cíveis está disponível para ajudar você.

Você também pode registrar uma reclamação de direitos civis no Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, eletronicamente por meio do Office for Civil Rights Complaint Portal, disponível em ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf, ou por correio ou telefone em:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW



Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
Telefone: 1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD)

Os formulários de reclamação estão disponíveis em www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

Você também pode consultar o Capítulo 8, Seção B, “Nossa responsabilidade de tratá-lo com respeito, justiça e dignidade em todos os momentos”, para obter mais informações.

Se você quiser obter mais informações ou tiver preocupações sobre discriminação ou tratamento injusto:

- Ligue para o Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, no número 1-800-368-1019. Usuários de TTY podem ligar para 1-800-537-7697. Você também pode visitar www.hhs.gov/ocr para obter mais informações.
- Ligue para o Office for Civil Rights local pelo telefone 617-963-2917. Usuários de TTY devem ligar para 617- 727-4765. Você também pode visitar: <https://www.mass.gov/how-to/file-a-civil-rights-complaint> para obter mais informações.

Se for portador de deficiência e precisar de ajuda para ter acesso aos cuidados, entre em contato com o Serviços ao associados. Se tiver uma reclamação, como um problema de acesso a cadeira de rodas, o Serviços ao associados pode ajudar.

C. Aviso sobre o Medicare como segundo pagador e o MassHealth (Medicaid) como último responsável pelo pagamento

Às vezes, outra pessoa precisa pagar primeiro pelos serviços que prestamos a você. Por exemplo, se você sofrer um acidente de carro ou se machucar no trabalho, o seguro ou a indenização por acidente de trabalho deverá pagar primeiro.

Temos o direito e a responsabilidade de cobrar por serviços cobertos pelo Medicare para os quais o Medicare não é o primeiro pagador.

Cumprimos as leis e regulamentos federais e estaduais relativos à responsabilidade legal de terceiros por serviços de assistência médica aos associados. Tomamos todas as medidas razoáveis para garantir que o MassHealth (Medicaid) seja o último responsável pelo pagamento.

D. Aviso sobre práticas de privacidade

Este Aviso descreve como suas informações de saúde podem ser usadas e divulgadas e como você pode obter essas informações. Leia com cuidado este Aviso sobre Práticas de Privacidade. Se tiver alguma dúvida, entre em contato com o Serviços ao associados pelo telefone 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana.

Em caso de dúvidas, ligue para o CCA One Care (HMO D-SNP) no telefone 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. A ligação é gratuita. **Para obter mais informações**, acesse www.ccama.org.



O Aviso sobre práticas de privacidade descreve como o CCA One Care pode usar e divulgar suas informações médicas; explica seus direitos com relação às suas informações médicas; e descreve como e onde você pode registrar uma reclamação relacionada à privacidade. O Aviso explica quando uma autorização é necessária ou não para compartilhar suas informações com outras pessoas. O Aviso está sempre disponível no site da CCA One Care, no Capítulo 8, Seção C2 deste manual e mediante solicitação.



Capítulo 12: Definições de palavras importantes

Introdução

Este capítulo inclui os principais termos usados ao longo deste *Manual do Associado* com suas definições. Os termos estão listados em ordem alfabética. Se não conseguir encontrar o termo que está procurando ou se precisar de mais informações do que a definição inclui, entre em contato com o Serviços ao associados.



Em caso de dúvidas, ligue para o CCA One Care (HMO D-SNP) no telefone 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. A ligação é gratuita. **Para obter mais informações**, acesse www.ccama.org.

AIDS drug assistance program (ADAP): um programa que ajuda indivíduos elegíveis que vivem com HIV/AIDS a ter acesso a medicamentos para HIV que salvam vidas.

Área de cobertura: uma área geográfica onde um plano de saúde aceita associados se limitar a associação com base no local onde as pessoas vivem. Para planos que limitam os médicos e hospitais que você pode usar, geralmente é a área onde você pode obter serviços de rotina (não emergenciais). Somente pessoas que moram em nossa área de cobertura podem se cadastrar em nosso plano.

Associado (associado do nosso plano, ou associado do plano): uma pessoa com Medicare e Medicaid que se qualifica para obter serviços cobertos, que se inscreveu em nosso plano e cuja inscrição foi confirmada pelos Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) e pelo estado.

Atividades da vida diária (ALD): As coisas que as pessoas fazem em um dia normal, como comer, usar o banheiro, vestir-se, tomar banho ou escovar os dentes.

Autorização prévia (PA): uma aprovação que você deve obter de nós antes de obter um serviço ou medicamento específico ou usar um prestador fora da rede. Nosso plano pode não cobrir o serviço ou medicamento se você não obtiver a aprovação prévia.

Auxiliar de saúde domiciliar: uma pessoa que presta serviços que não precisam das habilidades de um enfermeiro ou terapeuta licenciado, como ajuda com cuidados pessoais (como tomar banho, usar o banheiro, vestir-se ou realizar os exercícios prescritos). Os auxiliares de saúde domiciliar não têm licença de enfermagem nem oferecem terapia.

Nosso plano cobre alguns serviços médicos da rede somente se o seu médico ou outro prestador da rede obtiver nossa PA.

- Os serviços cobertos que precisam da PA do nosso plano estão marcados no **Capítulo 4** deste *Manual do Associado*.

Nosso plano cobre alguns medicamentos somente se você obtiver nossa PA.

- Os medicamentos cobertos que precisam da PA do nosso plano estão marcados na *Lista de Medicamentos Cobertos* e as regras estão publicadas em nosso site.

Avaliação de risco à saúde (HRA): uma revisão de seu histórico médico e de sua condição atual. É usada para aprender sobre sua saúde e como ela pode mudar no futuro.

Biossimilar intercambiável: um biossimilar que pode ser substituído na farmácia sem a necessidade de uma nova prescrição porque atende a requisitos adicionais sobre o potencial de substituição automática. A substituição automática na farmácia é participante da lei estadual.

Biossimilar: um produto biológico muito semelhante, mas não idêntico, ao produto biológico original. Os biossimilares são tão seguros e eficazes quanto o produto biológico original. Alguns



biossimilares podem substituir o produto biológico original na farmácia sem a necessidade de uma nova prescrição. (Consulte “Biossimilares intercambiáveis”).

Cadastrado no Medicare-Medicaid: uma pessoa que se qualifica para a cobertura do Medicare e do Medicaid. Um cadastrado no Medicare-Medicaid também é chamado de “indivíduo duplamente elegível”.

Cancelamento de cadastro: o processo de encerramento da sua associação ao nosso plano. O cancelamento de cadastro pode ser voluntário (sua própria escolha) ou involuntário (não é sua própria escolha).

Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS): a agência federal responsável pelo Medicare. O Capítulo 2 deste *Manual do Associado* explica como entrar em contato com o CMS.

Centro cirúrgico ambulatorial: uma unidade que oferece cirurgia ambulatorial a pacientes que não precisam de cuidados hospitalares e que não devem precisar de mais de 24 horas de cuidados.

Clinicamente necessário: descreve os serviços, suprimentos ou medicamentos de que você precisa para prevenir, diagnosticar ou tratar uma condição médica ou para manter seu estado de saúde atual. Isso inclui cuidados que o impeçam de ir para um hospital ou unidade de enfermagem especializada. Significa também que os serviços, suprimentos ou medicamentos atendem aos padrões aceitos de prática médica.

Serviços que são razoáveis e necessários:

- Para o diagnóstico e tratamento de sua doença ou lesão; **ou**
- Para melhorar o funcionamento de um membro malformado do corpo; **ou**
- Caso contrário, clinicamente necessários de acordo com a lei do Medicare.

De acordo com as leis e regulamentos do Medicaid, e de acordo com o MassHealth (Medicaid), os serviços são clinicamente necessários se:

- Eles puderem ser razoavelmente calculados para prevenir, diagnosticar, impedir o agravamento, aliviar, corrigir ou curar condições que colocam sua vida em risco, causam sofrimento ou dor, causam deformidade física ou disfunção, ameaçam causar ou agravar uma deficiência ou resultam em doença ou enfermidade; **e**
- Não há outro serviço médico ou local de atendimento disponível, que funcione tão bem e seja adequado para você e que seja mais barato.

A qualidade dos serviços clinicamente necessários deve atender aos padrões profissionalmente reconhecidos de assistência médica, e os serviços clinicamente necessários também devem ser comprovados por registros que incluam evidências de tal necessidade médica e qualidade.



Conselho de recursos do Medicare (Conselho): um conselho que analisa um recurso de nível 4. O Conselho faz parte do governo federal.

Coordenador de cuidados: uma pessoa principal que trabalha com você, com o plano de saúde e com seus prestadores de cuidados para garantir que você receba os cuidados de que precisa.

Cuidados em uma unidade de enfermagem especializada (SNF): cuidados de enfermagem especializados e serviços de reabilitação prestados de forma contínua, diariamente, em uma unidade de enfermagem especializada. Exemplos de cuidados em unidade de enfermagem especializada incluem fisioterapia ou injeções intravenosas (IV) que podem ser administradas por um enfermeiro registrado ou um médico.

Cuidados emergenciais: serviços cobertos prestados por um prestador treinado para prestar serviços de emergência e necessários para tratar uma emergência médica ou de saúde comportamental.

Cuidados paliativos: um programa de cuidados e apoio para ajudar pessoas com prognóstico terminal a viver confortavelmente. Um prognóstico terminal significa que uma pessoa foi medicamente certificada como doente terminal, ou seja, com uma expectativa de vida de 6 meses ou menos.

- Um segurado que tenha um prognóstico terminal tem o direito de optar pelos cuidados paliativos.
- Uma equipe de profissionais e cuidadores especialmente treinados fornece cuidados para a pessoa como um todo, incluindo necessidades físicas, emocionais, sociais e espirituais.
- Somos obrigados a lhe fornecer uma lista de prestadores de cuidados paliativos em sua área geográfica.

Cuidados urgentes: cuidados que você recebe por uma doença, lesão ou condição imprevista que não é uma emergência, mas que precisa de cuidados imediatos. Você pode obter cuidados urgentes de prestadores de serviços fora da rede quando não puder ir até eles porque, devido ao seu tempo, local ou circunstâncias, não é possível ou não é razoável obter serviços de prestadores da rede (por exemplo, quando você está fora da área de cobertura do nosso plano e precisa de serviços imediatos clinicamente necessários para uma condição imprevista, mas não é uma emergência médica).

Decisão de cobertura: uma decisão sobre quais benefícios cobrimos. Isso inclui decisões sobre medicamentos e serviços cobertos ou o valor que pagamos pelos seus serviços de saúde. O **Capítulo 9** deste *Manual do Associado* explica como nos solicitar uma decisão de cobertura.



Determinação da organização: nosso plano faz uma determinação da organização quando nós, ou um de nossos prestadores, decidimos se os serviços são cobertos ou quanto você paga pelos serviços cobertos. As determinações da organização são chamadas de “decisões de cobertura”. O **Capítulo 9** deste *Manual do Associado* explica as decisões de cobertura.

Drug Management Program (DMP): Um programa que ajuda a garantir que os associados usem com segurança opioides prescritos e outros medicamentos com alto potencial de abuso.

Dual eligible special needs plan (D-SNP): plano de saúde que atende a indivíduos elegíveis tanto para o Medicare quanto para o Medicaid. Nosso plano é um D-SNP.

Emergência: uma emergência médica quando você, ou qualquer outra pessoa com um conhecimento médio de saúde e medicina, acredita que tem sintomas médicos que precisam de atenção médica imediata para evitar o óbito, a perda de uma parte do corpo ou a perda ou comprometimento grave de uma função corporal. Os sintomas médicos podem ser uma doença, lesão, dor intensa ou uma condição médica que está piorando rapidamente.

Encaminhamento: um encaminhamento é a aprovação do seu médico de cuidados primários (PCP) para usar um prestador que não seja o seu PCP. Se você não obtiver aprovação antes, talvez não cubramos os serviços. Você não precisa de um encaminhamento para usar determinados especialistas, como especialistas em saúde da mulher. Você pode encontrar mais informações sobre encaminhamentos nos **Capítulos 3 e 4** deste *Manual do Associado*.

Equipamentos médicos duráveis (DME): determinados itens que seu médico solicita para uso em sua própria casa. Exemplos desses itens são cadeiras de rodas, muletas, sistemas de colchões elétricos, suprimentos para diabéticos, camas hospitalares encomendadas por um prestador para uso em casa, bombas de infusão intravenosa, dispositivos geradores de fala, equipamentos e suprimentos de oxigênio, nebulizadores e andadores.

Equipe de atendimento: consulte “Equipe de cuidados interdisciplinar”.

Equipe de cuidados interdisciplinar (ICT ou Equipe de cuidados): uma equipe de cuidados pode incluir médicos, enfermeiros, conselheiros ou outros profissionais de saúde que estão lá para ajudá-lo a obter os cuidados de que precisa. Sua equipe de cuidados também o ajuda a elaborar um plano de cuidados.

Especialista: médico que presta assistência médica a uma doença específica ou a uma parte do corpo.

Evidência de cobertura (EOC) e Informações de divulgação – Esse documento, juntamente com o seu formulário de adesão e quaisquer outros anexos, substitutos ou outras



coberturas opcionais selecionadas, que explica sua cobertura, o que devemos fazer, seus direitos e o que você deve fazer como associado do nosso plano. Esse documento também é conhecido como Manual do Associado.

Exceção: permissão para obter cobertura para um medicamento normalmente não coberto ou para usar o medicamento sem determinadas regras e limitações.

Extra Help: programa do Medicare que ajuda pessoas com renda e recursos limitados a reduzir os custos de medicamentos do Medicare Parte D, como prêmios, franquias e coparticipações. A Extra Help também é chamada de “Subsídio para Pessoas de Baixa Renda”, ou “LIS”.

Farmácia da rede: uma farmácia (drogaria) que concordou em fornecer medicamentos para os associados do nosso plano. Nós as chamamos de “farmácias da rede” porque elas concordaram em trabalhar com o nosso plano. Na maioria dos casos, cobrimos suas prescrições somente quando retiradas em uma das farmácias da nossa rede.

Farmácia fora da rede: uma farmácia que não concordou em trabalhar com o nosso plano para coordenar ou fornecer medicamentos cobertos aos associados do nosso plano. Nosso plano não cobre a maioria dos medicamentos que você adquire em farmácias fora da rede, a menos que certas condições se apliquem.

Faturamento impróprio/inadequado: uma situação em que um prestador (como um médico ou hospital) fatura mais do que o valor da nossa coparticipação pelos serviços. Entre em contato com o Serviços ao associados se receber faturas que não entender. Como pagamos o valor integral dos seus serviços, você não deve nenhuma coparticipação. Os prestadores não devem faturar nada para você referente a esses serviços.

Ferramenta de benefícios em tempo real: um portal ou aplicativo de computador no qual os cadastrados podem procurar informações completas, precisas, oportunas, clinicamente apropriadas e específicas sobre medicamentos cobertos e benefícios. Isso inclui valores de coparticipação, medicamentos alternativos que podem ser usados para a mesma condição de saúde de um determinado medicamento e restrições de cobertura (autorização prévia, terapia sequencial, limites de quantidade) que se aplicam a medicamentos alternativos.

Informações pessoais de saúde (também chamadas de informações de saúde protegidas) (PHI): informações sobre você e sua saúde, como seu nome, endereço, número do Social Security, consultas médicas e prontuário. Consulte nosso Aviso de Práticas de Privacidade para obter mais informações sobre como protegemos, usamos e divulgamos suas PHI, bem como seus direitos com relação a elas.

Integrated D-SNP: um plano de necessidades especiais de dupla elegibilidade que cobre o Medicare e a maioria ou todos os serviços do Medicaid em um único plano de



Em caso de dúvidas, ligue para o CCA One Care (HMO D-SNP) no telefone 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. A ligação é gratuita. **Para obter mais informações,** acesse www.ccama.org.

saúde para determinados grupos de indivíduos elegíveis tanto para o Medicare quanto para o Medicaid. Esses indivíduos são conhecidos como indivíduos duplamente elegíveis de benefício integral.

Juiz de direito administrativo: um juiz que analisa um recurso de nível 3.

Limites de quantidade: um limite na quantidade de um medicamento que você pode ter. Podemos limitar a quantidade do medicamento que cobrimos por prescrição.

Lista de medicamentos cobertos (Lista de medicamentos): uma lista de medicamentos prescritos e de venda livre (OTC) que cobrimos. Escolhemos os medicamentos dessa lista com a ajuda de médicos e farmacêuticos. A *Lista de Medicamentos* informa se há alguma regra que você precisa seguir para obter seus medicamentos. A *Lista de Medicamentos* às vezes é chamada de “formulário”.

MassHealth (Medicaid): o programa Medicaid da Commonwealth de Massachusetts. O MassHealth (Medicaid) é administrado pelo estado e é pago pelo estado e pelo governo federal. Ele ajuda pessoas com renda e recursos limitados a pagar por serviços e suportes de longa duração e custos médicos.

Ele cobre serviços extras e alguns medicamentos não cobertos pelo Medicare.

Os programas do Medicaid variam de estado para estado, mas a maioria dos custos de assistência médica é coberta se você se qualificar tanto para o Medicare quanto para o Medicaid.

Medicaid (ou Assistência médica): Um programa administrado pelo governo federal e pelo estado que ajuda pessoas com renda e recursos limitados a pagar por serviços e suportes de longa duração e custos médicos.

Medicamento de marca: um medicamento fabricado e vendido pela empresa que o fabricou originalmente. Os medicamentos de marca têm os mesmos ingredientes que suas versões genéricas. Os medicamentos genéricos são geralmente fabricados e vendidos por outras empresas farmacêuticas e, em geral, não estão disponíveis até que a patente do medicamento de marca tenha expirado.

Medicamento genérico: um medicamento aprovado pela FDA para ser usado no lugar de um medicamento de marca. Um medicamento genérico tem os mesmos ingredientes que um medicamento de marca. Geralmente é mais barato e funciona tão bem quanto o medicamento de marca.

Medicamentos cobertos: o termo que usamos para nos referir a todos os medicamentos prescritos e de venda livre (OTC) cobertos pelo nosso plano.



Medicamentos da Parte D: consulte “Medicamentos do Medicare Parte D”.

Medicamentos de venda livre (OTC): medicamentos de venda livre são drogas ou medicamentos que uma pessoa pode comprar sem a prescrição de um profissional de saúde.

Medicamentos do Medicare Parte D: medicamentos cobertos pelo Medicare Parte D. O Congresso exclui especificamente determinadas categorias de medicamentos da cobertura do Medicare Parte D. O Medicaid pode cobrir alguns desses medicamentos.

Medicare: o programa federal de seguro de saúde para pessoas com 65 anos de idade ou mais, algumas pessoas com menos de 65 anos com determinadas deficiências e pessoas com doença renal em estágio terminal (geralmente aquelas com insuficiência renal permanente que precisam de diálise ou transplante de rim). As pessoas com Medicare podem obter a cobertura de assistência médica do Medicare por meio do Original Medicare ou de um plano de cuidados gerenciados (consulte “Plano de saúde”).

Medicare Advantage: um programa do Medicare, também conhecido como “Medicare Parte C” ou “MA”, que oferece planos MA por meio de empresas privadas. O Medicare paga essas empresas para cobrir seus benefícios do Medicare.

Medicare Diabetes Prevention Program (MDPP): um programa estruturado de mudança de comportamento de saúde que oferece treinamento em mudanças dietéticas de longo prazo, aumento da atividade física e estratégias para superar desafios para manter a perda de peso e um estilo de vida saudável.

Medicare Parte A: o programa do Medicare que cobre a maioria dos cuidados hospitalares clinicamente necessários, unidades de enfermagem especializadas, assistência domiciliar e cuidados paliativos do Medicare.

Medicare Part B: o programa Medicare que cobre serviços (como testes de laboratório, cirurgias e consultas médicas) e suprimentos (como cadeiras de rodas e andadores) que são clinicamente necessários para tratar uma doença ou condição. O Medicare Parte B também cobre muitos serviços preventivos e de rastreamento.

Medicare Parte C: o programa do Medicare, também conhecido como “Medicare Advantage” ou “MA”, que permite que as seguradoras privadas de saúde ofereçam benefícios do Medicare por meio de um plano MA.

Medicare Parte D: o programa de benefícios de medicamentos do Medicare. Chamamos esse programa de “Parte D” para abreviar. O Medicare Parte D cobre medicamentos ambulatoriais, vacinas e alguns suprimentos não cobertos pelo Medicare Parte A, Medicare Parte B ou Medicaid. Nosso plano inclui o Medicare Parte D.

Medication Therapy Management (MTM): um programa do Medicare Parte D para necessidades complexas de saúde prestado a pessoas que atendem a determinados requisitos



Em caso de dúvidas, ligue para o CCA One Care (HMO D-SNP) no telefone 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. A ligação é gratuita. **Para obter mais informações,** acesse www.ccama.org.

ou que estão em um Drug Management Program. Os serviços de MTM geralmente incluem uma conversa com um farmacêutico ou profissional de saúde para revisar os medicamentos. Consulte o **Capítulo 5** desta *Evidência de Cobertura* para obter mais informações.

Médico de cuidados primários (PCP): o médico ou outro prestador que você usa primeiro para a maioria dos problemas de saúde. Eles garantem que você receba os cuidados necessários para se manter saudável.

- Ele também pode conversar com outros médicos e profissionais de saúde sobre sua assistência médica e encaminhá-lo a eles.
- Em muitos planos de saúde Medicare, você deve usar seu médico de cuidados primários antes de usar qualquer outro profissional de saúde.
- Consulte o **Capítulo 3** deste *Manual do Associado* para obter informações sobre como obter cuidados dos médicos de cuidados primários..

Níveis de medicamentos: grupos de medicamentos em nossa *Lista de Medicamentos*. Medicamentos genéricos, de marca ou de venda livre (OTC) são exemplos de níveis de medicamentos.

Ombudsman: um escritório em seu estado que trabalha como advogado em seu nome. Ele pode responder a perguntas caso você tenha algum problema ou reclamação e pode ajudá-lo a entender o que fazer. Os serviços do ombudsperson são gratuitos. Você pode encontrar mais informações nos **Capítulos 2 e 9** deste *Manual do Associado*.

Organização de revisão independente (IRO): uma organização independente contratada pelo Medicare que analisa um recurso de nível 2. Ela não está ligada a nós e não é uma agência governamental. Essa organização decide se a decisão que tomamos está correta ou se deve ser alterada. O Medicare supervisiona seu trabalho. O nome formal é **Entidade de Revisão Independente**.

Original Medicare (Medicare tradicional ou Medicare com modelo de pagamento por serviço): o governo oferece o Original Medicare. No Original Medicare, os serviços são cobertos pelo pagamento a médicos, hospitais e outros profissionais de saúde dos valores determinados pelo Congresso.

- Você pode usar qualquer médico, hospital ou outro profissional de saúde que aceite o Medicare. O Original Medicare tem duas partes: Medicare Parte A (seguro hospitalar) e Medicare Parte B (seguro médico).
- O Medicare Original está disponível em todo o território dos Estados Unidos.
- Se não quiser fazer parte do nosso plano, você pode escolher o Original Medicare.

Paciente internado: termo usado quando você é formalmente internado em um hospital para receber serviços médicos especializados. Se você não for formalmente



admitido, ainda poderá ser considerado um paciente ambulatorial em vez de um paciente internado, mesmo que passe a noite no hospital.

Parte A: consulte “Medicare Parte A”.

Parte B: consulte “Medicare Parte B”.

Parte C: consulte “Medicare Parte C”.

Parte D: consulte “Medicare Parte D”.

Período de carência: uma extensão temporária da elegibilidade para determinados benefícios do Medicare quando você tem uma interrupção na sua elegibilidade para o MassHealth (Medicaid), mas espera recuperar a elegibilidade dentro de um mês. Isso permite que você mantenha sua cobertura do Medicare enquanto trabalha para restabelecer seus benefícios do MassHealth (Medicaid).

Plano de cuidados individualizado (ICP ou Plano de cuidados): um plano sobre os serviços que você receberá e como os receberá. Seu plano pode incluir serviços médicos, serviços de saúde comportamental e serviços e suportes de longa duração.

Plano de cuidados: consulte “Plano de cuidados individualizado”.

Plano de saúde: uma organização composta por médicos, hospitais, farmácias, prestadores de serviços de longa duração e outros prestadores. Também tem coordenadores de cuidados para ajudá-lo a gerenciar todos os seus prestadores e serviços. Todos eles trabalham juntos para fornecer o cuidado de que você precisa.

Prestador fora da rede ou unidade fora da rede: um prestador ou unidade que não é empregado, de propriedade ou operado pelo nosso plano e que não está sob contrato para fornecer serviços cobertos aos associados do nosso plano. O **Capítulo 3** deste *Manual do Associado* explica os prestadores ou unidades fora da rede.

Prestadores da rede: “prestador” é o termo geral que usamos para médicos, enfermeiros e outras pessoas que lhe prestam serviços e cuidados. O termo também inclui hospitais, agências de saúde domiciliar, clínicas e outros locais que prestam serviços de assistência médica, equipamentos médicos e serviços e suportes de longa duração.

- Eles são licenciados ou certificados pelo Medicare e pelo estado para prestar serviços de assistência médica.
- Nós os chamamos de “prestadores da rede” quando eles concordam em trabalhar com nosso plano de saúde, aceitam nosso pagamento e não cobram um valor extra dos associados.
- Enquanto estiver associado ao nosso plano, você deverá usar os prestadores da



Em caso de dúvidas, ligue para o CCA One Care (HMO D-SNP) no telefone 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. A ligação é gratuita. **Para obter mais informações,** acesse www.ccama.org.

rede para obter os serviços cobertos. Os prestadores da rede também são chamados de “prestadores do plano”.

Produto biológico original: um produto biológico que foi aprovado pela FDA e serve de comparação para os fabricantes que produzem uma versão biossimilar. Também é chamado de produto de referência.

Produto biológico: um medicamento feito a partir de fontes naturais e vivas, como células animais, células vegetais, bactérias ou leveduras. Os produtos biológicos são mais complexos do que outros medicamentos e não podem ser copiados exatamente, por isso as formas alternativas são chamadas de biossimilares. (Veja também “Produto biológico original” e “Biossimilar”).

Program of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE): um programa que cobre os benefícios do Medicare e do Medicaid juntos para pessoas com 55 anos ou mais que precisam de um nível mais alto de cuidado para viver em casa.

Próteses e órteses: dispositivos médicos solicitados por seu médico ou outro profissional de saúde que incluem, entre outros, aparelhos para braços, costas e pescoço; membros artificiais; olhos artificiais; e dispositivos necessários para substituir uma parte ou função interna do corpo, incluindo suprimentos para ostomia e terapia de nutrição enteral e parenteral.

Quality improvement organization (QIO): um grupo de médicos e outros especialistas em assistência médica que ajudam a melhorar a qualidade do cuidado das pessoas com o Medicare. O governo federal paga à QIO para verificar e melhorar o cuidado prestado aos pacientes. Consulte o **Capítulo 2** deste *Manual do Associado* para obter informações sobre a QIO.

Queixa: uma reclamação que você faz sobre nós ou sobre um de nossos prestadores ou farmácias da rede. Isso inclui uma reclamação sobre a qualidade de seu cuidado ou sobre a qualidade do serviço prestado pelo seu plano de saúde.

Reclamação: uma declaração por escrito ou verbal dizendo que você tem um problema ou preocupação sobre seus serviços ou cuidados cobertos. Isso inclui quaisquer preocupações sobre a qualidade do serviço, a qualidade dos seus cuidados, nossos prestadores da rede ou nossas farmácias da rede. O nome formal para “fazer uma reclamação” é “apresentar uma queixa”.

Recurso: uma maneira de você contestar nossa ação se achar que cometemos um erro. Você pode nos pedir para alterar uma decisão de cobertura entrando com um recurso. O **Capítulo 9** deste *Manual do Associado* explica os recursos, incluindo como entrar com um recurso.

Renda de segurança complementar (SSI): um benefício mensal que o Social Security paga a pessoas com renda e recursos limitados que sejam deficientes, cegas



Em caso de dúvidas, ligue para o CCA One Care (HMO D-SNP) no telefone 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. A ligação é gratuita. **Para obter mais informações,** acesse www.ccama.org.

ou com 65 anos ou mais. Os benefícios da SSI não são iguais aos benefícios do Social Security.

Saúde comportamental: um termo abrangente que se refere à saúde mental e aos transtornos relacionados ao uso de substâncias.

Serviços ao associados: um departamento do nosso plano responsável por responder às suas perguntas sobre associação, benefícios, queixas e recursos. Consulte o **Capítulo 2** deste *Manual do Associado* para obter mais informações sobre o Serviços ao associados.

Serviços cobertos pelo Medicare: serviços cobertos pelo Medicare Parte A e Medicare Parte B. Todos os planos de saúde do Medicare, incluindo o nosso plano, devem cobrir todos os serviços cobertos pelo Medicare Parte A e Medicare Parte B.

Serviços cobertos: termo geral que usamos para nos referirmos a todos os cuidados de saúde, serviços e suportes de longo prazo, suprimentos, medicamentos prescritos e de venda livre, equipamentos e outros serviços cobertos pelo nosso plano.

Serviços de reabilitação: tratamento que você recebe para ajudá-lo a se recuperar de uma doença, acidente ou operação de grande porte. Consulte o **Capítulo 4** deste *Manual do Associado* para saber mais sobre os serviços de reabilitação.

Serviços e suportes de longa duração (LTSS): os serviços e suportes de longa duração ajudam a melhorar uma condição médica de longa duração. A maioria desses serviços o ajuda a permanecer em sua casa para que não precise ir para uma unidade de enfermagem especializada ou hospital. Os LTSS incluem serviços localizados na sua região e Instituições de Enfermagem (NF).

Serviços excluídos: serviços que não são cobertos por este plano de saúde.

Serviços preventivos: assistência médica para prevenir doenças ou detectar doenças em um estágio inicial, quando é provável que o tratamento funcione melhor (por exemplo, os serviços preventivos incluem testes de Papanicolaou, vacinas contra a gripe e mamografias de rastreamento).

State Hearing: se o seu médico ou outro prestador solicitar um serviço do Medicaid que não aprovamos, ou se não continuarmos a pagar por um serviço do Medicaid que você já tem, você pode solicitar uma Audiência estadual. Se a Audiência estadual for decidida a seu favor, teremos de lhe fornecer o serviço solicitado.

Subsídio para pessoas de baixa renda (LIS): consulte “Extra Help”

Terapia sequencial: uma regra de cobertura que exige que você experimente outro medicamento antes de cobrirmos o medicamento que você solicitou.



Em caso de dúvidas, ligue para o CCA One Care (HMO D-SNP) no telefone 866-610-2273 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. A ligação é gratuita. **Para obter mais informações,** acesse www.ccama.org.

Treinamento de competências culturais: treinamento que fornece instruções adicionais aos nossos profissionais de saúde, ajudando-os a compreender melhor sua origem, valores e crenças para adaptar os serviços às suas necessidades sociais, culturais e linguísticas.

Unidade ambulatorial de reabilitação abrangente (CORF): uma unidade que presta principalmente serviços de reabilitação após uma doença, acidente ou operação cirúrgica de grande porte. Oferece uma variedade de serviços, incluindo fisioterapia, serviços sociais ou psicológicos, terapia respiratória, terapia ocupacional, terapia da fala e serviços de avaliação do ambiente doméstico.

Unidade de enfermagem especializada (SNF): uma unidade de enfermagem com equipe e equipamentos para prestar cuidados de enfermagem especializados e, na maioria dos casos, serviços de reabilitação especializados e outros serviços de saúde relacionados.

Unidade de enfermagem especializada: um local que oferece cuidados para pessoas que não podem ser atendidas em casa, mas que não precisam ficar no hospital.



CCA One Care (HMO D-SNP) Serviços ao associados

LIGUE PARA	<p>866-610-2273</p> <p>As ligações para este número são gratuitas. De 8 am às 8 pm, 7 dias por semana.</p> <p>O Serviços ao associados também tem serviços gratuitos de intérprete de idiomas disponíveis para quem não fala inglês.</p>
TTY	<p>711 (MassRelay)</p> <p>As ligações para este número são gratuitas. De 8 am às 8 pm, 7 dias por semana.</p>
FAX	617-426-1311
ESCREVA PARA	<p>Commonwealth Care Alliance, Inc.</p> <p>Attn: Member Services Department</p> <p>2 Avenue de Lafayette, 5th Floor</p> <p>Boston, MA 02111</p>
SITE	www.ccama.org

